



Psykolog

Ges ut av Sveriges Psykologförbund

TIDNINGEN
#2 2017

SUZANNE OSTEN

»Jag var
terapiresistent
i 24 år.«

VILLA FREUD

På besök
i Buenos Aires
psykologtåta
kvarter

FORSKNING

Så starkt
är stödet för
PDT

**Extra
bilaga
Löneläget
2016**

Adhd-köer utan slut

SÅ PÅVERKAS PSYKOLOGERNA AV UTREDNINGSHETSEN

Framtidens testning är här!



Q-interactive

Q-interactive är en digital testplattform som samlar manualer, protokoll, stimulusböcker, scoringprogram, tidtagning och ljudinspelning på ett och samma ställe.

En licens – fyra test

När du köper Q-interactive får du tillgång till WISC-V, WAIS-IV, NEPSY-II och D-KEFS.



Upptäck fördelarna med WISC-V

WISC-V har omarbetats sedan förra versionen, med ny struktur och nykonstruerade deltest för att ge en mer fullständig förståelse för barns och ungdomars kognitiva förmågor.

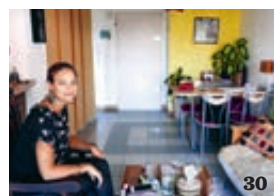


»Jag tänkte: Aldrig mer terapi.« sid 20

Innehåll #2 2017



7



30

»Sömnproblem och stress var normaliserat bland min kollegor.«

Martin Herrgård > 20



OMSLAGSBILD
EMMA HANQUIST

Intro > 4

Psykologer i media, psykologaktivisten och filterbubblor.

Nyheter > 8

Psykologerna lyckades lyfta sina löner.

Ny metod gör psykologer överflödiga.

Adhd-kaos > 12

TEMA Unik kartläggning av adhd-köerna avslöjar kötider på upp till tre år. Psykologerna har fått nog av utredningshetsen.

Suzanne Osten > 20 Om hur 19 år i terapi hjälpte henne att skapa berättelser.

Fråga Juristen > 23 Ett barn kanske far illa – när får jag göra en orosanmälan?

Forskning > 24 Studierna som ger stöd för psykodynamisk behandling och Eva Palmquist om kopplingen mellan psykisk ohälsa och miljööverkänslighet.

Villa Freud > 30

UTBLICK På besök i de psykologtöta kvarteret i Bueno Aires.

Nytt i tryck > 34 Andreas Svensson om varför han skrivit en bok om rättshaveristiskt beteende.

Debatt > 36 Thomas Lindgren sågar Socialstyrelsens expertgrupp.

Förbundsnytt > 38 »Psykologer är bra ledare.«

Därför ändrar vi formen

MÄRKTE DU NÅGOT NYTT på omslaget till Psykologtidningen? Kanske att loggan var ny? Då kanske du även noterar att hela tidningen har fått en ny layout. Fast det är okej om du inget ser. Syftet är inte att du ska stanna till och fundera, utan att du ska ta till dig innehållet utan att känna motstånd, för ibland kan läsmotståndet sitta i att formgivningen är för tung. Då vet du inte riktigt var du ska börja läsa på en sida, inget lockar mer än något annat, du tappar intresset och slänger tidningen. En lyckad formgivning är ungefär som en välskri-

ven text. Plötsligt har du läst alla orden, eller bläddrat igenom hela tidningen, utan att riktigt veta varför. Då har formgivarna och skribenterna gått i mål. Vi har säkert en bit kvar, men vår ambition är förstås att bli bättre för varje nummer och vi blir glada för input.

I DET HÄR numret har vi fört in en ny vinjett, "Min psykolog". Regissören Suzanne Osten berättar om hur hon upplevt alla sina möten med psykologer. Ett utifrån-perspektiv kan förhoppningsvis ge nya insikter och bekräfta att psykologerna gör gott. För en del psykologer kan nämligen arbetsbördan

kännas omänsklig, det har vi blivit varse under arbetet med att kartlägga adhd-köerna. Psykologer må vara mer kompetenta än andra på att uppmärksamma stressens varningssignaler, men det hjälper föga när utredningarna travas på hög och känslan av otillräcklighet växer. Utredningsbehovet lär inte heller minska, Socialstyrelsens prognos är att åtta procent av alla svenska barn kommer att få en adhd-diagnos.

En ljusglimt är att psykologerna fick högre löneloft än väntat. Du kan lusläsa all statistik i bilagan som följer med detta nummer.

Lennart Kriisa

Chefredaktör

lennart.kriisa@psykologtidningen.se



"Varför inte bli den du är på Facebook?"

berry

Allvarligt talat...

Vad menar de bakom artikeln "Smärtproblematik" med att psykologisk smärtbehandling bör tas på stort allvar? Är det skillnad att ta något på allvar, stort allvar, största allvar?

Rimligtvis innebär distinktionen en ökad angelägenhetsgrad och stegrade insatser. Numera hörs, efter uppdagat missförhållande, att händelsen tas på allvar, ofta spetsat med värdeladdat ord.

Men om någon frågade vad skillnaden är i form av ekonomiska och personella insatser mellan de olika allvarsstegen, tror jag inte man skulle få ett genomtänkt svar. Tydlighet och transparens bör präglade påståenden. Då ökar trovärdigheten, speciellt då man exemplifierar vad som bör göras.

Så, konkret: vad innebär det att smärtbehandling bör tas på stort allvar?

Erwin Apitzsch
psykolog och docent i psykologi, Lunds universitet



Redaktionen tipsar:

BOKEN. »Vad var det bästa?» och »Drömde ni på nätterna?» Inga frågor är för dumma. Inte ens om förintelsen. Så började Hédi Fried sina skolbesök för att ge eleverna mod. Vilken gåva att de nu finns samlade med hennes svar i boken *Frågor jag har fått om förintelsen* (Natur & Kultur, 2017). Lättläst om det allra svåraste - med syftet att förhindra att historien upprepar sig.



kajsa.heinemann
@psykologtidningen.se

VETENSKAP. Tvivelaktig forskning ökar kraven på öppen vetenskap, med fri tillgänglighet till resultat, bakrundsdata, finansiärer etc. Vad tycker de inblandade? Se vårens föreläsningsserie om öppen vetenskap på youtube.com/user/StockholmUniLibrary. Läs även om öppen vetenskap i nästa nummer av Psykologtidningen, nr 3 2017.



peter.orn
@psykologtidningen.se

Stafetten: Anna Bennich Karlstedt

kommenterar
Psykologtidningen
#1/2017

Spännande läsning om vår profession utifrån så många olika yrkesområden och vinklar. Vilket engagemang, vilken spridning vi har! Det speglas väl i tidningen.

I årets första nummer presenteras tre riktigt värddiga finalister till Stora Psykologpriset, där vass spetskompetens verkligen lyfts fram. Jag uppmuntras av en kollega att prata om och tänka mer på sex, får veta att inne i stökiga Kulturhuset styr en annan kollega upp HR-arbetet för vilket psykologrollen är en bra grund både strategiskt och hands-on. Och så forskningen som tidningen har span på, att som stående inslag presentera ny forskning uppskattar säkert fler än jag. Mer sånt! Förgäves har jag letat efter något att klaga på. Bara påfylld av ny kunskap.

Favoriter #1/16



Anna Bennich Karlstedt är psykolog och verksam i Stockholm. Hon skickar nu vidare **Stafetten**. Till vem får bli en överraskning.

Hör av er!

Har du en åsikt?
Skriv en insändare.

Mejla till:
redaktionen@psykologtidningen.se



Pussyhat

Vill du ha en stickbeskrivning?

WEBSIDA:
pussyhatproject.com

FACEBOOK:
pu55yhatproject

FAKTA: Sara Henrysson Eidvall, 56 år, aktivist, psykolog, specialist i arbets- och organisationspsykologi, lärare på psykologprogrammet vid Stockholms universitet, fackligt engagerad.

ÅLSKAR: demokrati, att sticka, sy och simma – tog silver och brons i ryggsim 2015 i Masters-SM.

Sara Henrysson Eidvall psykolog och stickande aktivist

»Beväpna dig med rosa mössan«

Sticknörd och aktivist. Med en fäbless för färger. Sara Henrysson Eidvall bär sin chockrosa stickade Pussyhat-mössa, som blivit symbol för feministiskt motstånd. Folk stannar henne och ler.

– Det är roligt. Och viktigt i dessa tider att ta ställning för allas lika värde, att inte huka för Trump och Putin, säger hon.

Pussyhat Project startade i USA som en protestaktion efter att Donald Trump blev president. Miljontals människor, mest kvinnor, demonstrerade i egna likadana

stickade rosa mössor. När Sara Henrysson Eidvall såg tv-sändningarna letade hon upp beskrivningen på nätet. Två timmar senare var mössan klar. Hon tog en selfie och la ut på pussyhatproject.com.

– Jag gillar att tillhöra en större rörelse. Att veta att vi är många ger mig kraft.

Att något så traditionellt kvinnligt som en rosa stickad mössa skulle bli coolt, feministiskt, ett globalt politiskt vapen mot diskriminering och förtryck var inte väntat.

– Det är häftigt att handarbete som många uppfattar som passivt kvinnligt får sådan effekt och spridning. Extra kul för mig som gillar stickning. Det är så konkret, vilket man inte direkt kan säga om psykologyrket.

Som organisationspsykolog arbetar hon för, företag, myndigheter och politiska partier. Men aldrig SD, eller kungahuset.

– Nej tack, det är ett odemokratiskt system. Och jag gillar demokrati, jag gillar verklig demokrati. ● Kajsa Heinemann



BILD EPCAT

»Du släpper inte ut ditt barn i en miljonstad, utan att du går med och guidar barnet.«

Psykologen **MARIA SHILLACE**, programchef på organisationen Ecpat som arbetar mot sexuella övergrepp på barn, uppmanar föräldrar att bli mer delaktiga i vad barnen gör på nätet. (RADIO P4 VÄSTMANLAND)



BILD MAGNUS LIAM KARLSSON

»Du måste arbeta på att bli en tidspessimist, att inte lita på dig själv när det kommer till tid.«

Psykologen **MARIA FARM** ger tips till alla som ständigt kommer för sent. (METRO)



BILD MATTIAS AHLIN/SVERIGES RADIO

»Vilka risker är du beredd att ta för att bryta din vana?«

Radiopsykologen i P1, **ALLAN LINNÉR**, samtalar med en långtradarchaufför som valt bort den sociala samvaron men nu känner sig ensam. (P1)

»Även vi forskare har lättare att få uppmärksamhet kring negativa effekter av stress eller dålig sömn, så vi bidrar till uppblåsthet och den oro som folk kan känna.«

MATS LEKANDER, professor i psykologi, framförde självkritik samtidigt som han anklagade journalisterna på Dagens Nyheter för att ha gått till överdrifter i sin artikelserie om stress. (MEDIERN, P1)



BILD NIKALS BJÖRLING



BILD MOA WESTESON

»Det gäller att våga närma sig varandra, kommunicera och det är inte farligt att prata om mörka tankar.«

Psykologen **MIA RAJALIN** om sin avhandling »Tidiga riskfaktorer, interpersonella problem och familjeband för suicida patienter och deras närstående«. (VÄSTERBOTTENS FOLKBLAD)



Spaning om populism

Populism & filterbubblor bakom valseger

I nom ledarskapspsykologin talas det om en toxisk triangel bakom destruktivt ledarskap: en stark personlighet, instabila omvärldsfaktorer och följare som förespråkar auktoritarism. Den förklarar, enligt vissa, Donald Trumps valseger. Nationella Frontens ledare Marine Le Pen står för liknande populistiska budskap som Trump och har i opinionsmätningar höga siffror inför det franska presidentvalet den 23 april och 7 maj. Hon hyllade Trumps seger och var en av få politiker som öppet försvarade beslutet att stoppa flyktingar och hindra muslimer att resa in i USA. Ska den populistiska vinden föra även Marine Le Pen till presidentposten?

Med USA:s tvåpartisystem borde det ha varit svårare än

i många andra länder för en populist som Trump att ens bli nominerad. Förklaringen till valutgången är bland annat massmedier och främlingsfientlighet, menar Kris-Stella Trump (ej släkt med Donald!), forskare i politisk psykologi vid bland annat Harvard University och intresserad av hur den allmänna opinionen påverkas då ojämlikheten ökar. Hon säger att polariseringen i USA och den starkare partiidentiteten har gjort att väljarna i allt större utsträckning tar del av nyheter som presenteras av ofta nätbaserade medier som delar deras politiska åskådning, så kallade filterbubblor. Sensationella rubriker och skandaler får mer klick, och Trump fick betydligt mer medietid än andra republikanska kandidater och blev vald trots att han köpte mindre reklamtid.

Främlingsfientlighet har fått en tydligare förankring till partier och partipolitik. Vid presidentvalet 2016 spelade främlingsfientlighet en lika stor roll som ekonomisk frustration bland utsatta grupper, förklarar Kris-Stella Trump. Dessutom kan extrema uppfattningar som torgförs av politiska företrädare rättfärdiga attityder och handlingar hos väljare med extrema åsikter, tror hon. "Det såg vi i USA direkt efter presidentvalet genom att antalet hatbrott ökade direkt efter valet", berättar hon. Om hatbrotten fortsätter öka blir det svårt att avgöra om det beror på en ökad främlingsfientlighet eller om man känner sig mer rättfärdigade att uttrycka något som tidigare var tabu.

● Peter Öm

Trump och vredens Amerika

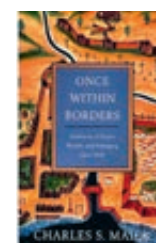
AV LAURA SAARIKOSKI OCH SASKA SAARIKOSKI. FÖRLAGET, 2016



Helsingin Sanomats två USA-korrespondenter har skrivit en bok om hur det amerikanska samhället och den politiska polariseringen mellan högern och vänstern banat vägen för Donald Trump in till Vita huset.

Once within borders: Territories of power, wealth, and belonging since 1500

AV CHARLES S MAIER. HARVARD UNIVERSITY PRESS, 2017



Om territoriella gränsers uppgång och fall, dess funktion och betydelse handlar denna bok.

Att gränser haft/har betydelse både inom och mellan nationer finns flera exempel på; Berlin-muren och den av Donald Trump nu planerade mot Mexiko, för att nämna några.

The New Minority. White Working Class Politics in an Age of Immigration and Inequality

AV JUSTIN GEST. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2016



Många känner sig i dag marginaliserade och utan förankring till etablerade politiska partier.

Det har skapat utrymme för extrema politiska strömmar och företrädare. Varför blev det så? Den frågan försöker forskaren Justin Gest besvara i sin bok The New Minority.

Oväntat lönelyft

Psykologernas medellön har för första gången passerat 40 000 kronor, visar förbundets nya lönestatistik.

Carl-Axel Holmberg, förhandlingschef på Psykologförbundet, fruktade en betydligt sämre utveckling.

– Vi fick många negativa signaler, säger han.

Text Lennart Kriisa

Oron var stor inför årets lönestatistik. Psykologförbundet fick rapporter om att det gick trögt att förhandla med arbetsgivarna, särskilt i Stockholms läns landsting.

– Vissa arbetsgivare signalerade att de skulle gå ut väldigt lågt med 1–1,5 procent. Jag trodde därför att löneutvecklingen skulle hamna under 3 procent, säger Carl-Axel Holmberg.

Men när statistiken var klar kunde han andas ut, psykologerna ökade sina löner med i genomsnitt 3,3 procent. Den nivån ligger en bra bit över "märket" på 2,2 procent, som industrins parter kom överens om förra året och som förväntades gälla för hela arbetsmarknaden.

– Ur den synvinkeln är psykologernas löneutveckling förstås glädjande. Fast å andra sidan gick det ju bättre förra året. Då hamnade vår löneutveckling på 3,7 procent och dit nådde vi inte i år, säger Carl-Axel Holmberg.

Därmed ligger psykologerna förmodligen inte längre i toppskiktet bland Saco-förbunden. Apotekarna lyckades till exempel öka sina löner med 3,7 procent, enligt uppgift till Psykologtidningen.

– Det är klart att vi vill ligga högt upp, vi känner ett stort tryck från medlemmarna, säger Carl-Axel Holmberg.

Han har noterat ett klart ökat engagemang för lönefrågan under de senaste åren, särskilt bland studenterna.

– Det pratas lön redan under utbildningen och de som söker PTP-tjänster har blivit kaxigare. De nöjer sig inte med ett generellt erbjudande utan vill känna att arbetsgivaren behöver dem som individer, säger Carl-Axel Holmberg.

Statistiken bekräftar att den attityden gett resultat. Den genomsnittliga lönen för PTP-psykologerna ökade med 3,5 procent och den högst inrapporterade PTP-lönen ligger på närmare 36 000 kronor i månaden.

Men Carl-Axel Holmberg tror inte att framgångsrika lönerevisioner räcker för att lyfta psykologlönerna. Fler specialisttjänster och ökad lönedifferentiering är två viktiga vägar framåt.

– Den psykolog som tjänar mest hos en arbetsgivare borde tjäna dubbelt så mycket som den som tjänar minst. En sådan lönedifferentiering skulle lyfta hela kollektivet, säger han.

Skillnaderna mellan kvinnliga och manliga psykologers löner bekymrar honom däremot inte. En färsk rapport från Saco visar att



CARL-AXEL
HOLMBERG

det inte finns några löneskillnader mellan kvinnliga och manliga psykologer med identiska arbetsuppgifter hos samma arbetsgivare. Men genomsnittslönen är ändå något högre för de manliga psykologerna.

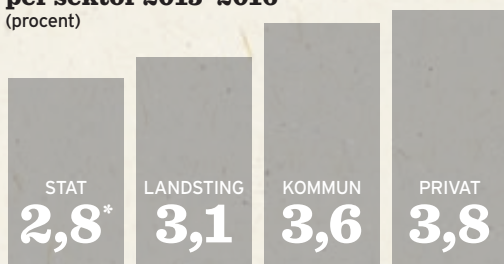
– Här finns förmodligen strukturella förklaringar, som att män i större utsträckning väljer andra befattningar och att arbeta inom sektorer med en högre lönesättning. Det borde vi titta närmare på, men vi vet i alla fall att det inte finns några osakliga löneskillnader bland psykologer, säger Carl-Axel Holmberg.

Inför nästa lönestatistik blir den stora utmaningen att öka svarsfrekvensen. I år valde bara 61 procent att svara på löneenkäten, som högst har andelen legat på mellan 70 och 75 procent.

– Jag förstår att det kan kännas jobbigt att svara på alla enkäter, men den här statistiken behöver vi verkligen för att kunna arbeta för en förändring. Psykologernas löner motsvarar inte deras kompetens och ansvar, säger Carl-Axel Holmberg. ●

Fotnot: Medellönen för en psykolog ligger nu på 40 600 kronor i månaden.

Löneutveckling per sektor 2015–2016 (procent)



Läs mer
i *Löneläget 2016* som
följer med som bilaga
till detta nummer.
av Psykologtidningen.

40 603:-

Medellönen för en psykolog 2016.

43 649:-

Högst statliga medellön
Forskning och utbildning

50 840:-

Medellön chef, samtliga sektorer

38 034:-

Lägst statliga medellön
Rättspsykiatri

28 777:-

Medellön PTP-psykolog

Högst och lägst medellön per sektor



Hurra!

4,2

procent

Löneutvecklingen för psykologerna
i Örebro – högst i landet.

*Statistisk ofullständig, se bilagan.

»Cheferna vill ge oss högre löner«

> Psykologerna i Örebro fick högst löneutveckling i landet, ett lyft med hela 4,2 procent.

– Vi har blivit duktigare på att förhandla, säger Izabela Adamiak, ordförande för Psykologföreningen Örebro.

Inför årets löneförhandlingar var psykologerna extra rustade. De hade blivit informerade om hur lönesamtalen går till, vad de kan kräva och vilka kriterier som är viktiga.

– Vi behöver beskriva alla moment som vi utför. Cheferna måste också få klart för sig att vi vill utvecklas och bli bättre, säger Izabela Adamiak.

De närmaste cheferna var lyhörda inför psykologernas nyslipade argument. Psykologerna betraktades som en prioriterad grupp.

– Många chefer ville ge oss ännu högre löner men det blev tyvärr stopp på HR-avdelningarna. Det är där bromsen sitter, säger Izabela Adamiak.

Hon tror att missnöjet med lönerna kommer att finnas kvar.

– Vi ligger ju sämre till än i både Västerås och Motala. Psykologerna här är inte nöjda.

Frustrationen har lett till att många psykologer sagt upp sig, särskilt impopulärt är landstinget i Örebro. Psykologerna vill hellre jobba för kommunen, staten eller det privata.

Izabela Adamiak tror att en ökad lönespridning skulle hjälpa. Då skulle de erfarna psykologerna känna sig motiverade att stanna kvar.

– Nu har vi mängder med nylegitimerade psykologer inom allmänpsykiatri men nästan inga erfarna psykologer. Vem ska handla alla nyblivna psykologer? undrar Izabela Adamiak som själv har sagt upp sin anställning inom allmänpsykiatri i Hallsberg för att börja på beroendecentrum i Örebro.

– Men det beror mest på att jag vill arbeta i Örebro, säger hon.

• Lennart Kriisa



IZABELA
ADAMIAK

Försäkringskassan dumpar psykologerna

Arbetsförmågan hos de långtidssjuka ska inte längre regelmässigt utredas av psykologer. I stället ska läkare bestämma om en psykolog behöver kopplas in.

– Ett hugg mot vår profession, säger psykologen Karin Linder vid landstinget i Jämtland.

Text Lennart Kriisa

Runt 200 psykologer i landsting- en ägnar sig åt försäkringsmedi- cinska utredningar. Hittills har så kallade teamutredningar, TMU, varit den vanligaste metoden för att bedöma de sjukskrivnas ar- betsförmåga. Då samarbetar flera professioner – läkare, psykolog, arbetsterapeut och fysioterapeut – för att ta fram det gemensamma utlåtandet.

Men sedan förra året testar Försäkringskassan en billigare utredningsmetod, AFU. Läkare får då bestämma om någon annan profession behöver kopplas in, i annat fall utreder läkaren arbets- förmågan på egen hand.

Karin Linder är en av flera psy- kologer som är kritiska.

– Styrkan med teamutred- ningar är att vi psykologer kan identifiera oupptäckta tillstånd. Vi har den fördjupade kunskapen, säger hon.

Varje vecka utreder hon två långtidssjukskrivna personer. Först gör hon en MINI-intervju för att få information om de psykiska symtomen, därefter kompletterar hon med en kognitiv screening.

– Det kan se lite olika ut bland landstingen, vi har varit fria att

hitta vår egen modell, berättar hon.

Och titt som tätt upptäcker hon tillstånd som inte tidigare blivit upptäckta.

– Misstankar om demens är inte helt ovanligt, jag kan också fånga upp nedsatta kognitiva funktioner, till exempel efter en hjärmskada.

När Karin Linder utbildades i den nya utredningsmetoden AFU fick hon veta att läkaren i första hand ska koppla in en arbetsterapeut.

– Psykolog och arbetsterapeut kompletterar varandra i bedöm- ningen. Psykologen ger veten- skapligt underbyggd kognitiv förklaring till arbetsterapeutens observationer, till exempel av ar- betsminne och rumslig förmåga, säger hon.

Men Försäkringskassans am- bition är ändå att psykologerna ska fasas ut. I december förra året undersökte Försäkringskassan 198 AFU-utredningar och kom fram till att läkare bara kopplade in psykolog i vart tredje fall.

– Oj, det var anmärkningsvärt lågt, säger psykologen Christian Oldenburg, som är Psykologför-



KARIN LINDER

NY METOD INFÖRS

Totalt genomförs 9800 försäk- ringsmedicinska utredningar. Team- konferenser (TMU), som innebär att flera professioner, däribland psyko- loger, är med från start, har hittills varit den vanligaste utredningsmetoden. Försäkringskassan inför nu en förenklad modell, AFU, bland annat för att fler ska kunna utredas.

bundets representant i Försäk- ringskassans referensgrupp.

Han trodde att läkarna skulle koppla in psykologer betydligt oftare. Så ser det ut på hans egen arbetsplats, Danderyds sjukhus.

– Det är förstås problematiskt om läkare på en del håll i landet tycker att det är onödigt att koppla in psykologer, då påverkas rättssäkerheten, säger han.

Samtidigt försvarar han För- säkringskassans ambition att fasa ut teamutredningarna.

– Psykologer behövs i de mer komplicerade fallen. En läkare kan ofta klara av att utreda aktivitets- förmågan vid enklare och mer entydiga fall, till exempel depres- sioner, säger han.

Sofie Östling, verksamhets- utvecklare på Försäkringskassan, är medveten om psykologernas kritik, men tycker att de positiva delarna väger över.

– Med AFU får vi en standardi- serad utredningsmetod över hela landet. Syftet med utredningarna är inte heller att utreda om det finns ytterligare diagnoser, utan att ge oss ett underlag för att bedöma arbetsförmågan.

Christian Oldenburg instämmer

och ser fram emot att arbeta med den nya metoden men har flera gånger upplevt att Försäkringskassan beställer utredningar i onödan.

– **Ta en person** som varit sjukskrivnen i över tio år, saknar anställning och som har mycket små utsikter att komma tillbaka i arbete oavsett vad vår utredning visar. Ibland känns det som att utredningen bara handlar om att reda ut vem som ska betala för att patienten inte kan eller har möjlighet att arbeta.

Men oftast har Christian Oldenburg upplevt att utredningarna är till nytta.

– Många vill tillbaka i arbete, och kan i utredningen få ett kvitto på att de faktiskt har förmågor. De känner sig stärkta när de går härifrån, säger han. ●

250

Så många miljoner kronor väntas de försäkringsmedicinska utredningarna kosta i år.

BILD: LARS BRUSELL



HELENA BJÖRCK OCH KATARINA CEDERIN

Riktlinjer > Patientuppprop mot Socialstyrelsen

Patienters egna vittnesmål ska bidra till att psykoterapeutiska metoder får en större tyngd i de nya riktlinjerna för behandling av depression och ångest. Det hoppas psykologstudenter vid Stockholms universitet som startat patientupp- ropet Rör inte min terapi.

– Vi är många som upprörts över att förslaget till nya riktlinjer har ett så starkt biologiskt perspektiv, säger Katarina Cederin, som tillsammans med Helena Björck är initiativtagare.

Redan efter det första dygnet hade hemsidan samlat över ett 50-tal berättelser. Innan remisstiden går ut för förslag till nya riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom, den 31 mars, ska dessa berättelser skickas in till Socialstyrelsen. /PÖ

BILD: ARBETSFÖRMEDELNINGEN



Arbetsmarknad > Psykologbristen fortsätter

Psykologer blir ett fortsatt bristyrke, konstaterar Arbetsförmedlingen i sin senaste jobbrapport. Prognosen bygger på intervjuer med 10 500 arbetsgivare. Både privata och offentliga arbetsgivare flaggar för ett ökat behov. Bland de offentliga arbetsgivarna rapporterar två av tre att det redan i dag är svårt att rekrytera rätt

personal. Psykologerna hamnar i den grupp som har lättast att få jobb framöver, tillsammans med sjuksköterskor, läkare och socialsekreterare.

Svårast att hitta jobb har journalister, musiker och banktjänstemän. /LK

Utblick > Tre miljoner tyskar i psykoterapi

I Tyskland är inställningen till psykologisk behandling som finansieras av försäkringssystemet en helt annan än i Sverige. Det framkom vid ett seminarium i riksdagen om förslaget till nya nationella riktlinjer

för depression och ångest.



STEPHAN HAU

– I Tyskland beräknas 30 procent av den vuxna befolkningen lida av psykisk ohälsa

och nästan 3,4 miljoner går i psykoterapi. Psykoterapeutisk behandling ingår i sjukförsäkringssystemet och alla innefattas i det, även arbetslösa, barn och studenter, och för de som saknar inkomst betalar staten för psykoterapeutisk behandling, berättade Stephan Hau, psykolog, psykoterapeut och professor vid Stockholms universitet.

Själv har han medverkat i arbetet med motsvarande tyska riktlinjer och lyfter fram Tyskland som ett föregångsland. /PÖ

Utredning > »Nej« till Ordning och reda i välfärden

Psykologförbundet är i sitt remissvar kritiskt till förslagen i utredningen *Ordning och reda i välfärden*. En anledning är enligt förbundet att den inte har uppmärksammat hur förslagen kan slå mot egenföretagare med få eller inga andra anställda än ägaren själv. Går förslagen igenom har egenföretagare i praktiken inte någon möjlighet att gå med vinst, skriver Psykologförbundet, och det blir omöjligt att driva verksamhet med både offentlig och privat finansiering. De föreslagna begränsningarna av vinstuttag kan även påverka arbetet med att utveckla patientsäkerheten och arbetsmiljön. /PÖ





TEMA adhd kaos

- Köer utan slut
- Landstingen uppfyller inte vårdgarantin
- Sjukskrivna psykologer
- Usel arbetsmiljö på Bup
- Diagnosfabriker

Tre års väntan

I sju landsting finns barn som väntat ett till tre år på en adhd-utredning, visar Psykologtidningens kartläggning.

Dalarna har längst kö av alla.

– Vår största utmaning är att behålla psykologerna, säger Anna Ståhlkloo, verksamhetschef inom Bup Dalarna.

Text Kajsa Heinemann

Personalbrist, sjukskrivningar och en stadig ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar. Verksamhetscheferna i landets landsting och regioner har många förklaringar till varför köerna växer. Och varför bara 10 av 21 landsting klarar att uppfylla den statliga förstärkta vårdgarantin inom Barn- och ungdomspsykiatri.

– I höstas kulminerade det, då hade vi fler utredningsförfrågningar än någonsin, säger Mattias Sassersson, verksamhetschef inom Bup Halland.

Någon avmattning förväntas inte heller de kommande tio åren. År 2025 beräknar Socialstyrelsen att åtta procent av pojkarna i Sverige, respektive fyra procent av flickorna, kommer att få en adhd-diagnos.

Allra svårast att följa vårdgarantin har Dalarna, där bara 27 procent av patienterna påbörjade en adhd-utredning inom 30 dagar.

– I flera år har vi haft stor personalomsättning och svårigheter att

rekrytera. I dag har vi ett stort antal vakanser, säger verksamhetschefen Anna Ståhlkloo.

Hennes fokus är att lyckas med rekrytering och behålla medarbetare. Lön och arbetsmiljö är viktiga beståndsdelar.

– Vi deltar också i projekt tillsammans med vårdgrannar för att se över uppdrag och avgränsningar, säger hon.

Men Bup Dalarna är långt ifrån ensamma om svårigheterna att rekrytera och behålla personal. Västerbotten har länge haft svårt att locka psykologer och psykiatriker, liksom Värmland, Norrbotten, Göteborg och Stockholm. Något som bidrar stort till de allt längre väntetiderna.

– Att behöva vänta på specialistvård är aldrig bra för någon. Men för barn kan det vara rent förödande, säger Anna Wallgren, verksamhetschef inom Bup Västerbotten.

Väntetiderna för en adhd-utredning varierar kraftigt mellan landstingen/regionerna. Inom Bup Värmland finns barn som väntat tre år. Inom Region

Jämtland/Härjedalen är väntetiden upp till femton månader. Och inom Region Örebro, Jönköping och Dalarna rör det sig om ett års väntetid.

Medan Gotland, Uppsala, Sörmland, Skåne och Blekinge säger att de inte har någon väntetid. De uppfyller också vårdgarantin.

– Lösningen är organisatorisk. Vi har arbetat fram en bättre struktur för utredningar i dag än för tre år sedan vilket gör att köerna inte har vuxit, säger Maria Holst-Ekholm, verksamhetschef inom Bup Blekinge.

Harald Grönqvist på avdelningen för vård och omsorg på SKL, har kommit fram till att de som klarar målnuppfyllelsen är de som har hittat nya arbetsätt. Flera av de framgångsrika landstingen har utvecklat samarbeten med skolor.

– Är målnuppfyllelsen låg innebär det att patienter, som i det här fallet är barn och unga, får vänta för länge på att utredas. Det betyder att landstingen inte arbetar tillräckligt effektivt, säger han. ●



Adhd

Antalet barn med adhd-diagnos har ökat med 300 procent de senaste tio åren. Från 12 345 barn (2006) till 50 164 (2015), enligt Socialstyrelsen. Prognosen är att inom tio år kommer drygt åtta procent av pojkarna och fyra procent av flickorna ha en adhd-diagnos. Den kraftiga ökningen beror på att personer med adhd som tidigare inte fått vård/diagnos upptäcks bättre i dag samtidigt som nya fall av adhd upptäcks.

Vårdgarantin

För att öka tillgängligheten till specialistvård inom Barn- och ungdomspsykiatri och korta väntetiderna infördes 2009 en förstärkt vårdgaranti.

Garantin, som är en överenskommelse mellan Sverige kommuner och landsting, SKL, och regeringen, innebär att minst 90 procent av patientgruppen, barn upp till 18 år, ska komma på ett första besök inom 30 dagar. Och minst 80 procent ska påbörja en

fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar.

Men allt färre landsting klarar att följa målnuppfyllelsen i vårdgarantin, visar SKL:s databas Väntetider i vården. Åren mellan 2011 och 2014 lyckades 15 av landets 21 landsting med målnuppfyllelsen att adhd-utreda barn och unga inom 30 dagar. Året efter klarade 14 landsting. Och 2016 var antalet nere i 10.

SKL:s ambition inför 2017 är att se över landstingens och regionernas rapporteringssystem till Väntetider i vården för att bättre kunna se vilka åtgärder som behövs sättas in för att garantera vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa.

[källor] Väntetider i vården (SKL:s databas), Psykn-rapporten (Socialstyrelsen, 2016).

Uppfyller vårdgarantin
Uppgift saknas
Uppfyller inte vårdgarantin

Norrbotten

Uppfyller inte vårdgarantin (77 %).
»Väntetiden är i genomsnitt åtta till nio månader.«

Västerbotten

Uppfyller inte vårdgarantin (46 %).
»Väntetiden är i genomsnitt ett år, men vi har patienter som fått vänta sedan augusti 2015.«

Västernorrland

Uppfyller inte vårdgarantin (77 %).
»För att klara utreda alla inom 90 dagar måste vi köpa utredningar externt.«

Jämtland/Härjedalen

Uppgift saknas/har inte rapporterat till SKL.
»Väntetiden är sex till 15 månader.«

Dalarna

Uppfyller inte vårdgarantin (27 %).
»Medelväntan var 142 dagar, längst tid 366 dagar«

Gävleborg

Uppfyller inte vårdgarantin (51 %).
»Vi klarar 80 procent inom 30 dagar«

Värmland

Uppfyller inte vårdgarantin (64 %).
»Vi har lång väntetid, som längst tre år«

Västra Götaland

Uppfyller inte vårdgarantin (76 %).
»Går inte att svara på«

Jönköping

Uppfyller inte vårdgarantin (73 %).
»Vår väntetid är mellan 30 och 365 dagar«

Halland

Uppfyller inte vårdgarantin (75 %).
»Mellan 30 till 70 dagar, medelväntetiden är 25 dagar«

Kronoberg

Uppfyller inte vårdgarantin (41 %).
Egen uppgift saknas.

Uppsala

Uppfyller vårdgarantin (96 %).
»Vi har ingen direkt kö.«

Västmanland

Uppfyller vårdgarantin (81 %).
»Som längst fyra månader, men väntetiderna ökar.«

Örebro

Uppfyller vårdgarantin (93 %).
»Som längst ett till två års väntetid.«

Stockholm

Uppfyller vårdgarantin (83 %).
»Väntetiden varierar bland klinikerna.«

Södermanland

Uppfyller vårdgarantin (89 %).
»Ingen kö.«

Östergötland

Uppfyller vårdgarantin (90 %).
»Nuvarande väntetidsregister är ofullständigt, vi ser över systemet nu.«

Kalmar

Uppfyller vårdgarantin (82 %).
»Mellan fyra till tio månader.«

Gotland

Uppfyller vårdgarantin (95 %).
»Väntetiden är 30 dagar.«

Blekinge

Uppfyller vårdgarantin (89 %).
»Oftast inom 30 dagar.«

Skåne

Uppfyller vårdgarantin (96 %).
»Vår väntetid är mellan 30 och 365 dagar.«

[källa] SKL

Brända

Stressade, pressade. Och med en gnagande känsla av otillräcklighet. Arbetsmiljön inom Bup slår hårt mot psykologer. Allt fler slutar, många sjuk-skrivs. Fyra frustrerade psykologer undrar varför inget görs.

Text Kajsa Heinemann



Emilie Sjöö, 37 år, Bup Växjö

»Ingen orkar med det här tempot i längden.«

Kris. En klinik utan ledning. Och kollegor som letar andra jobb. Så beskriver Emilie Sjöö sin arbetsplats Bup Växjö. Arbetsmiljöproblemen är nu så allvarliga att skyddsombuden har gjort en anmälan till Arbetsmiljöverket (enligt 6 kap 6a § AML).

– Folk mår dåligt, många är sjukskrivna. Det är svårt att i längden orka med det här tempot och den ansträngda arbetssituationen, säger Emilie Sjöö.

Sedan november då deras dåvarande chef tvingades sluta saknar de en fungerande ledning.

Olika tillfälliga chefer har avlöst varandra och i skrivande stund finns en tillfällig extern verksamhetschef. Och de som jobbar kvar förväntas arbeta i samma takt som tidigare.

En närmast omöjlig uppgift, även med den höga kompetensen och gedigna erfarenheten som finns på kliniken, menar Emilie Sjöö.

– Om vi ska klara av det stora söktrycket måste det finnas en fungerande och lyhörd organisation med tydliga rutiner runt utredningsarbetet.

Efter många år av omorganisationer och chefsbyten hade Bup Kronoberg med hjälp av SKL lyckats skapa en fungerande utredningsrutin och kortat kön. Så bra att SKL använde kliniken som gott exempel. Men nu är de tillbaka på ruta ett.

– Det är klart att den psykosociala arbetsmiljön påverkas. Vi utreder inte alls i samma takt. Det finns en stress i att behoven av utredning ökar samtidigt som kön bara växer. Visst, det ligger inte i mitt knä, men det påverkar mitt arbete. Inget barn ska behöva stå i kö, säger Emilie Sjöö. ●

Rolf Lagré, 65 år, Bup Norrköping

»Jag har tolv stycken utredningar på gång.«

Känslan av otillräcklighet, den långa väntetiden och personalomsättningen. Det är några skäl varför så många kollegor slutat på Bup Norrköping de senaste tio åren, menar Rolf Lagré, som med sina 30 år som psykolog på samma klinik är en raritet i sammanhanget.

– Man ska försvara att väntetiden för en neuropsykiatrisk utredning är mellan ett och två år. Vilket man ju inte kan. Det gör något med professionen, många tappar motivationen, säger han.

En inventering visade att Rolf Lagré hade 50 familjer med 12 fördjupade utredningar på gång samtidigt. Han var långt ifrån ensam.

– Alla psykologer här jobbar på gränsen till vad de klarar. Som psykolog vet man att det inte går att ha mer än ett fåtal utredningar på gång, säger han och fortsätter:

– Om Bup var en industri och fått ökad efterfrågan hade fler anställts. Vi tvingas prioritera, men det räcker inte att organisera om och hitta nya prioriteringsverktyg.

Drivkraften att förstå och skapa förutsättningar för barn och unga med svårigheter, och att ha fått arbeta inom olika områden samt utbilda sig, senast till specialist i neuropsykologi, gör att han är kvar.

Men också han har gått in i den klassiska väggen.

– Trycket från politiker, föräldrar och skola att utredningar ska gå fort är stort. Ibland måste man som jag hamna i kris för att inse sina begränsningar. Jag lärde mig att sätta gränser.

Som fackligt engagerad är psykologernas arbetssituation en hjärtefråga.

– Allt fler får stressrelaterade symtom och blir sjuka till följd av arbetsmiljön. Enda lösningen är fler psykologer. ●



Martin Herrgård, 29 år, Bup Stockholm

»29 år och sjukskriven.
Det är vansinnigt.«

Efter tre år som psykolog på Bup Skärholmen tog han slut. Mottagningen hade under flera år tappat erfaren personal. Martin Herrgård tog på sig allt större ansvar. Fick sömnproblem. Gick till en psykolog. Och skämdes. Att han som psykolog inte visste bättre. Han pratade med kollegor, responsen gjorde honom allt annat än lugn.

– Det visade sig att jag inte var ensam. Det var skrämmande hur normaliserat sömnproblem och stress var bland mina kollegor.

Enligt Martin Herrgård skulle utredningar gå fort, och gjordes även av personal utan kompetens. Själv fick han kämpa för att få utredningshandledning. Han förväntades ta trauma-ärenden, men fick inte gå traumakurser.

Med en bättre personalpolitik skulle inte så många bli sjuka, eller söka sig till andra arbetsplatser, tror Martin Herrgård.

– Det fanns inget stöd från organisationen, stödet jag fick var från kollegor.

Våren 2016 kom Martin Herrgård inte ur sängen.

– 29 år och sjukskriven. Det är vansinnigt, jag vet. Bup är som ett slukhål, säger han.

Nu är han tillbaka på Bup Traumaenheten i Stockholm, sjukskriven på 25 procent, och med en starkare övertygelse att psykologer aldrig får tumma på kvaliteten i vården.

– Innan jag blev sjuk upplevde jag mig vara en extrem röst när jag sa att vi måste ge patienter den vård och tid, som vi utifrån forskningsläget vet att de behöver. Vi psykologer har ett ansvar att stå upp för vår profession, och för utsatta barn och unga. Vi ska inte försöka lösa problem som är chefens ansvar, och ytterst politikernas, säger Martin Herrgård. ●



Hedvig Löfqvist, 30 år, Bup Hisingen

»Orkar inte vara där folk
säger upp sig hela tiden.«

Majoriteten av psykologerna på Bup Hisingen är kvinnor i 30 årsåldern med två år i yrket. Kliniken annonserar ständigt efter personal. Sedan september 2015 då Hedvig Löfqvist började har hon haft fyra olika chefer.

– Det är stressande, tar mycket kraft. Man vill vara välkomnande mot ny personal, men det är svårt när man inte vet om de stannar.

Personalomsättningen påverkar arbetsmiljön och patientsäkerheten. Det blir ingen kontinuitet, kompetens försvinner och risken att enskilda personer tar på sig för stort ansvar ökar, menar Hedvig Löfqvist. Bästa skulle vara om det fanns en struktur i organisationen som skyddar mot sådant.

– För mig har handledning och egenterapi varit avgörande för att hitta gränserna för vad som är mitt uppdrag som psykolog i verksamheten.

Pressen att neuropsykiatriska utredningar ska gå snabbt är påtaglig. Söktrycket är stort och väntetiden är sex månader till ett år. Ska man "överleva som Bup-psykolog gäller det att ha skygglappar", enligt Hedvig Löfqvist.

– Jag jobbar mycket på att fokusera på patienterna och inte stressas av köerna. Klinikens beslut att inte ha personliga väntelistor bidrar till att köerna mer blir chefers och politikers huvudvärk än enskilda behandlares. Men självklart påverkas man av alla som väntar, säger hon och fortsätter:

– Jag är inte alls färdig med Bup. Men det behövs stabilitet för att arbeta med den komplexa psykiatriska problematik som våra patienter har. Frågan är hur länge man orkar vara på en arbetsplats om alla slutar hela tiden. ●

Så halverades kön

Bup Värmland köpte utredningar från privata vårdbolag och lyckades korta köerna rejält. Men nu är alla avtal uppsagda.

-Vår lösning är att sluta utreda alla barn, säger verksamhetschef Maria Svensson.

Text Kajsa Heinemann

Ar 2015 var situationen inom Bup Värmland ohållbar. Kön till neuropsykiatriska utredningar var rekordlång, personalomsättningen omfattande och bristen på psykologer akut. Något måste göras. Landstinget sköt till tio miljoner extra i anslag och i april samma år skrevs avtal med fem privata vårdbolag att utföra utredningar.

Så här motiverade Bengt Stenström, biträdande divisionschef för psykiatri och ansvarig för upphandlingen, avtalen i P4 Värmland (23/6 2015).

- Vi har möjlighet till en helt annan volym vad gäller utredningar. Det blir mindre kostsamt och kvalitetsmässigt säkrare.

I dag, två år senare, är tonläget ett annat. Visserligen minskade kön kraftigt från 860 till 250 barn - men kostnaderna drog iväg långt över budget. Totalt har utredningarna kostat landstinget 43,6 miljoner. Och kvaliteten på utredningarna har ifrågasatts av såväl familjer som Bup-ledning.

- Vi ska inte köpa punktinsatser mer. Det

blev inte bra och det blev för dyrt, säger Mathias Karlsson, chef för öppenvården i Värmland. Dessutom brände vi alla pengar redan i mars på externa utredningar, som ofta även innebar dubbeljobb för att vi fick göra om dem.

Maria Svensson, verksamhetschef på Bup Karlstad, tycker att de inköpta utredningarna blev för hastigt genomförda. Barnen fick inte heller någon uppföljning.

Hon berättar om flera familjer som efter utredningarna hamnade i kris.

- Många upplevde att det var som ett löpande band, att utredningen hastades undan. De fick träffa en psykolog vid två tillfällen, och en läkare en gång. Sedan var det återgivning. Så ska det inte gå till, säger hon.

I april 2017 löper avtalen ut med de fem privata vårdbolagen, som sedan april 2015 utfört majoriteten av Bup Värmlands utredningar. Nu återstår utmaningen att på egen hand hantera den stora efterfrågan på diagnoser från skola och föräldrar som ofta kräver diagnos för att få stöd. Något som går helt emot skollagen.

- Jag tror det här med diagnos i

skolan är en samhällsfråga. Barn ska inte behöva en diagnos för att få rätt stöd. Det är snarare än pedagogisk utmaning än en psykiatrisk, säger Maria Svensson.

Men hur ska Bup nu klara alla utredningar?

- Vi ska sluta utreda alla barn. Vi ska första hand utreda vad barnet behöver och inte i första hand fokusera på diagnoser. Vi har redan börjat arbeta på ett integrerande sätt med skolor men också inom organisationen. Våra psykologer är engagerade och vill vara med i ledningsgruppen, det tror jag är jätteviktigt, säger Maria Svensson.

Den stora personalomsättningen och bristen på psykologer och läkare ska prioriteras, menar Mathias Karlsson, som också är angelägen om att verka för en bättre arbetsmiljö.

-Vi har jättefå psykologer och stora svårigheter att rekrytera. Men detta är något jag prioriterar. Jag ska se till att psykologer trivs och vill arbeta på Bup Värmland. Att vi i område öppenvård stöttar Bup med detta är en av mina viktigaste prioriteringar nu, säger han.

Något som Maria Svensson välkomnar:

- Vi har i dag 5,5 psykologtjänster. Jag skulle behöva det dubbla, säger hon. ●



Upphandlade bolag

- Utredningskompaniet Sverige AB
- Cereb AB
- PR Vård Mottagning AB
- Moment Psykologi AB
- Inside Team AB

Kostnader och antal neuropsykiatriska utredningar

2015: 528 utredningar till en kostnad av 17,1 miljoner

2016: 320 utredningar till en kostnad av 26,6 miljoner

Priset på utredningar varierar stort, från 26 440 kr (Inside Team AB) till 44 500 kr (Utredningskompaniet). Totalt tjänade Utredningskompaniet Sverige mest, därefter Inside team och Moment Psykologi.

»Föräldrar saknar stöd från Bup«

Bup-ledningens kritik om dyra och bristfälliga adhd-utredningar är en nyhet för Sebastian Cordova, psykolog och vd för Utbildningskompaniet Sverige AB, som anlitas mest av Värmlands landsting.

– Vi har gått exakt efter avtalet, säger han.

Enligt honom var uppdraget tydligt: utred alla effektivt och snabbt så adhd-kön är borta 2018. Att ledningen nu säger upp avtalet tycker Sebastian Cordova är märkligt.

– Vi har bara fått positiv respons. Föräldrar och skola är tacksamma att utredningar gått snabbt. Många som väntat länge säger sig sakna förtroende för Bup där personal slutar hela tiden. ●

»Diagnosfabriker – nej tack«

Värmlands Psykologförening kritiserade upphandlingen och processen – men utan respons. I dag anger landstingsledningen det föreningen varnade för – som skäl till uppsägning av avtalen.

– De skulle lyssnat mer på oss, säger Ola Sarri, då verksam inom vuxenpsykiatri.

Under stora delar av processen var Ola Sarri ensam psykolog. Något han ifrågasatte, då fem av sex vårdbolag berörde Bup. Och när han såg anbudena såg han att de var orealistiska. Vårdbolagen la nästan ingen tid på anamnes, ingen alls för uppföljning. Fokus låg på testning och kortfattade symtombeskrivningar.

– Med sådan tidspress går det inte att samla in tillräcklig information för att göra komplicerade differentialdiagnostiska överväganden, då liknar processen mer en diagnosfabrik, säger Ola Sarri.

Ulrika Sharif, 1:e vice ordförande i Psykologförbundet, då ordförande i psykologföreningen, är bekymrad hur detta drabbar patienter och professionen.

– Jag oroar mig att psykologers utrednings- och bedömningsarbete hamnar i vanrykte. Det är också upprörande att skattepengar kastas bort bara så att vi formellt kan säga att vi följer vårdgarantin. ●



BILD: ULRICA ZWENGER

Bengt Persson, ordförande i SNPF

»Orimlig arbetssituation för Bup-psykologer«

Arbetsmiljön inom Bup är ohållbar. Både fysiskt och psykiskt. Det säger Bengt Persson, ordförande i Sveriges Neuropsykologers förening (SNPF), som är en yrkesförening inom Psykologförbundet.

– Något måste göras, innan det är för sent.

Anställ fler psykologer, och utred färre barn. Två förslag på åtgärder som kan lösa den orimliga arbetssituationen för psykologer inom Bup, enligt Bengt Persson, som är bekymrad över psykologernas psykosociala hälsa.

– Utan ökade resurser blir arbetsbördan helt orimlig både psykiskt och fysiskt.

Med Bengt Perssons förslag skulle söktrycket minska, psykologernas arbetsbelastning likaså. Och Bup kunna erbjuda specialistvård till de med störst vårdbehov, som det är tänkt.

– Det är något fel med systemet när alla barn med koncentrations-svårigheter ska utredas. För många med så kallad lindrig till normal-svår adhd skulle det räcka om skolan tog hand om dem pedagogiskt, säger Bengt Persson.

Att göra neuropsykiatriska utredningar ställer höga krav på de

som utreder, men också på verksamheterna. Enligt Bengt Persson saknar många i dag en fungerande plan för hur utredningar ska göras. Något som ökar stressen i kåren.

– Psykologer jobbar ensamma, har ingen att bolla med och förväntas göra andra uppdrag samtidigt. De splittras, och ofta finns ingen förståelse för att arbetet med att gå igenom utredningsmaterialet och skriva utlåtande kräver sammanhållen tid. ●

»Det är något fel med systemet när alla barn med koncentrations-svårigheter ska utredas. För många med normal-svår adhd skulle det räcka om skolan tog hand om dem pedagogiskt.«

»Mamma var psykotisk men också intellektuell och trodde benhårt på att jag behövde psykoanalys. Som vuxen blev jag terapiresistent.«

Text Kajsa Heinemann Bild Ulrica Zwenger

Uppvuxen på 1950-talet med en psykotisk mamma som "fått terapi på hjärnan" tvingades Suzanne Osten ofta gå i analys. Flera gånger blev hon inlagd på Bup, vilket en tjock lunta journalanteckningar från den tiden vittnar om.

Men effekten, som mamman hoppats på, uteblev. Och Suzanne Ostens brist på tillit till vuxenvärlden grävde sig djupare. Att ingen såg hennes utsatthet eller mammas behov av vård var en gåta då liksom den är än i dag.

Men utan dessa sår och spår hade hon aldrig haft drivkraften att utforska barndomen och återupprätta densamma, något som gjort henne till pionjär inom scenkonsten.

– Redan som barn tänkte jag att det var mamma som hade problem, inte jag. Mamma var psykotisk men också intellektuell och trodde benhårt på att jag behövde psykoanalys. Som vuxen blev jag terapiresistent.

Suzanne Osten och katten Osis

tar emot en av de där gråruskiga dagarna i mars i hemmet mitt i centrala Stockholm. Utanför strekar trafiken, inne råder lugn och på samma gång ett kreativt kaos. Här samsas böcker och konstverk om uppmärksamhet. Några sticker ut; det är oljemålningar av hennes mamma som ung. Utan synliga spår av psykosen. Att mamman, som blev inlagd på psykiatrisk klinik där hon sedan dog, ges en så central plats i dotterns hem, tyder på viss försoning.

– Ja, jag tycker mycket om målningarna och är så glad att jag hittade dem, säger Suzanne Osten och får något ömsint i rösten.

Professor, regissör, filmskapare, författare, aktivist och feminist. Kärt barn har många namn. Med sina 72 år är Suzanne Osten inget barn. Men hon är ung, betydligt yngre än många med färre år på jorden. Och med en vildhjärna få förunnat. Som tar henne på resor, såväl inre som geografiska.

Nyligen var hon tillsammans med särbon Ann-Sofi Bärány,

SUZANNE OSTEN:

Professor, teaterregissör, filmskapare. Feminist. Aktivist.

ÅLDER: 72.

SÄRBO: Ann-Sofi Bärány, psykolog och psykoanalytiker.

AKTUELL MED:

- Film med manus av Ingmar Bergman.
- Filmen »Flickan, mamman och demonerna« (2016).

psykolog och psykoanalytiker, i Washington och marscherade mot Donald Trump.

– För mig var det självklart att åka dit. Jag är aktivist och feminist. Vi var mer än en miljon som demonstrerade, mest kvinnor. Det var riktigt häftigt!

Hon bjuder på kaffe i stora koppar, och rågbröd utan smör. Men med ost och marmelad. Katten Osis spatserar självklart spinnande över bordet mellan oss. Från vardagsrummet hörs en radio.

– Den står alltid på, för kattens skull, förklarar Suzanne Osten i förbigående och smeker sin vän som satt sig till rätta i hennes knä.

– Jag tänker att han behöver lite sällskap eftersom jag reser så ofta.

Två packade resväskor i sovrummet vittnar om att hon ständigt är på språng. Snart bär det iväg till London på psykologkongress där hon ska visa sin film "Flickan, mamman och demonerna", som baseras på





»Jag inte kan skilja på privat och profession. Jag vill alltid ta in det jag läser och upplever i mitt skapande.«

uppväxten med sin psykotiska mamma. För Suzanne Osten är gränsen mellan det privata och professionella hårfin. Båda är källor ur vilka hon hämtar inspiration, kunskap och erfarenheter. Ändå är hon tydlig med att hon inte är särskilt intresserad av att prata om sitt privatliv.

– Det lustiga är att jag inte riktigt kan skilja på privat och profession. Psykologi, psykoterapi och relationer går ju i varandra och jag vill alltid ta in det jag läser, upptäcker och upplever i mitt skapande.

Hon är känd för att djupdyka ner i teorier och forskning. Hon gör alltid gedigen research och får ensemblen att göra detsamma. Ofta samarbetar hon med psykologer och analytiker. Inför pjäsen »Medeas barn« (1974) tog hon hjälp av psykologen Gunnar Öberg och psykoterapeuten Bente Öberg samt deras forskning om barns upplevelse av skilsmässor. Och inför pjäsen »Babydrama« (2006), som vände sig till barn mellan 6 månader och ett år, var Ann-Sofi Bårány

experten. Det var också då och där de två träffades.

Sett i backspegeln var det tur för både Suzanne Osten och teatervärlden att hennes terapieresistens botades vid 30 års ålder. Sedan dess har hon samlat »ett pärlband av psykologer och psykoanalytiker« som hon alltid bär med sig, Alice Miller och Donald Winnicott.

– Det var när jag tog hand om min partners fyra barn som jag insåg att jag behövde trassla ut min egen trasiga barndom. Så jag gick 19 år i psykoanalys för att förstå vad som hade hänt. De tre första åren, var tre år av skräck.

– Jag var konstant rädd för analytikern och samtidigt rädd att såra henne. Jag hade önskat att jag sagt ifrån, rest mig och gått. Det borde alla som går i dålig terapi göra i ett sånt läge.

En vit lögn blev utvägen. Suzanne Osten skyllde på pengar.

– Jag tänkte: Aldrig mer terapi!

Men några år senare hittade hon en psykoanalytiker som hjälpte henne läka och bearbeta barndomstrasslet. Värst

var rädslan att som barn till en paranoid schizofren själv bli sjuk.

– Min terapeut, som var öppen, orädd och humoristisk, fick mig att känna mig trygg. Och en dag var jag inte längre rädd, och kunde gå vidare, säger hon chosofritt.

Att det blev just psykoanalys spelade egentligen inge roll, tror Suzanne Osten, som är trött på det »meningslösa kriget mellan PDT och KBT». För henne handlar allt om kontakten. Och tilliten.

– Jag tror att relationen är viktigast, inte terapiformen. Om vi lärde oss känna igen vad som är en bra kontakt skulle vi bättre kunna välja våra relationer. I den bästa av världar skulle alla som vill få gå i psykoterapi. Pengar ska inte styra. Vissa, som en del barn, kan inte alltid be om det, då måste man hjälpa dom.

Att Suzanne Osten står stadig som en fura på barnens sida är ingen nyhet. Men att många vuxna så ofta missförstår hennes intentioner irriterar och förvånar henne varje gång. Särskilt då det drabbar barnen. Som med filmen »Flickan, mamman och demonerna» som gjordes för barn men först blev barnförbjuden, för att sedan få 11-årsgräns. Då hade publiken redan försvunnit, påpekar Suzanne Osten och ser för första gången riktigt förbannad ut.

– Mycket trist, särskilt för barn som växer upp med psykotiska föräldrar. Barn klarar att se mycket mer än vad vuxna tror. Det märker vi när filmen visas i skolor. Men också när jag träffat vuxna som berättat att de som barn hade behövt se en sån här film för att förstå föräldrarnas sjukdom. Som tur är lever filmen vidare som skolbio, på filmfestivaler och psykologkongresser, säger Suzanne Osten och fortsätter:

– Vuxna är bra på att svika barns verkliga behov. De står inte ut med att kritiserar. De står handfallna. Men jag vill utvidga barnperspektivet och den moderna psykoanalysen har sagt mig något som jag också har kunnat omsätta inom teatern. Och det tänker jag fortsätta med. ●

Suzanne Osten väljer sina viktigaste verk med psykologanknytning

»Medeas barn« (1975 / TEATER) av Per Lysander/Suzanne Osten i samarbete med psykologerna Lisbeth Palmgren och Bente och Gunnar Öberg.

»Hitlers Barndom« (1984 / TEATER) av Niklas Rådström i samarbete med psykologen, psykoanalytikern och barnrättsaktivisten Alice Miller.

»Babydrama« (2006 / TEATER) av Ann-Sofi Bårány, psykolog och psykoanalytiker, dramatiker i samarbete med psykoanalytiker, pedagoger och sjukvårdspersonal.

Får jag kontakta socialtjänsten om jag misstänker att ett barn far illa?

Fråga: Jag arbetar som psykolog inom primärvården och undrar vad som gäller för att få lämna uppgifter till socialtjänsten om jag får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Det kan till exempel gälla om en patient har ett mindre syskon och berättar något som gör att jag blir orolig för att syskonet far illa. Kan jag då verkligen lämna ut min patients personuppgifter till socialtjänsten för att de ska kunna påbörja en utredning om barnet, som jag kanske aldrig har haft någon kontakt med?

Sekretessen för uppgifter inom hälso- och sjukvården är mycket strikt och generellt råder sekretess för alla patientuppgifter. I vissa situationer finns naturligtvis ett stort behov av att föra uppgifter vidare, som exempelvis till socialtjänsten vid orosanmälningar. Därför finns det flera olika sekretessbrytande bestämmelser.

En viktig sådan bestämmelse är den som anger att uppgifter får lämnas om det finns en uppgiftsskyldighet enligt en annan lag. Regeln om skyldigheten att orosanmäla i socialtjänstlagen är exempel på en sådan uppgiftsskyldighet som bryter sekretessen. Regeln om anmälningsskyldighet kompletteras dessutom av en regel som säger att man är skyldig att till socialnämnden lämna "alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd". Även utan en föregående anmälan är du således skyldig att lämna alla

sådana uppgifter till socialnämnden om den efterfrågar det. Att tänka på är då att det alltid är den som lämnar ut uppgifterna som ska pröva vilka som ska lämnas ut. Du behöver alltså tänka efter vilka uppgifter som kan ha betydelse för socialnämnden när det gäller den utredning som är aktuell.

Det är inte självklart att socialnämnden behöver få del av en hel journal även om den skulle efterfråga det. Om du skulle vara osäker på vad utredningen egentligen handlar om, kontakta då socialnämnden och be om mer information för att kunna göra rätt bedömning av vad som ska lämnas ut.

I det här fallet fall kan du utan hinder av sekretess lämna ut de uppgifter rörande din patient som behövs för att barnet ska kunna identifieras. Dessutom kan du förstås lämna ut de uppgifter i sak som gör att du misstänker att barnet far illa.

Regeln om samtycke

Den sekretessbrytande bestämmelse som kanske används mest, men då i andra situationer än vid orosanmälningar, är regeln om att samtycke från den som uppgifterna rör bryter sekretessen. Är patienten ett barn behövs vårdnadshavarens samtycke. Ett samtycke kan alltid återkallas vilket innebär att patienten således när som helst kan ändra sig. Det måste dessutom vara fråga om ett informerat samtycke, det vill säga den som ger samtycket måste veta under vilka förutsättningar det ges.



NILS ERIK SOLBERG

Utöver de här reglerna finns flera andra som tar hand om speciella situationer där det inte ansetts vara rimligt att sekretessen ska utgöra ett hinder mot att lämna uppgifter om man inte skulle få ett samtycke från en patient. Ett exempel på det är att sekretessen bryts vad gäller att lämna uppgifter till polis och åklagare om uppgifterna rör ett brott för vilket det inte är stadgat ett lägre straff än fängelse ett år.

Kännedom om brott

På förbundskansliet får vi ganska ofta frågor från psykologer som av patienter fått kännedom om brott och som då av naturliga skäl har svårt att veta om sekretessen bryts. Man måste ju här veta vilket brott det är fråga om och dessutom vilket det lägsta straffet är för det brottet. Man kan därför behöva tänka efter extra noga hur man ska agera i de situationerna, diskutera med kollegor och närmaste chef, eller ta kontakt med förbundets medlemsrådgivning för diskussion.

Det är också bra att komma ihåg att de sekretessbrytande bestämmelserna i sådana situationer innebär att det är möjligt att lämna uppgifterna till polis och åklagare. Skyldigheten att lämna uppgifter kan följa av andra bestämmelser, som till exempel regeln om orosanmälan. Om möjligheten att lämna uppgifter finns, utan att sekretessen hindrar, kan etiska dilemman istället uppkomma huruvida du som psykolog bör eller inte bör polisanmäla. ●

HAR DU EN FRÅGA TILL JURISTEN?

Mejla!
redaktionen
@psykolog
tidningen.se

Ställ dina frågor till *Fråga juristen* och *Fråga ombudsmannen* som är återkommande vinjetter i tidningen. Läs även tidigare frågor och svar på *psykologtidningen.se* under filken **Fackligt**.

**Starkt stöd för psyko-
dynamisk psykoterapi
vid depression.** Olika
psykologiska behandlings-
metoder tycks ha likvärdiga
effekter vid depression men
fortfarande är frågan om
vilken metod som passar vem
bäst, till stor del obesvarad.
Det skriver psykologerna
*Peter Lilliengren, Jakob
Mechler och Karin Lindqvist,*
som här redogör för aktuell
forskning om psykodynamisk
psykoterapi vid depression.

d

et senaste decenniet har flera meta-analyser indikerat att etablerade psykologiska behandlingar, såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT), problemlösningsterapi, manualiserad stödterapi med flera, har jämförbara effekter vid behandling av depression^[1,4,6]. Dessa behandlingar har vanligen måttliga till stora effekter i jämförelse med inaktiva kontrollgrupper som exempelvis väntelista eller sedvanlig behandling och i studier där man jämfört behandlingarna direkt med varandra har man vanligen inte funnit några signifikanta skillnader. Till en del psykoterapiforskarens förtret tycks den ökända Dodo-fågeln seglivad, åtminstone när det gäller depression. En kritik som dock framförts mot dessa meta-analyser är att ett "statistiskt brus" uppstår när olika studier vägs samman vilket leder till att eventuella verkliga skillnader mellan behandlingar kan vara svåra att upptäcka, det vill säga ett slags typ II-fel^[11]. Botemedlet är att genomföra större, direkt jämförande studier för att med säkerhet kunna uttala sig om huruvida behandlingarna faktiskt är likvärdiga eller inte.

»Non-inferiority« studier

I STÖRRE JÄMFÖRANDE studier kan forskarna inte bara testa om någon av de jämförda behandlingarna är bättre än den andra, utan studien kan också designas för att svara på frågan om den ena behandlingen är statistiskt sämre än den andra (så kallad non-inferiority). Rent statistiskt rör det sig om två olika frågeställningar. För att undersöka om den ena behandlingen inte är sämre krävs en tillräckligt stor undersökningsgrupp samt att forskarna i förväg sätter upp kriterier i form av osäkerhetsmarginaler för den effekt man hittar mellan behandlingarna (det vill säga fördefinierade gränser för det så kallade konfidensintervallet). Om osäkerheten kring effekten hamnar inom dessa marginaler anser man att behandlingarna är likvärdiga.

Nyligen jämfördes korttids-PDT med KBT i en sådan större non-inferiority-studie^[5]. Totalt randomiserades 341 deprimerade patienter till 16 sessioner korttids-PDT eller 16 sessioner KBT. Båda behandlingarna var manualiserade och genomfördes av välutbil-

dade terapeuter. Studien genomfördes på psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Holland och man hade relativt vida kriterier för vilka patienter som kunde delta, vilket innebär att resultaten blir mer generaliserbara till den kliniska verkligheten. Utfallet mättes både med självskattning och av oberoende bedömare och det primära utfallsmåttet var antal patienter som vid avslutad behandling gått i remission enligt det observatörsskattade måttet Hamilton Depression Scale (HAM-D; gränsvärde <7). Man fann inga signifikanta skillnader mellan behandlingarna och korttids-PDT klarade non-inferiority-marginalerna när det gällde total symtomförbättring. För andelen patienter som nått remission hamnade dock den lägre gränsen för konfidensintervallet precis utanför den förutbestämda marginalen (0.45 jämfört med 0.49). I praktiken innebär detta att totalt två patienter i PDT-gruppen bedömdes ha 7–8 poäng på HAM-D snarare än 6. Att PDT-behandlingen missade denna marginal tycktes vara drivet av en icke-signifikant trend som indikerade att de djupast deprimerade patienterna, som erhöll terapi i kombination med medicinering, i högre utsträckning gick i remission i KBT-gruppen jämfört med PDT-gruppen. När man analyserade resultaten för patienter som var måttligt deprimerade var effekten av korttids-PDT inom marginalerna för non-inferiority för såväl remission som för total symtomminskning.

YTTERLIGARE EN STÖRRE non-inferiority-studie publicerades förra året, denna gång genomförd i USA^[3]. Totalt randomiserades 237 deprimerade patienter till 16 sessioner korttids-PDT eller KBT. Behandlingarna utfördes på en öppenvårdsmottagning och man använde behandlare som var anställda inom verksamheten. Terapeuterna fick intensiv handledning, och skattningar av följsamhet och kompetens var tillfredsställande och jämförbara med behandlingar utförda av expertterapeuter. Patienterna som sökte behandling kom, precis som i den holländska studien, företrädesvis från psykosocialt utsatta grupper och 90 procent av patienterna hade komorbiditet i form av andra samtidiga axel-I störningar eller beroendeproblematik. Primärt utfallsmått var observatörsskattade depressionssymtom enligt HAM-D och inte heller här fann man någon statistiskt signifikant skillnad mellan terapiformerna. Konfidensintervallet för skillnaden mellan behandlingarna var inom non-inferiority-marginalerna vilket indikerade att PDT-behandlingen var statistiskt icke-underlägsen KBT.

Båda dessa större studier indikerar alltså att korttids-PDT i stort är likvärdigt KBT vad gäller effekt på depressiva symtom. Samtidigt indikerar resultaten också att relativt få patienter, oavsett terapiform, blir friska från sin depression – endast runt en femtedel gick i full remission. Det var också många patienter som inte fullföljde sin behandling (oavsett terapi-

« Non-inferiority-studier lanserades under 1990-talet, bland annat för att det ansågs oetiskt att ge en kontrollgrupp placebo när det fanns bevisat verksamma behandlingar att jämföra med.

»Även om det inte går att dra starka slutsatser av en enskild studie, så indikerar studien att längre psykoterapi kan ha positiva effekter jämfört med längre tids medicinering.«

form), de fick således sannolikt en otillräcklig dos för att terapin skulle ha full effekt. I en nyligen publicerad svensk studie jämfördes KBT med IPT i psykiatrisk öppenvård och även där fann man liknande resultat – IPT var non-inferior i jämförelse med KBT men endast cirka 20 procent av patienterna nådde remission och många patienter hoppade av behandlingarna i förtid^[7]. En fråga som uppstår här är om dessa relativt korta behandlingar kan vara otillräckliga för många patienter med depressiva besvär.

Långtidsterapi vid depression

FORSKNING PÅ PSYKODYNAMISK långtidsterapi (långtids-PDT, >1 år) har länge varit eftersatt, bland annat på grund av ekonomiska, metodologiska och etiska problem som uppstår när man studerar längre terapier. De senaste åren har dock några studier publicerats och ytterligare studier pågår. Bastos och medarbetare^[2] undersökte exempelvis effekten av långtids-PDT (en gång i veckan i två år) med en lika lång farmakologisk behandling med fluoxetin samt en grupp där patienterna erhöll långtids-PDT och medicin i kombination. I studien ingick totalt 272 måttligt deprimerade patienter. Forskarna förväntade sig att långtids-PDT skulle vara lika effektiv som enbart medicinering, men möjligen något mindre effektiv än kombinationsbehandlingen.

Under inledningen av behandlingarna förbättrades dock patienterna likvärdigt i alla tre grupper och man fann inga signifikanta skillnader i effekt efter det första halvåret. Därefter upphörde emellertid förbättringarna nästan helt i läkemedelsgruppen samtidigt som patienterna som fick långtids-PDT och kombinationsbehandling fortsatte att förbättras. När behandlingarna avslutades efter två år hade grupperna som fått långtids-PDT signifikant lägre depressionssymtom jämfört med gruppen som fått enbart medicinsk behandling. Skillnaden i effekt mellan de som fått enbart långtids-PDT och enbart fluoxetin var stor (Cohens $d = 1.32$) och kombinationsbehandlingen var ytterligare något bättre än enbart långtids-PDT ($d = 0.32$). Sett till andel som gick i remission var långtids-PDT bäst (74 procent) följt av kombinationsbehandlingen (65 procent) och enbart medicinering (22 procent). Långtids-PDT hade

dessutom minst antal avhopp (19 procent), följt av gruppen som enbart fick medicin (26 procent) och sist kombinationsbehandlingen (32 procent).

Depression hos ungdomar

I DECEMBER 2016 PUBLICERADES även resultatet av den så kallade **IMPACT-studien** som är den hittills största psykoterapistudien som genomförts för ungdomar med depression^[9]. I denna randomiserades 470 deprimerade brittiska ungdomar mellan 11 och 17 år till antingen korttids-PDT (max 28 sessioner plus upp till 7 sessioner för ungdomens vårdnadshavare), KBT (max 20 sessioner med upp till 4 familjesessioner) eller en så kallad kort psykosocial intervention (max 8 sessioner plus upp till 4 familjesessioner) som bestod av psykoedukation kring depression samt stöd kring att hjälpa ungdomarna att ta hand om sig själva bättre och minska isolering. Den psykosociala interventionen i kombination med medicin har tidigare visats vara lika effektiv KBT i kombination med medicin för deprimerade ungdomar^[8]. Alla tre behandlingarna var manualiserade och utfördes av utbildade terapeuter.

Det primära utfallsmåttet var självskattade symtom (mätt med Mood and Feelings Questionnaire, MFQ) och man fann ingen skillnad mellan behandlingarna vid avslutad behandling. Mellan korttids-PDT och KBT fanns det heller ingen skillnad på något av måtten vid någon av uppföljningarna (52 respektive 86 veckor efter behandling). Antalet patienter som gått i remission skilde sig inte heller mellan grupperna. Vid 12 veckor var 48 procent av patienterna i studien inte längre deprimerade, och vid 86 veckor gällde detta för 77 procent. Av de patienter som gått i remission vid vecka 36 hade 10 procent i den psykosociala interventionsgruppen, 8 procent i KBT-gruppen och 4 procent i PDT-gruppen återfallit vid vecka 86. När man slog samman grupperna som gått i KBT eller korttids-PDT och jämförde med patienter som gått i den korta psykosociala behandlingen fann man viss fördel för KBT/PDT på ångestmätt vid avslutad behandling, i övrigt var skillnaderna icke-signifikanta. En vanlig svårighet i studier med ungdomar är att de frekvent uteblir från behandling. Så var även fallet här; ungdomarna hade

»IMPACT-studien lär ha gjorts i England och är en multicenter-studie med ett flertal kliniker inkluderade. Enligt författarna är studien den första som visat att PDT är lika effektivt som KBT vid depression hos ungdomar.

en median på 6 sessioner deltagande i den psykosociala interventionen, 9 sessioner i KBT och 11 sessioner i PDT. När forskarna undersökte kostnadseffektivitet fann de dock inte några signifikanta skillnader mellan behandlingarna.

Avslutning

OVANSTÅENDE STÖRRE STUDIER går alltså helt i linje med det senaste decenniets meta-analyser som indikerar att flera olika psykologiska behandlingar tycks ha likvärdiga effekter vid depression. En positiv slutsats av detta är att det finns flera behandlingsalternativ som kan fungera för olika patienter. Det är samtidigt uppenbart att vi har mycket kvar att lära om man betänker att det är många patienter som hoppar av behandling i förtid samt att det tycks vara relativt få som blir helt symtomfria av en korttidsbehandling.

Depression är ett återkommande tillstånd för många och vi vet att kvarvarande symtom är en riskfaktor för återfall. Vi behöver veta mer om hur det går på lång sikt och vilka faktorer som behöver förändras för att effekterna ska bli mer bestående. Även om det inte går att dra starka slutsatser av en enskild studie, så indikerar studien av Bastos och medarbetare^[2] att längre psykoterapi kan ha positiva effekter jämfört med längre tids medicinering. Studien borde stimulera till ytterligare forskning på effekter av längre behandlingar (såväl KBT som PDT) samt vilka patienter som har störst behov av detta.

Ett annat intressant forskningsområde är studier av patienternas egna preferenser. Sådana studier indikerar bland annat att de flesta patienter föredrar psykoterapi före medicinering och att patienter som får den behandlingen de föredrar oftare fullföljer behandlingen och får bättre effekt [10]. Hittills har man dock främst undersökt patienters preferenser när det gäller psykoterapi kontra medicinering. Fler studier bör göras när det gäller patienters preferenser och eget val av psykologisk behandling. Tills vidare fortsätter den klassiska frågan om vilken metod som passar vem bäst, till stor del att vara obesvarad.

Jakob Mechler
Peter Lillengren
Karin Lindqvist



JAKOB MECHLER
psykolog,
grundare av bloggen
Psykodynamiskt.nu



PETER LILLIENGREN
fil dr. i klinisk
psykologi, psykolog,
psykoterapeut



KARIN LINDQVIST
psykolog,
grundare av bloggen
Psykodynamiskt.nu

REFERENSER

1. Barth J, Munder T, Gerger H, et al. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001454. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
2. Bastos A G, Guimaraes L S P & Trentini C M (2014). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, (July 2014), 1–13. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.935519>
3. Connolly Gibbons M B, Gallop R, Thompson D, et al. (2016). Comparative Effectiveness of Cognitive Therapy and Dynamic Psychotherapy for Major Depressive Disorder in a Community Mental Health Setting. *JAMA Psychiatry*, 19104, 1–8. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1720>
4. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–22. <http://doi.org/10.1037/a0013075>
5. Driessen E, Van I H, Don F J, et al. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, (170), 1041–1050. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.12070899>
6. Driessen E, Hegelmaier L M, Abbas A A et al. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1–15. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
7. Ekeblad A, Falkenström F, Andersson G, et al. (2016). Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder in a Community-Based Psychiatric Outpatient Clinic. *Depression and Anxiety*, 9. <http://doi.org/10.1002/da.22495>
8. Goodyer I M, Dubicka B, Wilkinson P, et al. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Technol Assessment*, 12(14): III-IV-60.
9. Goodyer I M, Reynolds S, Barrett B, et al. (2016). Cognitive behavioral therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superior. *The Lancet Psychiatry*, 366(16), 1–11. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30378-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30378-9)
10. Lindhiem O, Bennett C B, Trentacosta C J, et al. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506–517. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
11. Tolin D F. (2014). Beating a Dead Dodo Bird : Looking at Signal vs. Noise in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders, *Clinical Psychology Science and Practice*, 21, 351–362. <http://doi.org/10.1111/cpsp.12080>

»Vi har mycket kvar att lära om man betänker att många patienter hoppar av behandling i förtid samt att det tycks vara relativt få som blir helt symtomfria av en korttidsbehandling.«

»Resultaten visar att tesen om att sömn är ett bra sätt att bearbeta känslosamma upplevelser på inte alltid är sann.«

SÖMN INTE ALLTID VÄLGÖRANDE

> Sömn bevarar inte alltid minnet av rädsloinläringen i sin sanna form utan kan förändra sådana minnen. Det visar en ny doktorsavhandling vid Lunds universitet av psykologiforskaren Per Davidsson.

Försöksdeltagarna fick se en bild på en cirkel samtidigt som de fick en mild elchock. Bilden på cirkeln gav till slut upphov till en rädslorespons i sig själv, även när den inte följdes av en elchock. Därefter fick deltagarna antingen två timmars sömn eller två timmars vila. Slutligen fick de se cirkeln ytterligare en gång tillsammans med andra cirklar, som steg för steg varierade i storlek jämfört med den cirkel som hade varit associerad med elchocken.

De som bara hade vilat var fortfarande rädda för det farliga stimulit och orädda för det ofarliga. Men de deltagare som fått sova skiljde sig inte åt i respons mellan farliga och ofarliga stimulin utan uppvisade lika stor rädsla för samtliga. Den totala rädsloresponsen var varken högre eller lägre än för vilogruppen utan rädsloresponsen i sömngruppen var "medelhöga" för samtliga stimuli, oavsett deras rädslorelevans.

INVANDRAR-KOMPISAR GER ÖKAD EMPATI

> Svenska ungdomar som har vänner av annan etnisk bakgrund påverkas i attityder och utvecklar en högre empati än ungdomar som saknar sådana vänner. Dessutom motverkar en sådan vänskap den negativa inverkan som intoleranta föräldrar och andra vänner kan ha.

Det visar psykologiforskaren Marta Miklikowska vid Örebro universitet i en ny studie. En av hennes slutsatser är att det är viktigt att skapa plattformar för ungdomar att få vänner med annan etnisk bakgrund. Men hon visar även att den socioekonomiska situationen är viktig: Ju mer utbildning och högre ekono-

miska resurser föräldrarna har, desto mer toleranta till personer med invandrarbakgrund är barnen.

Titeln på studien är *Development of anti-immigrant attitudes in adolescence: The role of parents, peers, intergroup friendships, and empathy* och publicerades i *The British Journal of Psychology* den 20 januari.

AUTISM HOS KVINNOR MED ÄTSTÖRNING

> Kvinnor med anorexi uppvisar tydliga autistiska drag även efter en ätstörning och då de uppnått normalvikt. Även i de delar av hjärnan som är kopplade till social kognition syns likheten mellan anorexi och autism hos dessa kvinnor. Det visar

forskaren Louise Karjalainen vid Gillbergscentrum, Sahlgrenska akademien i Göteborg, i en ny studie.

I en av de grupper hon studerade ingick ett 30-tal kvinnliga anorektiker i åldern 15–25 år. Ett år efter att de i övrigt börjat tillfriskna kvarstod de tankemönster och beteenden kring mat som annars kännetecknar personer med autism.

De fungerade bättre kognitivt men det sociala kring måltiderna fungerade ändå inte. De hade också problem med simultankapaciteten, som att skära mat och tugga samtidigt, vilket är svårigheter som också utmärker autismgruppen.

Undersökningar med magnetkamera visade att kvinnorna i gruppen hade samma förändringar som kvinnor med autism. Det handlade



om förtunningar i den grå hjärnsubstansen, en bit bakom tinningarna, som inte fanns i de friska jämförelsegrupperna eller hos män med autism.

BARN-KONVENTIONEN TANDLÖS FÖR BARNEN

> Trots att Sverige skrivit på barnkonventionen berörs den oftast bara som en slags stämpel av domstolen då barns asylansökningar prövas. Under perioden 2006 till 2013 publicerade Migrationsöverdomstolen 250 prejudicerande ärenden, varav 79 rörde barn. Men bara i en handfull av dessa har principen om barnets bästa haft betydelse för domstolens beslut att ge dem asyl.

Det visar forskaren Jonathan Josefsson vid Linköpings universitet i en ny doktorsavhandling. Principen om barnets bästa används även ibland som ett stöd för att avvisa barn, med hänvisning till att de bör återförenas med sina föräldrar, men då i många fall i kontrast mot vad barnet själv menar är sitt eget bästa.

Jonathan Josefsson är utifrån sin forskning tveksam till att en lagändring, där Barnkonventionen blir lag, kommer att ha någon egentlig effekt för att förbättra dessa barns situation.

Titeln på avhandlingen är *Children at the borders*.



EVA PALMQUIST »PSYKISK OHÄLSA ÖKAR RISKEN FÖR MILJÖ- INTOLERANS«

Stress, ångest, depressioner och utbrändhet ger en förhöjd risk att drabbas av intolerans för lukter och vardagliga ljud, och det är vanligare att personer som är utsatta för stark stress blir överkänsliga för buller. Men tas man på allvar och tidigt får någon form av psykoterapeutisk hjälp för miljöintoleransen är chansen relativt god att tillfriskna. Det visar forskaren Eva Palmquist på Institutionen för psykologi, Umeå universitet, i sin doktorsavhandling.

Eva Palmquist baserar sina studier på data från en miljöhälsostudie i Västerbotten insamlade mellan 2010-2016 med totalt 3 406 deltagare. Hon har riktat in sig på fyra typer av miljööverkänslighet: lukter, ljud, elöverkänslighet samt miljöintolerans mot byggnader, så kallade sjuka hus-problem.

– Det finns teorier om gemensamma underliggande mekanismer. Bland exempelvis personer med sjuka hus-problem hade 70 procent även någon annan form av överkänslighet, bland el-överkänsliga var den andelen 60 procent, säger Eva Palmquist.

DET ÄR FORTFARANDE oklart vilka de underliggande mekanismerna bakom miljööverkänslighet är. Däremot har Eva Palmquist visat hur psykologiska mekanismer spelar en roll för att öka risken att drabbas, eller omvänt, att överkänsligheten leder till ökad risk för psykisk ohälsa.

– Ångest och depression är exempel på ohälsa som innebär en riskökning för att utveckla överkänslighet för lukter, ljud och el, medan det var tvärtom för personer med sjuka hus-problem där dessa problem i sig innebar en riskökning för psykisk ohälsa.

Även om hon kunde visa en tydlig koppling mellan psykisk ohälsa och miljööverkänslighet så kan psykisk ohälsa

inte ensamt förklara överkänsligheten eftersom även personer utan psykisk ohälsa drabbas.

Prognosen för hur överkänsligheten ska utvecklas styrs i stor utsträckning av hur starkt känslomässigt och beteendemässigt den drabbade påverkas av överkänsligheten. Dessa reaktioner leder till att symtomen ackumuleras.

– Det finns exempel på att personer med överkänslighet mot lukter blir så oroliga av att gå in i en affär för att handla att de börjar hyperventilera, säger Eva Palmquist.

MÅNGA UPPLEVER överkänsligheten till en början bara som symtom, men utan adekvat hjälp kan de successivt börja identifiera sig som bärande på en sjukdom.

– De undviker allt fler aktiviteter som kan innebära en exponering och överkänsligheten ger upphov till allt fler negativa förväntningar och känslomässiga reaktioner. De som klarar sig bäst är de som utvecklat bra copingstrategier.

FÖR ATT INTE överkänsligheten och de negativa psykologiska effekterna ska förstärkas är det viktigt att drabbade personer tidigt tas på allvar av hälso- och sjukvården.

– En miljööverkänslig person vill få sina symtom bekräftade. Tyvärr är det i dag allt för vanligt att de inte tas på allvar, det leder bara till att de måste arbeta ännu hårdare för att få symtomen bekräftade vilket ökar stressen ännu mer.

Med rätt psykoterapeutiska interventioner, helst innan problemen leder till beteendemässiga förändringar, skulle många av de drabbade bli betydligt bättre, tror Eva Palmquist. I den grupp som hon själv studerade tillfrisknade 40 procent under en sexårsperiod.

● Peter Öm

Villa Freud

»Det måste jag kolla först med min psykoanalytiker.«
Så brukar en del argentinare på skämt svara när de ställs mot väggen eller måste ta ett viktigt beslut. Ett skämt som delvis är sant i ett land där psykoanalysen har ett av sina starkaste fästen och där det finns flest psykologer per capita i världen.

Text Clara Lee-Lundberg Foto Julia Peirone

Villa Freud eller »Känsliga Palermo«, det är så området kring Plaza Güemes i stadsdelen Palermo i Buenos

Aires kallas inofficiellt. Lummiga höga träd omsluter det lilla torget och på parkbänkar och uteserveringar sitter folk och pratar eller håller på med sina mobiler. Det var i de här kvarteren som många psykologer öppnade sina mottagningar under 1960-talet och som de två caféerna Sigi och Freud serverade kaffe och vin till psykoanalytiker och intellektuella som diskuterade Lacan och Oidipuskomplex. Idag har caféerna bommat igen och kvar finns endast apoteket »Farmacia Villa Freud«, och så psykologerna och psykoanalytikerna förstås!

Att gå i psykoanalys eller träffa en psykolog på regelbunden basis är en allmän erfarenhet som en stor del av Argentinas befolkning delar, framför allt de som bor i huvudstaden Buenos Aires.

Även personer i mindre städer och från lägre samhällsklasser har möjlighet att gå i psykoanalys tack vare statliga kostnadsfria mottagningar och socialförsäkringar som ingår i lönen. Att analysera sig eller gå i terapi är alltså något

som nästan alla samhällsklasser i olika utsträckning ägnar sig åt, inte bara över- och medelklassen som är fallet i de flesta andra länder i världen.

Så hur kommer det sig då att det är så populärt och vanligt förekommande att gå till en psykolog just i Argentina? Jag frågar psykologen och psykoanalytikern Blanca Sanchez vad hon tror när vi träffas på hennes mottagning ett tiotal kvarter bort från det soliga torget Plaza Güemes.

– Jag tror att det har att göra med en väldigt typiskt argentinsk egenhet. När man talar om psykoanalys så handlar det oftast om att minnas, att gå tillbaka i tiden. Det finns något där som tilltalar den nostalgiska sidan hos framför allt »los porteños« (Buenos Aires-bor), den nostalgin finns ju även i tangon när man sjunger om svunna tider och drömmer sig tillbaka till det land man kom ifrån innan man steg av båten, säger Blanca Sanchez.

Den eurocentriska fixeringen och viljan att vara ajour med det som händer i de sofistikerade kretsarna i Europa nämner hon som ytterligare en förklaring. Hon menar också att det finns en viss känslighet hos argentinare på grund

av landets dramatiska historia som gör dem extra mottagliga för psykologi och psykoanalys.

– Vi har upplevt många diktaturer här, långa perioder av förtryck då det har varit förbjudit att uttrycka sig fritt. Därför tror jag att det finns ett historiskt behov av att tänka självständigt och göra någon slags revolution, psykoanalysen revolutionerade ju också det västerländska tänkandet när den kom, säger hon.

Under Argentinas senaste blodiga militärdiktatur som pågick 1976-1983 stängdes flera fakulteter tillfälligt ner, bland annat psykologifakulteten. Det fick som effekt att många psykologer och psykologstudenter tvingades i exil, majoriteten bosatte sig i Frankrike och Spanien, och där kom de i kontakt med Jacques Lacan och hans teorier. När Argentina åter blev ett demokratiskt land flyttade många tillbaka och tog med sig den lacanianska psykoanalysen som kom att utmana den freudianska psykoanalytiska tradition som då fanns i landet.

– Jag hade turen som ung psykologstudent på det statliga Universidad de



»När man talar om psykoanalys så handlar det oftast om att minnas, att gå tillbaka i tiden. Det finns något där som tilltalar den nostalgiska sidan hos framför allt Buenos Aires-bor.«

Blanca Sanchez



I området Villa Freud i Buenos Aires är det lätt att hitta psykoanalytikernas skyltar, men KBT-psykologerna har blivit fler de senaste åren. En del psykologer tycker att rivaliteten påminner om stadens största fotbollslag Boca och River.





»Många har googlat KBT på nätet och känner sig identifierade, eller så har en psykiater skickat hit dem.«

Barbara Reiter

Buenos Aires att få studera för lärare som tillhörde denna grupp av återvändande exilpsykologer. De var alla väldigt välutbildade och intellektuella och deras psykoanalytiska ingång kom att prägla psykologprogrammets inriktning från mitten av 1980-talet och framåt, säger Blanca Sanchez.

Trots att hon är utbildad psykolog har Blanca Sanchez nästan uteslutet arbetat som psykoanalytiker under sina 26 år som yrkesverksam, främst på på sin privata mottagning men även som docent och forskare på institutioner och skolor. När jag frågar om hon känner någon KBT-psykolog skakar hon på huvudet:

– Vi har helt olika utgångspunkter och syn på människan. Kognitiv beteendeterapi ställer inga frågor, men levererar



många generella standardsvar som inte tar hänsyn till subjektets singularitet. Men jag har märkt en ökad tendens i samhället där neurovetenskap och kognitiva förklaringsmodeller får allt större plats. På slutexamen för läkare som ska bli psykiatriker har de till exempel ändrat stora delar av litteraturlistan och bytt ut den psykoanalytiska litteraturen mot böcker om neurovetenskap, säger Blanca Sanchez.

På en annan privat mottagning, dekorerad med Buddhasstatyetter, gula textilier och röda gipshjärtan, sitter Barbara Reiter insvept i rökelsedoft. Hon är 30 år och en av den nya generationens psykologer som har valt att gå en annan väg än de flesta av hennes gamla kurskamrater på psykologutbildningen; att bli KBT-psykolog. Hon ler när jag frågar hur det känns att vara i minoritet:

– Det känns bra även om vi fortfarande är väldigt få. Ibland är det svårt att hävda sig och prata med kompisar från studietiden som alla är psykoanalytiker, det brukar kallas för psykologins Boca-River eftersom det liknar rivaliteten mellan våra två största fotbollslag! Eftersom jag studerade på Universidad de Buenos Aires där inriktningen är psykoanalytisk gick jag senare en vidareutbildning i kognitiv beteendeterapi på ett privat institut

och har även studerat mindfulness-tekniker, säger Barbara Reiter.

Trots sin relativt unga ålder har Barbara Reiter hunnit arbeta flera år på egen mottagning. Hon säger att hon hos sina patienter upplever att det finns ett stort behov av andra terapiformer som alternativ till psykoanalysen.

– Många ringer och är desperata. De berättar att de har gått i analys i över tio år men att de fortfarande mår dåligt och vill prova något nytt. Många har googlat KBT på nätet och känner sig identifierade, eller så har en psykiater skickat hit dem. Flertalet av mina patienter är personer med fobier och sociala problem, säger Barbara Reiter.

Aven bland dagens argentinska psykologstuderenter finns ett ökat intresse för kognitiv beteendeterapi och neurovetenskap, många privata universitet har numera psykologprogram med KBT-inriktning och erbjuder kurser och vidareutbildning inom andra terapiformer.

– Psykoanalytikerna anklagar oss KBT-psykologer för att hålla på med korttidsterapi, typ »quickfix«. Men så är det ju inte, vi anpassar oss efter det patienten behöver. Det kan ta kortare eller längre tid. Idén är ju inte att patienten ska vara beroende av sin psykolog för resten av livet!

– Jag tror vi KBT-psykologer representerar en ny sorts terapeut, vi är inte så mystiska eller auktoritära. Vi ger helt enkelt verktyg till våra patienter så att de kan hantera och lösa sina problem, det är det som är vår uppgift!, säger Barbara Reiter innan hon svarar i porttelefonen som nästa patient ringt på. Hon låser upp dörren och jag och fotografen följer med henne ner i hissen.

Jag tittar på klockan, exakt 30 minuter har intervjun tagit att göra. Hälften så kort tid som intervjun med psykoanalytikern Blanca Sanchez, och precis så mycket hon hinner mellan två patienter.

Att Argentinas KBT-psykologer är tids-effektiva, det måste jag ändå ge dem. ●

LÄNDERNA MED HÖGST ANDEL PSYKOLOGER

PER 100 000 INVÅNARE

Argentina 154, Holland 91, Finland 57, Norge 54 och Canada 47. [källa:] WHO, 2014

OMVÄXLANDE jobb som psykolog

inkl. härliga kollegor*



Har du teamkänsla och lockas av utveckling? Är du en person med förmåga att engagera och intressera andra? Välkommen till oss på område psykiatri.

Du är legitimerad psykolog med bred erfarenhet av och kunskap om vuxenpsykiatrisk verksamhet.

Du kan välja att arbeta inom områden som neuropsykiatri, äldrepsykiatri, psykotiska tillstånd eller vuxenhabilitering.

**Vi är ett härligt team, som inspirerar och lyfter varandra.*

facebook.com/regionjhjobb

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Annonskontakt: madeleine.nordberg@newsfactory.se

»De som lyckades bäst var de med mest passion«

Vem når framgång i skolan och i arbetslivet? Och varför? Att ha talang är ingen nackdel, men heller inte avgörande. I stället handlar det om att ha *grit*, eller för att tala svenska: ha driv.

I alla fall om man ska tro på psykologiprofessor Angela Duckworth, vars bästsäljare från 2016 *Grit. The Power of Passion and Perseverance* nu översatts till svenska.

Grit beskrivs som en kombination av uthållighet, inre driv och framför allt förmågan att inte ge upp vid motgångar. Enligt Angela Duckworth, vars TED-talk om ämnet setts av tio miljoner, är dessa egenskaper inte bestämda, utan kan utvecklas och förstärkas.

Att begreppet nu blivit så populärt har förmodligen att göra med att det presenteras som ett framgångsrecept. Oavsett var du kommer ifrån, vilken samhällsklass du tillhör, kan du med grit nå världsklass. Se till att hitta din passion, öva mycket och ofta och framför allt – ge aldrig, aldrig upp. Varje misslyckande ska ses som ett

tillfälle att lära och utvecklas.

Lite lättare sagt än gjort.

Men visst finns här något upplyftande att hämta.

Särskilt då det gäller barns möjligheter i livet.

ANGELA DUCKWORTH, som tidigare arbetade som högstadies- och gymnasie lärare i matematik, uppmärksam-



GRIT. KONSTEN ATT INTE GE UPP
AV ANGELA DUCKWORTH
ÖVERSÄTTNING: CHARLOTTA JONASSON
NATUR & KULTUR, 2017.

made då att de elever som lyckades bäst inte var de mest intelligenta utan de med mest passion i kombination med ihärdighet. Som psykologiprofessor verksam vid University of Pennsylvania använder hon idag denna erfarenhet och insikt i sin forskning. Hon är även en av grundarna till Character Lab,

som är en ideell organisation som arbetar för att främja vetenskapen bakom barns karaktärsutveckling.

Hon har en hel del grit, kan man utgå ifrån.

I BOKEN GER HON exempel på hur grit leder till framgång av olika slag. Vi får bland annat möta barn och lärare i några av New Yorks hårdaste skolor och se vilka barn som når bäst resultat. Vi får även följa nyintagna kadetter som sliter hårt för att klara av den stenhårda träningen på militärhögskolan West Point i USA, och förstå vilka som klarar av att hantera de närmast omöjliga utmaningarna, och varför.

Men trots Angela Duckworths hängivenhet och passionerade intresse för grit finns det andra egenskaper hon hellre önskar att hennes egna barn utvecklar när de tar steget från barndom till vuxenliv. Hon skriver:

”Vill jag att de ska lyckas utmärkt med det de gör? Absolut. Men storhet och godhet är olika saker, och om jag måste välja skulle jag sätta godheten främst.”

● Kajsa Heinemann



Feminism och psykologi

STUDENTLITTERATUR, 2017

Hur har socialkonstruktivistiska och post-moderna idéer de senaste decennierna påverkat psykologin och genuspsykologin? Det vill psykolog Margot Bengtsson besvara i sin nya bok. Hon visar på möjligheten till ett tredimensionellt perspektiv, där individer studeras med hänsyn till tid, plats och person.



Kulturell psykologi

STUDENTLITTERATUR, 2017

Ämnet kulturell psykologi skärskådar den akademiska psykologins allmängiltighet. Att det finns kulturella variationer i människans psykologiska fungerande framgår i psykolog Agnes Botonds nya bok. Den vänder sig till både psykologstudenter och yrkesverksamma psykologer.



Andreas Svensson / Psykolog på psykosmottagningen inom Region Östergötland

»Mata aldrig en rättshaverist«

För människor med rättshaveristiskt beteende gäller samma förhållningsregler som för debatt på internet: "elda aldrig på konflikten". Det konstaterar psykolog Andreas Svensson som tillsammans med Jakob Carlander är aktuell med ny upplaga av handboken *Möta människor med rättshaveristiskt beteende*, som vänder sig till yrkesverksamma, främst inom offentlig sektor.

Vad utmärker en rättshaverist?

– Svårt att svara generellt, men genomgående har de svårt med mentalisering; att förstå människors beteende,

tankar och känslor och att hantera sina egna känslor och tankar. Många försöker hantera det genom juridiska processer.

– Vi ser också att personer med narcissistisk personlighetsstörning tenderar att utveckla ett rättshaveristiskt beteende, liksom de med paranoid drag, och olika tvång. I gruppen finns också de med autismspektrumsyndrom som ofta tenderar att tänka bokstavligt, att regler är regler och har svårt att kompromissa.

Kan vem som helst bli rättshaverist?

– Ja. Alla kan drabbas av ett rättshaveristiskt beteen-

de. Vi talar om ett spektrum från mildt beteende, där vi reagerar på en felaktig faktura, till att fakturan får oproportionerligt stor betydelse med flera mejl och telefonsamtal om dagen, ofta med hot om anmälan. Om vi tidigt kan identifiera olika beteenden kan vi undvika att de eskalerar.

Hur då?

– Validera alltid deras oro, men undvik vara allt för inbjudande. Var inte för ambitiös, svara bara på frågor som ställs. Det är viktigt att vara korrekt och koncis, alla har rätt till samma service. Ingen ska ignoreras eller särbehandlas.

– Men många gör misstaget att försöka övertala personen. Det fungerar sällan, utan trappar bara upp konflikten. Försök att hjälpa personen att reflektera, fråga vad de vill uppnå. Det handlar inte om att ge terapi utan om att komma fram till en kompromiss, vilket ofta görs med rätt bemötande.

Varför är du så intresserad av ämnet?

– Vi vet att personer med rättshaveristiskt beteende som kontaktar myndigheter utgör en liten procent, men tar cirka 30 procent av tiden. Det handlar om oerhörda kostnader. Det väcker också intressanta frågor om samhällets sociala kontrakt: Hur betar vi oss? Vilken service har vi rätt till? Vi ska vara glada att vi har ett öppet samhälle som tillåter transparens. Det är ett hälsotecken att människor kan granska och kritisera makten och myndigheter. Oftast är de här personerna väldigt insatta och pålästa om sina rättigheter, men de har inte lika bra koll på sina skyldigheter.

● Kajsa Heinemann



Möta människor med rättshaveristiskt beteende

AV JAKOB CARLANDER & ANDREAS SVENSSON
GOTHIA FÖRTBILDNING, 2017

En rättshaverist kan göra tillvaron outhärdlig för omgivningen. Denna bok ger både kunskap och redskap för att bemöta dessa personer, och redovisar även vilken forskning det finns på området. Den har även en fördjupad juridisk vägledning.

Thomas Lindgren: Socialstyrelsen behöver utse en ny expertgrupp som verkligen är expertgrupp på området psykologisk behandling

Som kliniskt verksam psykolog sedan snart 30 år och aktiv psykoterapiforskare är det nedslående att ta del av Socialstyrelsens expertgrupps förslag till nya riktlinjer för psykologisk behandling. Flertalet erfarna kollegor som jag genom åren träffat inom psykiatri, vare sig det är psykologer, läkare, socionomer eller andra vanligen förekommande yrkeskategorier, vet att en enda typ av behandlingsmetodik eller ett enda perspektiv på människan inte helt på egen hand är en trovärdig lösning på de problem som samhället förväntar sig att psykiatri skall lösa.

Ändå är det detta som expertgruppens förslag till riktlinjer väsentligen utmynnar i. Att ta del av förslaget till nya riktlinjer blir som att läsa sagan om kejsarens nya kläder. Kejsaren får beröm för sina fina kläder men egentligen är kejsaren naken. Förslaget presenteras som en produkt utifrån bästa tänkbara evidens, vilket kan hämma vidare kritiskt tänkande och fördjupad reflektion. Jag känner mig därför förpliktad att reagera.

I själva verket är expertgruppens nya riktlinjer ett exempel på en okunnig användning av vetenskapligt vetande. Socialstyrelsen bygger sina riktlinjer på välenommerade tillvägagångssätt för värdering av medicinska forskningsresultat. Detta passar medicinsk behandling men blir missvisande applicerat på psykologisk behandling. En kroppsdelen som behöver sjukvård reagerar vanligtvis på ett bestämt sätt på

en given medicinsk eller kirurgisk behandling. I princip fungerar en behandling eller också fungerar den inte, även om det också kan finnas biverkningar och interaktionseffekter att ta hänsyn till. Finns det flera behandlingar som fungerar, blir den viktigaste frågan vilken av dessa som har bäst effekt och starkast evidens. Med den utgångspunkten är det självklart och otvetydigt att rekommendera en enda specifik behandling.

Psykologiska problem är till sin natur mer komplexa och flertydiga än medicinska tillstånd. Det finns inte samma enkla samband mellan tillstånd och behandling, även om många skulle önska att det var så. Vad som till synes utgör samma psykiska tillstånd, avhjälpas inte entydigt av någon enskild, specifik behandlingsmetod. Att jämföra olika behandlingars effekter blir mer komplext när individuella behandlingar bara hjälper en andel av alla patienter.

Rekommendationer som utifrån en evidensvärdering anpassad för medicinsk behandling, ensidigt väljer ut enskilda psykologiska behandlingsmetoder blir på det sättet direkt missvisande och till nackdel för patienter som inte har något behov av att användas som bricka i professions- och maktpolitik. Patienternas lidande behöver istället bemötas med nyanserade behandlingsöverväganden. Jag delar expertgruppens uppfattning att behandling med högst vetenskaplig



THOMAS LINDGREN
Fil.dr., leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i psykologisk behandling/psykoterapi.

trovärdighet och bäst effekt bör prioriteras, men vill alltså framhålla att ytterligare behandlingsmetoder med vetenskapligt stöd också behöver inkluderas. Man kan i debatten förledas att tro att KBT är den enda psykologiska behandlingsmetod som har ett vetenskapligt stöd. Det är en direkt felaktig bild.

Skall expertgruppen förespråka ensidiga behandlingsrekommendationer behöver detta först underbyggas med ett robust vetenskapligt stöd för att specifika former av en viss behandlingsmetodik är den bästa lösningen för i princip alla patienter med en viss typ av psykologiska problem. Något sådant systematiskt forskningsstöd finns inte. Det som finns är en betydande mängd experimentell psykoterapiforskning där det inte förekommer några absoluta samband mellan tillstånd och behandlingsmetodik. Om inte alla patienter blir botade av en enda rekommenderad psykologisk behandling väcker de föreslagna riktlinjerna frågan vad patienter som inte får adekvat hjälp istället skall göra?

Skall vi ha en samhällsordning där endast patienter som passar expertgruppens riktlinjer erbjuds samhällsfinansierad adekvat psykologisk behandling? Där alla

»Man kan i debatten förledas att tro att KBT är den enda psykologiska behandlingsmetod som har ett vetenskapligt stöd. Det är en direkt felaktig bild.«

övriga patienter undanhålls evidensbaserad psykologisk behandling? Hur kan det då bli så fel, trots att så många skolade och välenommerade personer

suttit i Socialstyrelsens expertgrupp? Expertgruppen består företrädesvis av läkare och därutöver personer som är lojala med det medicinska kunskapsparadigmet. Socialstyrelsen är vid en historisk betraktelse en del av läkarprofessionens framväxt som har institutionaliserats och erhållit status av myndighet. Att erinra om detta kan göra det lättare att förstå varför Socialstyrelsen utser medicinska

experter för att ta fram riktlinjer för psykologisk behandling. Det är ju vid närmare eftertanke mycket märkligt. Det finns anledning att upprepa det självklara. Psykologisk behandling är inte en medicinsk eller kirurgisk behandlingsmetodik. Skall bästa evidens och riktlinjer för en samhällsförnuftig användning av psykologisk behandling fastställas behöver detta ske med hjälp av företrädesvis psykologiskt skolad expertis. Inte medicinsk expertis.

Ansvariga politiker behöver nu ta ansvar och visa tydligt vad som gäller. Befintliga maktstrukturer hindrar uppenbarligen en sund samhällsutveckling och detta behöver hanteras politiskt. Om Socialstyrelsen fortsatt skall ansvara för framtagandet av riktlinjer för psykologisk behandling behöver man utse en expertgrupp som verkligen är en expertgrupp på området psykologisk behandling och som inkluderar sakliga företrädare för olika relevanta, evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder. Det tycks vara något svenskt över att vilja ha ett enda rätt svar på hur det är med saker.

Sverige har i praktiken på kort tid blivit mycket ojämnt vad gäller psykologisk behandling. De patienter som har råd vänder sig i allt högre grad till privat psykoterapi och efterfrågar då olika typer av psykologisk behandling. KBT är en av våra viktigaste psykologiska behandlingsmetoder men är inte ett botemedel för allt och alla. Entusiastiska KBT-förespråkare behöver ta betydligt mer ansvar för en nyanserad bild av verkligheten. Utan egna pengar blir en betydande andel patienter med psykiska svårigheter i Sverige redan idag utan evidensbaserad psykologisk behandling. ●

MER DEBATT:

På psykologtidningen.se/debatt kan du läsa fler inlägg. Vill du själva väcka debatt eller reagera på andras inlägg, mejla: redaktionen@psykologtidning.se

Sveriges Kliniska Psykologer: Låt psykologer ansvara för att Socialstyrelsens nya riktlinjer implementeras och kvalitetssäkras

Ikölvattnet av de nya riktlinjerna förs en livlig debatt kring hur psykologiska behandlingsmetoder kan värderas i relation till varandra. Att en sådan debatt förs är bra, men riskerar att flytta fokus från något mycket viktigare.

Den stora frågan handlar idag inte om vilka psykologiska metoder vi bör använda för att behandla olika former av psykisk ohälsa, utan snarare hur vi bäst ska kunna implementera evidensbaserad psykologisk behandling i hälso- och sjukvården. Vi menar att det saknas en länk i Socialstyrelsens resonemang, de uttrycker sig otydligt kring vilken eller vilka yrkesgrupper som ska implementera och kvalitetssäkra de nya reviderade riktlinjerna. Psykologer är den profession som är bäst lämpad att implementera Socialstyrelsens rekommendationer i primärvården.

Ångest och depression kan orsakas av flera olika faktorer. Det kan röra sig om patienter som ter sig deprimerade men som egentligen visar tecken på begynnande demens. Ångest kan i många fall förklaras av andra faktorer såsom neuropsykiatriska symptom, utvecklingsrelaterade avvikelser eller andra viktiga sociala faktorer. Högkvalitativ behandling av ångest och depression kräver alltså inte bara kompetens i klinisk psykologi utan också ingående kunskaper i en mängd andra områden såsom utvecklingspsykologi, neuropsykologi samt kognitiv- och biologisk psykologi. God vård av ångest och depression

kräver också kompetens i vetenskapligt förhållningssätt samt organisationspsykologi för att kunna skapa effektiva vårdflöden och systematisk utvärdering av behandlingsinsatser.

Legitimerade psykologer är den profession som är bäst lämpad för att kunna ta ett helhetsgrepp om patienten och ansvara för både bedömning, diagnostisering, behandling och utvärdering av psykologisk behandling. Idag utexamineras 220 % fler psykologer än för tio år sedan, vilket innebär en ökande tillgång på yrkeskunniga med kompetens för bedömning, diagnostik, psykologisk behandling och utvärdering. Parallellt med detta påbörjar och avslutar en stor mängd psykologer sin kliniska specialistutbildning.

Vi har således en unik möjlighet att göra någonting bra av Socialstyrelsens riktlinjer och öka tillgängligheten till psykologisk behandling i Sverige. Ett logiskt steg i denna riktning vore att utredning och behandling hos psykolog på vårdcentralen ska ingå i vårdgarantin för patienter med psykisk ohälsa. ●

Sveriges Kliniska Psykologers Förening

Peter Westberg, leg psykolog
Olof Molander, leg psykolog,
Erik Andersson, med dr, leg psykolog
Pia Faller, leg psykolog
Linda Gjerdtsson, leg psykolog, specialist i neuropsykologi
Eva Hedenstedt, leg psykolog, specialist i klinisk psykologi, leg psykoterapeut
Gustav Jonsson, psykologstudent
Emil Lager, psykologstudent
Martina Nilsson, leg psykolog
Moa Pontén, psykologstudent
Jonas Ramnerö, fil dr, leg psykolog, leg psykoterapeut

Psykologen som ledare

Under Sveriges Psykologförbunds kongress i november framkom det tydligt att frågan om löner och villkor för psykologer skulle vara högprioriterat. Det finns många strategier för att öka lönerna och fler arbetas nu fram i det nya villkorspolitiska programmet som ska vara klart under våren. En strategi är ökad lönespridning, då vi vet att med större lönespridning ökar lönerna. Vår strävan är att de som tjänar mest ska tjäna dubbelt så mycket som de som ligger lägst. Ett sätt är att fler psykologer har högre tjänster och gärna tjänster med lednings- och specialistfunktioner.



»Psykologutbildning är enligt min mening den bästa ledarskapsutbildning du kan få och den bästa bakgrund du kan ha som ledare.«

mycket annat. Allt det som man kan få med sig från en ledarskapsutbildning och i betydligt större omfattning.

DET PSYKOLOGUTBILDNINGEN, till skillnad från till exempel läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen, inte ger är förberedelse för ledande positioner. Psykologer får i allt större utsträckning olika former av ledningsansvar men det pratas lite om psykologen som ledare, både på grundutbildning och på specialistutbildning.

Psykologen behöver känna sig trygg i att ta ledande roller. På så vis kommer vi att mer och mer kunna påverka de verksamheter vi befinner oss i och höja både yrkets status och lön. Att skapa den tryggheten och medvetenheten om vår kunskap kan universiteten, specialistutbildningen och Psykologförbundet bli bättre på.

Anders Wahlberg
Anders Wahlberg, förbundsordförande

EFTER IDOGT ARBETE börjar nu allt fler arbetsgivare annonsera ut specialisttjänster. I förra numret av Psykologtidningen beskrevs det i en artikel att en av de specialisttjänster som utannonserats i Stockholms läns landsting inte fått någon sökande. I min kommentar berättade jag om ett besök i Uppsala där jag konstaterat att Psykologiska institutionen utbildade läkarna i ledarskap men att psykologstudenterna inte fick en enda timme ledarskap. Slarvigt uttryckt, för det stämmer inte med verkligheten på någon av våra utbildningsorter. Psykologutbildningen är enligt min mening den bästa ledarskapsutbildning du kan få och den bästa bakgrund du kan ha som ledare.

I psykologutbildningen får studenterna nämligen lära sig organisation, grupp och ledarens roll. De får lära sig kommunikation och att leda grupper, de får kunskaper i hur människor fungerar i grupp plus



Förbundsnytt

Presentera din bok på mässan

PSYKOLOGISCENEN 1
Psykologiscenen kommer tillbaka till Bokmässan i höst. Vi erbjuder nu utställare/förlag att lämna förslag på programpunkter inom området psykologi som ni vill arrangera på scenen. Det kan handla om en ny bok, ny forskning och/eller psykisk hälsa. Ger du ut en bok i år? Kontakta ditt förlag om du vill vara med på Psykologiscenen på Bokmässan i höst. Och ge dem den här länken: psykologiguide.se/psykologiscenen_lamna_forslag Där förklarar vi hur det går till. Senast den 7 april vill vi ha förslagen.



Succén gästar Psykologidagarna

PSYKOLOGISCENEN 2
Ta med vänner, arbetskamrater och kärestan till Psykologiscenen + afterwork.

På Stockholm Waterfront 31 mars från klockan 15.30.

Bo Hejlskov Elvén, Anna Bennich Karlstedt, Poul Perris och Agneta Lagercrantz deltar med miniseminarier om lågaffektivt bemötande, stress,

och relationer. Därefter blir det psykologimingle med något att dricka och äta. Pris 200 kronor. Mer info och anmälan finns på psykologidagarna.se/psykologiscenen.

Välkommen till prisutdelning

PSYKOLOGPRISET. Vill du delta i ceremonin för Stora Psykologpriset? De tre finalisterna Liria Ortiz, Claudia Fahlke och Christina Eriksson kommer att hålla miniseminarier. Priset delas ut av folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister Gabriel Wikström i samband med Psykologidagarna. Välkommen till Stockholm Waterfront den 30 mars. Gå in och gör din anmälan på: psykologidagarna.se/stora-psykologpriset.

Pris till psykologstudenter

NYTT. För första gången delas Lilla Psykologpriset ut av Psykologförbundet i samarbete med PS. Det sker vid PS17 i Linköping där förbundet är jubileumssponsor. Priset ska gå till en psykologstudent som under sin studietid bidragit till att förbättra människors livskvalitet. Priset är på 10 000 kronor. Tre finalister väljs ut och bjuds på banketten. Där presenteras vinnaren. Nomineringen pågår fram till och med 15 mars. Skicka in din nominering till lillapsykologpriset@psykologforbundet.se.

Psykolog

TIDNINGEN

Ges ut av Sveriges Psykologförbund.

REDAKTIONEN

Chefredaktör och ansvarig utgivare:

Lennart Kriisa
mobil 070-967 64 53
lennart.kriisa@psykologtidningen.se

Reporter, redaktör och stf ansvarig utgivare:

Kajsa Heinemann
mobil 0709-67 64 78
kajsa.heinemann@psykologtidningen.se

Reporter och redaktör:

Peter Örn
mobil 0703-09 10 42
peter.orn@psykologtidningen.se

Besöksadress:

Nytorpgsg 17 A, Stockholm

Redaktionsrådet:

Gerhard Andersson, professor i klinisk psykologi vid Linköpings universitet och KI.
Jenny Klefbom, psykolog och författare.
Viktoria Vingmarker (fd Konstenius), psykolog, organisationskonsult och författare.
Jonas Ramnerö, psykolog vid Stockholms universitet.
Leo Backman, studeranderepresentant.

Postadress: Nytorpgsg 17A,
116 22 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:
Madeleine Nordberg,
kontaktuppgifter se ovan

Formgivning:

Birgersson&Co

Korrektur:

Mats Wirström

Omslagsillustration:

Emma Hanquist

Prenumerationer och adressändringar:

Vasabyrån
Tel 08-567 06 430
msc@vasabyran.se
Pris: 600 kr inkl moms
helår, 10 nr, 2017.
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

Nummer	3	4-5	6	7
Utgivningsdag	20/4	1/6	24/8	6/10
Manusstopp	5/4	17/5	9/8	22/9

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, stadgefrågor 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,
assistent (ledig).

Ulrika Edwinston, 08-567 06 402,
förbundsledare.

Elin Eos, 08-567 06 403,
ombudsman.

Carl-Axel Holmberg,
förhandlingschef.

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.

Specialistkansli

Ulrika Eskner Skoger, 08-567 06 402
utbildningsledare

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

Förbundsstyrelsen

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

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

Ulrika Sharifi, 1:e vice ordförande,
ulrika.sharifi@liv.se, 0730-98 22 20.

Elinor Schad, 2:e vice ordförande,
0709-65 04 00.

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

Tove Gelin, 0736-37 76 69.

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

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

Maria Nermark, 0768-93 01 11.

Sara Renström, 0737-20 46 46.

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

Emma Henning, emmahenning@
hotmail.com, studerandedamot.

Oskar Lorentzi Wall, studerandedamot,
0763-06 33 56.

Förhandlingsansvariga

www.psykologforbundet.se/
facklig information

Etikrådet

Kristina Taylor, 0760-08 86 53, ordförande.
Birgitta Johansson Niemelä, 018-611 42 84,
vice ordförande.

Anita Wäster, 010-487 07 21.

Bo Hejlskov Elvén, 0706-52 51 13.

Patrik Lind

Åsa Prestby-Magnusson

Specialistrådet

Carl Åborg (sammankallande)
Sofia Strand
Tatja Hirvikoski
Malin Öhman

Studeranderådet

Linus Olsson Collentine, ordförande.
Sebastian Röhlcke, vice ordförande.

Vetenskapliga rådet

Petri Partanen, ordförande.
Magnus Sverke, vice ordförande.
Malin Broberg

IHPU – psykologutbildarna AB

Box 3287, 103 65 Stockholm
ihpu@psykologforbundet.se
VD: Ulrika Edwinston, 08-567 06 402.

Henrik Johansson (tjänstledig),
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

