



# Psykologyrkets utveckling i Sverige

*Seniorpsykologer berättar*

## Mödra- och barnhälsovård

**Birgitta Rydén**

*Psykolog – varför? Hur blev det?*

**Karin Sidén**

*Psykolog inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård  
under 20 år*

Seniorpsykologerna inom Sveriges Psykologförbund  
i samarbete med Psykologihistoriska Sällskapet

© Sveriges Psykologförbund 2015



# Innehåll

Innehåll.....	1
Inledning .....	2
Författarpresentationer .....	4
Psykolog – varför? Hur blev det? Birgitta Rydén .....	6
Yrkesvalet .....	6
1960-talet .....	10
Barnpsykoterapeut.....	10
Psykologkonsult .....	12
Omorganisation av barnpsykiatrien 1965 .....	13
1970-talet .....	15
Psykolog inom barnhälsovården, senare också mödrahälsovården .....	15
Projekt .....	20
Psykologisk expertis i utredning .....	24
Fortbildning för oss psykologer .....	25
1980-talet .....	26
Utbildningsinsatser utförda av psykologerna .....	26
Korttidsterapi med barnet.....	31
Samverkan.....	31
Projekt .....	35
Privatmottagning med individuell psykoterapi.....	36
1990-talet .....	36
Organisationsförändringar.....	37
Utbildnings - och handledningsinsatser i början av 90-talet .....	38
2000-talet till 2015 .....	44
Avhandlingen och forskningsstudier .....	44
Psykoterapi och handledning.....	44
Redaktör .....	45
Psykolog inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård under 20 år. Karin Sidén.....	47
Start som psykolog vid Barnhälsovården .....	47
Psykologens plats i organisationen.....	48
Kunskapsutveckling och tillämpning i det kliniska arbetet .....	49
Riktade insatser .....	50
Organisationsförändringar.....	51
Psykologerfarenheter från barn- och ungdomspsykiatrisk klinik .....	52
Återkomst till Barnhälsovården.....	53
Fokus i det kliniska psykologarbetet vid Barnhälsovården .....	54
Reflektioner över avskedet till mitt yrkesliv som psykolog .....	55
Personregister.....	56
Förkortningar .....	56

# Inledning

Föreningen Seniorpsykologer inom Sveriges Psykologförbund har initierat ett projekt där pensionerade psykologer beskriver sitt arbetsliv. De olika berättelserna speglar förutsättningarna för psykologarbete under andra hälften av 1900-talet, hur samhälleliga förändringar och idéer har påverkat yrkesrollen och hur psykologerna själva har format sina arbetsuppgifter. Berättelserna utgör personliga dokument över hågkomsterna. De är sammanställda områdesvis inom det kliniska (del 1), arbetspsykologiska (del 2) och pedagogiska området (del 3). Dessutom finns ytterligare en avdelning med berättelser som inte kan kategoriseras på ovan nämnda sätt men som dels beskriver psykologers arbetssituation under en period när yrket knappast fanns, dels psykologarbete i anknytning till psykologutbildning och forskning (Ett ämne – två världar del 4).

Författarna beskriver sin väg till psykologyrket som då de började sin yrkesbana saknade en sammanhållen psykologutbildning som grund. Ingången i yrket varierar därför i hög grad liksom de ämnen dåtidens unga psykologer läste. Kampen för en sammanhållen psykologutbildning fördes av Psykologförbundet och finns beskriven i Bengt Göranssons skrift "Profession på väg. Markering och etablering" (Psykologförbundet 1997). En ämneskombination av psykologi, pedagogik och sociologi (eller statistik) kom i en första förordning 1959 och stadfästes 1964. Psykologförbundet hade i uppgift att "certifiera" psykologerna, dels med en B-behörighet (biträdande psykolog) som erhöles efter fil.kand. och praktisk tjänstgöring och dels A-behörighet (självständig psykolog) som följde på lic. examen. För att komplettera grundutbildningen infördes en tvåårig vidareutbildning. Psykologexamen tillkom 1972, den statliga legitimationen 1978 och ett sammanhållet femårigt psykologprogram 1982.

Berättelserna avspeglar den situation som det innebar att komma som en ny yrkesgrupp och kräva plats och gehör för psykologiska kunskaper, en kamp som alla psykologer fick utkämpa. Det gällde att klara av motsättningar till annan

personal som kunde känna sig hotad både vad gällde monopol på kunskaper och intressen att bevaka, inte minst i fråga om status. Psykologi var för många något mystiskt och ovederhäftigt, ibland till och med hotfullt, vilket också satte sin prägel på uppfattningen om psykologer.

Det finns gemensamma teman i flertalet berättelser trots att de är hämtade från helt olika verksamheter. Till en del beror detta på att många av de beskrivna arbetsplatserna funnits inom den offentliga sektorn. Det är teman som handlar hur psykologerna utvidgade sina insatser mot nya arbetsfält, hur aktiv kampen var för att få personer med funktionshinder att accepteras, hur man arbetade mot att öka insyn och delaktighet i utredningar och behandlingar och hur organisationsförändringar kom att påverka arbetet och psykologernas egen situation. Ett annat tema är de konflikter inom psykologkåren som uppstod när nya psykologiska metoder introducerades och hur de så småningom assimilerades. Det gällde t.ex. olika former av gruppmetoder som ifrågasattes av de som försvarade den traditionella inriktningen med individbaserade bedömningar och behandlingar. Ett annat exempel är beteendeterapeutiska metoder som stred mot gängse psykoanalytiskt inriktade teorier.

Vi får alltså ta del av en yrkeskårs framväxt och utveckling från den tid då få visste vad psykologi var och vad en psykolog kunde användas till. En ytterligare tanke med att presentera dessa berättelser är att ge nya psykologer en historik så att nuvarande erfarenheter av psykologyrket kan förstås utifrån den utveckling som skett under årtionden. De erfarenheter som speglas är en rik provkarta på hur enskilda psykologer, men också i grupp, påverkat sin egen arbetsituation och i hög grad spridit psykologisk kunskap till sin omgivning.

Även de psykologer som varit med under denna period har glädje av att läsa, kanske med igenkännande leenden. De som hittills har läst brottstycken av texterna har alla börjat minnas och berätta egna erfarenheter. Det betyder att det finns många fler berättelser. Därför önskar vi att ännu fler vill dokumentera sitt arbetsliv, både de som avslutat sitt yrkesliv och de som är mitt upp i det.

Texterna har i ringa grad redigerats. För sammanställning och förord till de olika avsnitten svarar en redaktion som har bestått av Ulla-Britt Selander, v. ordförande i

Seniorpsykologerna samt professorerna Siv Boalt Boëthius och Gunn Johansson som representanter för Psykologihistoriska Sällskapet.

Redaktionen

## Författarpresentationer

*Birgitta Rydén.* Leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Började 1960 som barnterapeut på Stefansgården och arbetade även med utredningar inom vuxenpsykiatri. Blev 1971 den första psykologen, sedermera chefspsykolog inom mödra- och barnhälsovården i Göteborg. Disputerade 2004. Från 2015 redaktör för tidningen SeniorPsykologen.

Birgitta Rydén beskriver i "*Psykolog – varför ? Hur blev det?*" att hon började som barnpsykoterapeut på Stefansgården i Göteborg 1960 där hon arbetade med barn både individuellt och i grupp. Hon var med om att bygga upp en barnpsykologisk enhet vid barnkliniken i Uddevalla, och på konsultbasis ett "psykologiskt laboratorium" vid psykiatriska kliniken i Vänersborg med fokus på utredningar av vuxna. Efter några år som frilansande psykolog kom hon 1971 som den första psykologen till mödra- och barnhälsovården och blev sedermera chefspsykolog inom mödra- och barnhälsovården i Göteborg. Hennes yrkeskarriär avslutades med forskarutbildning och disputation 2004. Avhandlingen har titeln "När kvinnor och män får barn – ett psykologiskt och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa och ohälsa". Birgitta arbetade parallellt med privatmottagning som psykoterapeut och handledare från 1985 till 2013. Från och med år 2015 är hon redaktör för seniorpsykologernas tidning SeniorPsykologen.

*Karin Sidén.* Psykologexamen vid Lunds universitet 1975, psykologlegitimation 1978, specialist i klinisk psykologi. Psykolog vid Arbetspsykologiska Utvecklingsgruppen AB och Arbetsmarknadsinstitutet 1973-1985. Psykolog vid mödra- och barnhälsovården i Halmstad 1986-2001 samt 2011- 2014. Psykolog vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken 2001-2011.

Karin Sidéns bidrag heter "*Psykolog inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård under 20 år*" Efter tio år som arbetspsykolog inom yrkesinriktad rehabilitering vid bland annat AMI i Malmö flyttade Karin till Halmstad 1986 och började som psykolog inom mödra- och barnhälsovården med uppdrag mot sju barnavårds-

centraler. Intresset för förebyggande psykologiskt arbete i ett tidigt skede i barnets liv var stort och psykologerna blev efter hand ett viktigt komplement till arbetet på BVC med bland annat handledning, konsultation, föräldragrupper och även hembesök. Mot slutet av 90-talet decentraliserades dock primärvårdens verksamhet, alla professioner skulle ingå under vårdcentralernas tak och med medicinskt huvudansvar. Den tidigare självständigheten med egen enhet under en tjänsteman på förvaltningsnivå försvann, trots betydande försök att finna andra lösningar. Efter tio år lämnade Karin mödra- och barnhälsovården och sökte sig till BUP där hon arbetade till 2011. Men ett förändrat ledarskap och annan vårdideologi gjorde att hon sökte sig tillbaka till barnhälsovården, det vill säga sitt tidigare område, där hon arbetade till 2014.

# Psykolog – varför? Hur blev det?

Birgitta Rydén

En berättelse om mitt arbete som psykolog under fem decennier.

## Yrkesvalet

Yrkesvalet var inte en självklarhet. Kulturområdet drog, både musiker och trädgårdsarkitekt var tänkbara val, men parallellt fanns ett engagemang för arbete med barn och utsatta människor. Under gymnasiet hade jag sommarjobbat inom sjukvården både som sjukvårdsbiträde vid dåvarande Vasa sjukhus för äldre sjuka och som övervakare vid epidemisjukhuset under den svåra polioepidemin i början av 1950-talet. Första sommaren efter studenten arbetade jag som, det man idag skulle kalla personlig assistent, hos en av polio svårt handikappad mor till tre små pojkar. Utbildning till ett vårdyrke blev alltmer självklart och då var det medicin-studier som lockade mest. Som "latinare" behövde jag komplettera mina betyg med naturvetenskapliga ämnen.

I sista ring på gymnasiet föreslog en yrkesrådgivare mig att bli tandläkare med inriktning på barn med både tandläkarutbildning och studier i barnpsykologi. Nu kan jag ana att det fanns politiska styrmedel i denna satsning på yrkesrådgivning. Det fanns nog inte många barntandläkare i landet vid den här tidpunkten. Jag vet inte om hennes förslag gav någon genklang i mig, men någonstans väcktes en nyfikenhet.

En studiekamrat skulle läsa pedagogik våren 1955 med en kurs i barn- och ungdomspsykologi. Jag blev intresserad och tenterade för mitt första betyg i pedagogik. Det var här som min resa fram till psykologyrket började. Kursen leddes av Olof Magne och Karl-Gustaf Stukát, engagerade pedagoger som skulle bli några av våra mest namn-kunniga inom området. De var entusiastiska och engagerande lärare och förmodligen var jag en intresserad elev. Olof Magne tyckte att jag skulle passa till barn-psykolog och visste vilken utbildning som krävdes.



## Utbildning till psykolog

På hösten 1955 läste jag praktisk filosofi och etik. Etiska frågor engagerade mig och socialpsykologi och djupdykningar i kulturanthropologi och etnologi med olika syn på sexualitet, familjebildande och barnafödande, barnuppfostran och samhällsbildning. Vi läste Margaret Mead och Ruth Benedict, men inte minst tre intressanta böcker skrivna av min lärare, docenten i praktisk filosofi, Sven Wermlund:

*Människan som samhällsvarelse, Samvetets uppkomst och Det religiösa språket.*

Studierna gav mersmak och jag gick vidare till teoretisk filosofi för professor Ivar Segelberg. Här visade sig den manliga sidan av filosofin. Det var mest manliga studenter här och de älskade att disputerat logiska frågor in absurdam. Mest spännande var Segelbergs post-seminarier på det lilla kaféet vid Götaplatsen där professorn i kretsen av sina lyssnande studenter fortsatte sina penetreringar av olika ämnen. Det som stannat kvar från de studierna är, förutom att jag blev ganska uttråkad av logik, de norska filosoferna Arne Naess och Harald Ofstad och jag tror att vi också diskuterade något paper av Hans Skjervheim.

Det var uppmuntrande att läsa två-betygskursen i pedagogik. Nu blev det verklighet i kontakten med barn och ungdomar i en rejäl utbildning i testmetodik. Vi var ute i skolor och testade både individuellt och i grupp, med test som Terman-Merrill, Leiter, Minnesota Assessment och många andra. Vi fick en gedigen förståelse för testkunskap och en träning i observationsteknik men också i ett fungerande förhållningssätt i relationen till barnet. Det ingick praktik på någon barninstitution och jag hade förmånen att göra den hos psykolog Sigurd Dvoretzky på barnpsykiatriska kliniken och mottagningen i Frölundaborg. Detta var sommaren 1956. I testrummet i källaren fanns rikligt med testmaterial. Det fanns "one way screen", där jag kunde följa Siggés testningar med barn och ungdomar och han kunde observera mig när jag testade. Det blev en gedigen praktisk träning och ett möte med barn med speciella svårigheter. Jag fick kunskaper i för mig nya test, t.ex. de hjärnskadetest som användes vid den tiden: Benton och Bender samt projektiva test.

På hösten 1956 väntade jag mitt första barn och ville skjuta upp studierna till efter den planerade föräldraledigheten. Jag vikarierade som hjälpklasslärare några månader under graviditeten. Utbildningen i ämnet psykologi påbörjades hösten 1957. Dessutom läste jag sociologi för bl.a. professor Edmund Dahlström. Knut Larsson var tillförordnad professor i psykologi, då John Elmgren för tillfället var tjänstledig. Vi höll till i det gamla rucklet, på Södra Vägen i Göteborg, och Knut

Larsson höll redan då på med sina råttexperiment i källaren. Jag minns en diskussion med honom om vikten av att få väl utbildade psykologer i ett framtida samhälle, inte bara väl utbildade utan också bildade.

Sedan blev det studier i psykologi för professor John Elmgren, som ibland föreläste på franska – han ansåg att psykologistudenterna skulle behärska franska. Framför allt var det när han föreläste om *Pierre Janet* och dennes skrifter, bl.a. *L'Amour et La Haine*. Elmgren hade några år tidigare givit ut *Pierre Janets psykologi* (1953), om dennes psykologiska tänkande med dissociationsteorin och begreppet det undermedvetna och vad om händer i psyket i och med ett trauma. Jag minns att detta gjorde intryck och att jag fördjupade mig i Janets arbeten. Elmgren intresserade sig också för Rorschach-testet och bjöd in en av de bästa Rorschachkännarna, en kollega från Berlin, för fördjupningsseminarier. Inte minst lärörrik var Gösta Fröbärjs kurs på lic-nivå. Vi testade varandra och funderade mycket över projektiva test, bl.a. TAT (Themativ Apperception Test) och CAT (Children Apperception test) som användes inom barnpsykiatrin.

Psykologistudierna blev en invigning till en bred kompetens och jag gläder mig åt att jag fick vara med i en tid när det fortfarande fanns det gammaldags akademiska lärdomsidealet som John Elmgren företrädde. Visst, han skrämde många och det var inte tal om jämställdhet mellan studenter och professor. Men jag upplevde att kvinnliga och manliga studenter var jämställda i hans ögon. Han förmedlade en värnadsfull inställning till pionjäreterna i psykologi och den vetenskapliga traditionen från Wundt. Han var själv minnesforskare (Elmgren, J. 1959. *Minne och inläring*). Han var också intresserad av personlig-hetspsykologi och kunnig i faktoranalys som statistisk metod (Elmgren, J. 1955). *Psykologisk faktoranalys* med förord av L. L. Thurstone). Vi läste H.J. Eysencks *The Structure of Human Personality* (1952). Trots motstånd väcktes intresse för statistiska metoder och särskilt faktoranalytisk ansats. Min sista individuella "tenta" i psykologi inför fil.kand-examen hade jag för Elmgren och jag var mycket nervös inför den. Men jag minns fortfarande det spirituella samtal som tentamensstunden innebar och hur han avslutade med att föreslå att jag skulle bli en av hans doktorander. Han tyckte att jag skulle vara lämplig för barnpsykologisk forskning. Varför inte med CAT-testet? Det kom att dröja 44 år till min disputation, då i Lund och med annat ämnesval.

## Praktik.

För att godkännas som biträdande psykolog av Sveriges Psykologförbund krävdes praktik inom minst två olika psykologiska verksamheter. Mina två områden blev arbetspsykologi vid Psykotekniska institutet i Göteborg och barnpsykologi vid barnpsykiatriska kliniken. På Psykotekniska institutet var det en god arbetsämja mellan anställda och oss praktikanter och jag trivdes. Vi tränades i många olika utrednings- och testmetoder både med grupper och i individuella undersökningar. Här var det vuxna som var målgruppen och det vidgade mina erfarenheter. Jag gjorde egna utredningar och testningar med klienter och gav förslag på yrkesinriktning under handledning med ingående diskussioner om lämplighet för ett yrke, en arbetsinsats och möjligheter på arbetsmarknaden. Nu 55 år senare minns jag fortfarande att jag funderade mycket över varför flera kvinnliga arbetssökande föreslogs bli modister. Ett annat minne är från diskussioner bland personalen om olika yrkesvalskriterier och vad som krävdes för att kunna rekommendera vissa yrken. B.a. nämndes perceptgenetiska test och forskningen kring dem i Lund och vad som kunde avslöjas på subliminal nivå vid sådana undersökningar, något som intresserade mig.

Praktiken inom barnpsykiatri förlängdes genom ett vikariat. Det blev en gedigen utbildning i sandlådetestet av Birgitta Steg som var utbildad vid Erica-stiftelsen. Småbarnstest som Merrill-Palmer och Gesells späd-barnstest fick jag lära mig och det ingick i arbetsuppgifterna som vikarie att vara konsult på barnkliniken där jag observerade spädbarn. Jag minns väl den mörk-gröna fyrkantiga lådan med handtag som jag bar med mig till kliniken för att testa barn under 1 år. Det var en positiv upplevelse att få kontakt med baby, fånga hans/hennes intresse och få gensvar. Jag tyckte om klinikmiljön. Det fanns en nyfikenhet, inte minst från läkargruppen, på vad psykologen kunde bidra med. Nu var det år 1959.

Varje lördag fram till klockan två var det konferens på barnpsykiatriska kliniken i överläkarens stora tjänsterum. Elis Regné, chef för kliniken, var en kunnig kliniker och humanist och god vän med den välkände socialpedatrikern i Borås, Bertil Söderling, som många lördagar var gäst hos oss. Jag fick ta del av en djupt förankrad klinisk kunskap och det fanns intresse och engagemang för oss unga psykologer från dessa erfarna barnläkare som båda hade respekt för dynamiken i familjen i sitt samhälleliga sammanhang och aldrig såg det enskilda barnet som den ende bäraren av problematiken. Det lärde mig mycket och det gav mig en psykodynamisk grund att stå på. Men det fanns spänningar i läkargruppen. Särskilt

bland de unga fanns en stark tilltro till diagnoser och medicinering. Från deras håll var det särskilt intressant när jag som psykolog hade fått fram några tecken på hjärnskada i testningar. Även intelligenskvoten var viktig i deras bedömning.

Överläkaren hade tilltro till mig och jag fick vissa speciella uppgifter både inom slutenvården och polikliniken. Jag minns fortfarande uppgiften att relatera till den 9-åriga flickan, som man misstänkte hade varit sexuellt utsatt, genom att sitta hos henne på kvällarna när hon lagt sig och i samtal försöka nå fram till sexuella erfarenheter och också ge sexualupplysning. En svårt anorektisk pojke i tidig pubertet promenerade jag med i Slottsskogen för att få till ett samtal, som tidigare inte fungerat vid fasta tider. Och jag minns den 14-årige pojken som kom till polikliniken i förtvivlan efter det att hans föräldrar förbjudit honom kontakt med sin flickvän. Hans sorg och starka uppror mot föräldrarnas rigida och moralistiska syn på förälskelsen som de endast såg som för tidig sexuell debut. Han menade att de inte förstod vad "riktig kärlek" var.

## 1960-talet

### Barnpsykoterapeut

1960 på hösten blev en tjänst som barnpsykoterapeut vakant på *Stefansgården*, en behandlingsinstitution med barnavårdsnämnden som huvudman. Man kan säga att Stefansgården var ett göteborgskt Erica-stiftelsen. Patienterna remitterades från barnpsykiatri och de barnpsykoterapeuter som arbetade där hade antingen utbildning vid Erica-stiftelsen eller varit i London hos Anna Freud, Melanie Klein eller praktiserat hos Margaret Loewenfield. Min dotter, det andra barnet, närmade sig 1-årsdagen och jag var beredd att försöka få ett arbete, när överläkaren Elis Regnér frågade om jag ville ta tjänsten som barnpsykoterapeut. Han menade att jag hade personliga egenskaper som lämpade sig väl för en sådan tjänst. Jag antog erbjudandet och blev anställd på 75 %. Jag försäkrade mig om handledning och fick "sitta i box" hos erfarna kolleger, bl.a. hos Kerstin Andersson som hade utbildats på Erica-stiftelsen bl.a. hos Gudrun Seitz. Jag fick en gedigen handledning av henne och av Emma Antonsson som var engagerad i Melanie Kleins teorier och höll på med en uppsats utifrån Hanna Segals *Introduction to the work of Melanie Klein* (London 1964). Jag fick stor kunskap under de här åren och den kryddades genom individuell handledning av psykoanalytikern Klas Guettler som reste till Stefansgården från Stockholm för att handleda några av oss i

Göteborg. Vi följde Erica-modellen med teamarbete: en kurator som samtalande med föräldrarna, psykologen var psykoterapeut åt barnet och barn-psykiatriern vid kliniken som remitterat hade det medicinska ansvaret.

Virginia M. Axline med böckerna *Play therapy* and *Dibs in search of self* inspirerade mig. Carl Rogers med client-centered psykoterapi, Frederick Allens relationsbaserade approach och Gudrun Seitz metod som senare beskrevs av Barbro Olofgörs och Ulla Sjöström blev viktiga även för senare arbete med barn och familj. Vi diskuterade jagstärkande psykoterapi, Inga Sylvanders fallbeskrivning och en artikel av Klas Guettler. Vi läste och lärde om gruppsykoterapi med barn, bl.a. Gertrud Olssons arbete med barn inom PBU i Stockholm, och vi följde vad som hände och utvecklades vid Tavistock clinic i London. Jag hade stor nytta av Anna Freuds *Jaget och dess försvarsmekanismer* (1952) och hennes handbok i barnpsykoterapi som jag använde mycket.

Vi var två psykologer som hade gruppsykoterapi med 5-6-årsbarn, en utmaning som visade nödvändigheten av "stenkoll" för att hålla ihop en grupp med 6 små deltagare i förskoleåldern. Jag minns den gången när någon i gruppen hade sett att ett fönster inte var reglat upptill och på nolltid var alla ute på Karl Johansgatan i Göteborg. Jag är nu lycklig över att ingen av last- och skåpbilarna som barnen hade gömt sig under startade innan vi lyckats dra ut dem och lockat dem tillbaks till terapirummet. De här små utagerande barnen drog nytta av gruppterapin och kunde så småningom relatera åldersadekvat till både jämnåriga och vuxna.

De här fem åren lade grunden till en psykoterapeutisk kunskap och förmåga till tålmod, lyssnande, bekräftande av små tecken och tro på att allt är möjligt när det gäller människors psykiska utveckling. Jag minns de stora utagerande pojkarna och hur jag lärde mig att hålla dem kvar i terapirummet och som, efter ett långsiktigt och tålmodigt arbete och tydliga gränser för utagerande beteenden, till sist kunde sitta och samtala om sin syn på sig själv, sina närmaste och skolan. Vi satte inga bokstavsdiagnoser men Elis Regnér satte sin diagnos: "Ångest-Aggressionsneuros" på många barn, ibland på utagerande bråkiga, ibland på mycket ängsliga barn. Nu kan jag tänka att det fanns mycken klokhets bakom denna diagnos som gick direkt på affekterna och vad som missats i affektutvecklingen i samspel med omgivningen. Jag minns också den 5-åriga flickan som rent konkret var så modersbunden att hon aldrig lämnade moderns kropp, men som efter tråget arbete, inspirerat av Gudrun Seitz metoder, där små, små rörelser noterades och bekräftades på golvet just innanför dörren – längre gick det inte att få med flickan. Efter ett och ett halvt

års terapi kunde hon börja i förskolan och det gick bra för henne. Mamman, i samtalet med kuratorn, hade arbetat med sin identitet som mor och sina skuld känslor. Mor och dotter kunde sedan relatera som man förväntar sig.

Och den adopterade pojken på 8 år, liten till växten och glad. Modern sökte för honom eftersom han inte svarade på tilltal, aldrig ville leka med någon eller någonting och kom bort sig i skolan. Det gick att skönja en besvikelse hos modern i relationen till pojken. Terapin med pojken utspelade sig i sandlådan. Ett genombrott kom efter mer än ett år när pojken placerade ett litet lamm, det allra minsta, långt utanför de andra fåren och långt bort från gården där människorna fanns. Parallellt hade mamman i samtal med kuratorn kommit fram till att hon inte kunde tycka om den här pojken, så olik hennes ideal om en stark och utåtriktad pojke. Hon ville upphäva adoptionen. Allt blev tydligt, mammans svåra skuld för sina känslor och pojkens starka upplevelse av att vara totalt utanför någons omsorg. Det tålmodiga parallella arbetet med modern och sonen och ett försök att nå pappan, som varit passiv åskådare till det här dramat, ledde till att han alltmer tog ansvar och initiativ visavi pojken och modern kunde efter hand befrias från sin skuld och börja acceptera pojken. Vad jag minns så blev de en familj som fungerade efter att den här bottennivån var nådd.

## Psykologkonsult

Samtidigt som jag arbetade som barnpsykoterapeut hade jag tillfrågats av överläkaren vid barnkliniken i Uddevalla om jag ville medverka till att bygga upp en barnpsykologisk enhet där. Jag saknade utredningarna av barn, inte minst spädbarnsobservationerna i mitt behandlingsarbete så jag tackade ja. Rummet som erbjöds var stort och jag fick fria händer att beställa sandlådan med lekmaterial och annat lämpligt testmaterial, bord och stolar i barnstorlek och fåtöljer för samtal, förutom skrivbord och bokhylla. En gång i månaden under fem år pågick denna insats, embryot till en barnpsykiatrisk mottagning i Uddevalla. Det var en dynamisk och stimulerande tid både för mig, och, som jag upplevde det, för klinikens företrädare med både utredningar och observationer av barn i alla åldrar, samtal med föräldrar och konferenser med personalen.

Parallellt blev jag tillfrågad av överläkaren på psykiatriska kliniken i Vänersborg om jag ville vara behjälplig med att bygga upp ett "psykologiskt laboratorium" vid kliniken. De ekonomiska förutsättningarna var en dag i månaden även här. Jag fick praktisk utbildning och handledning vid "psykologilaboratoriet" på St Jörgens sjuk-

hus, där en kollega hade utvecklat ett omfattande testlaboratorium. Där kunde jag få testa patienter och diskutera olika metoders användningsområden. Om barnpsykoterapin engagerade och många gånger gav sömnlösa nätter för att hitta vägar att hjälpa ett barn med stora psykiska svårigheter så blev det en helt ny och på många sätt tyngre upplevelse att möta alla dessa vuxna patienter. Här gällde helt andra målsättningar än inom barnpsykiatri där jag kunnat arbeta med ett barn flera gånger i veckan i ett eller flera år och ofta få till en förändrad verklighet där barnet mådde bättre.

Här var det udda, utsatta människor som framför allt skulle utredas. Någon målsättning med psykoterapi fanns inte. Men det fanns ett intresse hos de två överläkarna för psykologens kunskaper. En företeelse som gjorde intryck på mig var de tjocka, ofta ostrukturerade, journalerna fulla med subjektiva och många gånger kränkande, detaljerade beskrivningar och tyckanden. Vid den här tiden i mitten av 1960-talet pågick, vad jag minns, en utredning om journalföring inom socialstyrelsen för att skärpa rutinerna för att strukturera journalförandet.

Jag minns också en ung kvinna som jag gjorde en Rorschachtestning med. Hon var inlagd med diagnosen schizofreniform psykos. I mina ögon hade hon gett upp kontakten med verkligheten, men vi genomförde Rorschachtestningen. Jag fick handledning på uttolkandet av Inga Allwood, en något äldre kollega med gedigna kunskaper i Rorschach-testet. Vi fick båda en aha-upplevelse och var samstämmiga i flera av de slutsatser som vi kunde dra. Var det så att kvinnans enda möjlighet att lösa sin homosexuella identitet var genom att bli psykotisk? Jag tog med dessa resultat till kliniken och när jag "drog" ärendet reste sig de båda överläkarna och klappade om varandra och sa: "det var just vad vi hade kommit fram till. Nu kan vi vara säkra!". Detta var psykiatri på 1960-talet.

## Omorganisation av barnpsykiatri 1965

Det var ett paradigmskifte inom barnpsykiatri i hela landet i mitten på 60-talet med tydligare åtskillnad mellan slutenvården och poliklinisk verksamhet och mer inriktning mot klinisk identitet än rådgivning. Kliniken i Göteborg flyttade in i gamla epidemisjukhusets lokaler och barnpsykiatriska mottagningar byggdes upp i olika stadsdelar och en enhet blev konsultenhet vid barnkliniken på Östra sjukhuset. Vi psykologer och psykoterapeuter skulle splittras upp på de olika enheterna och Stefansgården skulle läggas ner. Teamtanken var god, vid varje enhet skulle finnas läkare, kurator, psykolog, sjuksköterska och sekreterare. Men hur skulle det

gå med barnpsykoterapin? Nya strömningar blev kännbara, bl.a. höll familjeterapin att utvecklas under 1960-talet.

### Frilansande psykolog

Privat hade jag sedan en tid funderat över min familjesituation när mina barn närmade sig skolåldern och jag tog beslutet att förändra min arbetssituation radikalt. Vid en stor avskedsfest inför Stefansgårdens nerläggning och rivning och flyttning av barnpsykiatriska kliniken var jag ombedd att sjunga "Nu ska hela rasket rivas ..." med Bengt Carlssons text. Där var gråt blandat med framtidstro och spänning inför något nytt som höll på att välla fram, även i samhället i stort. Denna uppsägning innebar ett stort genombrott för mig både som psykolog och privatperson. Jag har nog aldrig förr eller senare varit så nöjd med ett beslut. Jag kunde förena en helhjärtad satsning på barnen med kvällsarbete som lärare i psykologi, både vid vuxengymnasiet och vid seminarium för huslig utbildning, där barnvårdslärare utbildades. Jag anlätades dessutom frekvent som föredragshållare vid föräldramöten vid förskolor och för personal och kom att under 6 år bygga upp en roll som frilansande psykolog. Jag fick sätta mig in i kursplaner och arbeta som pedagog, samtidigt som jag i alla föredrag på förskolor kunde föra ut barnpsykologisk kunskap både till personal och föräldrar. Insatserna fordrade att jag höll mig à jour med kunskapsutvecklingen inom psykologin.

Jag läste Jan Gästrins böcker i barn- och ungdomspsykologi och studerade Stina Sandels arbeten, jag läste C. I. Sandströms barnpsykologi från 1953 och Charlotte Bühler och Erik Homburger Eriksons utvecklingspsykologi. Jean Piagets forskning och Rudolphe Schaffers var viktigt att kunna. Därtill kom min kunskap från det barnpsykoterapeutiska området och den framväxande familjeterapin. Jag var mycket engagerad i tankar kring föräldrauppdraget och av att kunna förmedla vikten av att alldeles från första början i barnets liv som förälder försöka förstå vad som händer med barnet och svara upp mot det, att inse relationens, det första samspelets, betydelse. Jag hann också läsa en del skönlitteratur och följde den samtida kultur- och samhällsutvecklingen i slutet av 60-talet, tog del i diskussionen om fri uppfostran och intresserade mig för Paulo Freires pedagogik och förstod att människors psykiska villkor påverkades av det politiska klimatet. Det var en intensiv tid i mitt liv och jag landade i mig själv både som förälder och i min yrkesidentitet.



1970-talet

## Psykolog inom barnhälsovården, senare också mödrahälsovården

När mitt tredje barn var 2 år och jag fortfarande var frilansande psykolog blev jag uppringd av chefspsykologen för socialförvaltningens psykologer, Ragna Lindstam. Kommunen ville, i samarbete med Göteborgs sjukvårds-förvaltning, skapa en tjänst för att utveckla psykologverksamhet vid barnavårds-centralerna. I diskussioner om lämplig befattningshavare föreslog man mig med erfarenhet från barnpsykiatriskt arbete och arbetet med föräldraundervisning i många år. Professor Petter Karlberg vid Barnkliniken i Göteborg hade som ung pediater hört till gruppen barnläkare som tillsammans med Hans Curman på 1950-talet diskuterat behovet av psykologer vid barnavårdscentralerna i Stockholm. Redan i början av 1950-talet startades en försöksverksamhet. Ute i landet tog det längre tid. Det dröjde till början av 70-talet innan de flesta landsting anställde en psykolog (oftast en tjänst i ett helt landsting!) vid barnhälsovården i samband med Socialstyrelsens utvärdering av en försöksverksamhet med 4-årskontroll, 1968, vilken visade att många 4-åringar hade psykiska svårigheter. Det pågick i Göteborg under 1971, när jag tillfrågades, förberedelse för en stor omorganisation som innebar att alla de 72 barnavårds-centralerna inom socialförvaltningen skulle överföras till Göteborgs sjukvårds-förvaltning.

På sensommaren 1971 tillträdde jag tjänsten som jag skulle inneha, i olika skepnader, fram till min pension. Jag hade lyckan att få en mycket genomtänkt introduktion för att kunna ta mig an uppgiften. Jag har senare i yrkeslivet som handledare till nyanställda psykologer frågat hur deras introduktion till den nya tjänstgöringen har sett ut. Ofta har en sådan varit mycket bristfällig eller inte alls funnits. I mitt fall blev introduktionstiden nästan ett halvt år fram till nyåret 1972. Regelbunden handledning av chefspsykologen och regelbundna möten med dåvarande chefen för socialförvaltningen lade grunden till en säkerhet i den yrkesroll som skulle utformas. Jag var ofta nervös inför dessa konferenser där den noggranne och intresserade, men något stränge, socialdirektören krävde att jag formulerade hur jag tänkte utveckla verksamheten och, efter hand, hur långt mina planer hade förverkligats. Särskilt poängterades insatserna kring 4-årskontrollen och föräldra-utbildningen.

Professor Karlberg föreslog, i samarbete med chefspsyko-logen, att jag skulle analysera hur psykologisk kunskap skulle kunna utformas praktiskt inom barnhälsovård. En sådan analys skulle utmynna i en skriftlig rapport. Jag fick fria händer och möjlighet att göra studiebesök till andra verksamheter i landet.

### Verksamhetsplan för en psykologverksamhet vid barnhälsovården i Göteborg

Jag reste till Stockholm och träffade Lillian Gottfarb, som varit psykolog vid barnavårdscentralerna sedan 1956, och fick auskultera vid flera av hennes ordinarie arbetsinsatser, föräldragrupper, grupper med sjuksköterskor och rådgivningssamtal, individuellt med föräldrar med eller utan barnet. Jag reste till Uppsala och tog del av deras uppbyggnad av barnhälsovården, liksom jag kunde informera mig om andra delar av landet via brev och telefon. Jag rekommenderades att läsa den norska nyutkomna boken: *Helsestasjonen i støpeskeen*.

Det var mycket som hände inom hälsofrämjande och förebyggande verksamheter runt om i världen. Den stora mentalhälsoreformen på 1960-talet i USA förespråkade att drygt 30 % av psykiatrins ekonomi skulle satsas på psykiskt förebyggande arbete. Överhuvudtaget hade psykisk hälsa alltmer blivit föremål för engagemang och insatser. Och det var en allmän fråga hur ett förebyggande arbete skulle byggas upp och vad det skulle innehålla. Det var nu som Gerald Caplans idé om *mentalhälsokonsultation* alltmer fick gensvar.

Medan jag funderade och lade pussel för att kunna konstruera den efterfrågade analysen fick jag praktisk handledning och utbildning av Ragna Lindstam. En så konkret, handfast och teoretiskt förankrad handledning som jag fick av henne den hösten var ovärderlig. Hon var krävande och realistisk och satte fingret på det speciella med hälsofrämjande och förebyggande psykolog-insatser. Till de *hälsofrämjande uppgifterna* hörde att undervisa, utbilda, ordna konferenser och samverka. Min första stora uppgift var att ordna en utbildnings-konferens för alla de 72 sjuksköterskorna i testning av barn vid 4-årskontrollen, med föreläsningar för både sjuksköterskor och läkare och testövningar där varje sjuksköterska skulle tränas dels i att testa och dels i sitt förhållningssätt till barnet. Detta inför alla sina kolleger, efter att först vi psykologer (praktikanten och jag) visat hur det skulle gå till. Nästa steg var utbildning i hur testet skulle utvärderas och hur man skulle berätta om resultatet för föräldrarna. Sådana omfattande utbildningsinsatser var ett exempel på vad som kunde krävas av en psykolog inom en hälsofrämjande verksamhet. Ragna menade att för en psykolog inom en sådan verksamhet skulle

det inte vara främmande att hålla föreläsningar för ett auditorium om minst 400 personer. Hon tyckte att det var en brist i akademiska utbildningar i vårt land att man inte tränades till offentliga framträdanden, något som hörde till den akademiska utbildning empelvis i USA.

Nästa stora utmaning var en liknande utbildning till sjuksköterskor och läkare med Boel-testet, en screeningmetod som också hade utvecklats i början av 70-talet och som dels screenade för hörselnedsättning dels gav signaler om eventuella kontaktsvårigheter hos det 8-9-månadersbarnet.

Den andra uppgiften som jag förväntades sätta mig in i och ge förslag om var uppbyggnad av föräldrautbildning. På flera håll i landet hade man startat försöksverksamheter med föräldragrupper. Praktikanten och jag skaffade kunskap genom att initiera och närvara i föräldragrupper med sjuksköterskor i olika stadsdelar och förorter. Utredningen om hur hälsofrämjande och förebyggande psykologinsatser skulle utformas växte fram. Till stor hjälp under hela introduktionstiden var min psykologpraktikant, Kerstin Nyberg, sedermera chef-psykolog för en av kommunens psykologverksamheter. Rapporten presenterades i början av 1972, då Harriet Lilja, psykolog från barnpsykiatri anställdes och som i slutändan gav synpunkter på analysen som presenterades. Ragna Lindstam släppte sin handledarroll och jag skulle nu självständigt bygga upp och leda denna nya verksamhet tillsammans med den nya kollegan enligt den nedan presenterade arbetsmodellen:

Utbildning och samverkan	Konsultation och handledning	Individuella insatser	Metodutveckling
Föräldrautbildning Personalutbildning Föreläsningar Seminarier Samverkan Konferenser	Konsultation: Personal i grupp Individuellt Handledningsgrupper	4-åringar efter utfall vid kontroll Kriser i nyföddhetsperioden Utvecklingsavvikelser Samspelsproblematik	Utveckling av metoder i hälsofrämjande och förebyggande arbete Utvärdering

Rapporten om ca 20 sidor med ovanstående modell blev väl mottagen av barnhälsovårdsöverläkaren, den samordnande sjuksköterskan och professor Karlberg och kom att användas i kontakten med personalen ute vid barnavårdscentralerna och presenterades vid barnhälsovårdspsykologernas första nationella möte i Stockholm 1973.

### Nationella strömningar

1973 samlades 25 psykologer som arbetade med barnhälsovård från hela landet i Stockholm och bildade yrkesföreningen Barnhälsovårdspsykologernas förening (som nu heter *Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård*). Lillian Gottfarb presenterade Stockholmspsykologernas arbete och jag den beskrivna arbetsmodellen. Jag valdes till föreningens första ordförande för två år. Dessa nationella träffar varje år kom att få stor betydelse för att följa aktuella strömningar och forskning och för att diskutera metodiska tillvägagångs-sätt. Vi skapade arbetsgrupper, nationellt, för att diskutera befattningsbeskrivningar och hur vår policy utåt skulle utformas, detta i nära samarbete med Psykolog-förbundet som engagerade sig i den nya föreningen och gav synpunkter och bekostade utformning och tryckning av en skrift om vårt arbetsområde. Jag deltog i ordförandekonferenser, arrangerade av Psykologförbundet och deltog i diskussioner om profilering av vår psykologverksamhet speciellt vis-à-vis förskolepsykologerna. Som ordförande i föreningen medverkade jag också vid den nordiska kongressen i psykologi som hölls 1974 i Lund, och beskrev psykologens hälsofrämjande och förebyggande pionjärbete inom barnhälsovården.

Socialstyrelsen tog aktiv del av utvecklingen både av barnhälsovården i stort men också av psykologverksamhetens utformning och anordnade så gott som varje år under 1970-talet barnhälsovårdsdagar nationellt och inbjöd de centrala teamen i varje landsting: BHV-överläkare, samordnande sjuksköterska och psykolog för att ge möjlighet till ömsesidigt utbyte av erfarenheter och ta del av ett för barnhälsovården avpassat studieprogram. Vid flera sådana konferenser föreläste jag om utvecklingen av psykologverksamheten vid bvc. Företaget Semper var på 70-talet en stark spelare på den här arenan och erbjöd barnavårdscentralerna i hela landet konferenser med inbjudna internationella gästföreläsare som forskade inom området. Bl.a. var förlossningsvården i fokus för nytänkande och det förekom diskussioner i psykologgruppen om hur vi kunde bidra med psykologisk kunskap om barnets och föräldrarnas allra första kontakt just efter förlossningen. Forskning

om tidig prägling och anknytning ledde till nya rutiner vid förlossningsklinikerna. Barnet skulle läggas på mammans mage och fadern skulle vara närvarande vid förlossningen. Semper sponsrade boken "Barn och föräldrar" som jag var medförfattare i tillsammans med Ingemar Kjellmer, professor i pediatrik, och Inga-Greta Lundén, vårdlärare i utbildning av barnmorskor. Ringar på vattnet gjorde att jag tillfrågades om att skriva artiklar om det späda barnet och dess behov och om psykologens möjlig-heter att främja barns utveckling bl.a. i *Socialmedicinsk tidskrift* och i *Späda barn i goda händer* (Konsumentverket, reviderad upplaga).

### PR-verksamhet om psykologisk kunskap

Både i rollen som ordföranden för dåvarande barnhälsovårdpsykologernas förening och som ansvarig för psykologverksamheten i Göteborg var jag angelägen om att, tillsammans med psykologgruppen, "sälja" kunskap om det psykologiska skeendet kring barnafödandet och om behov av psykologernas insatser. Jag lät mig flitigt intervjuas för artiklar i dagstidningar med syftet att sprida sådan kunskap. Harriet Lilja och jag bjöd i sann pionjärsanda in till presskonferens på ett av Göteborgs större hotell för att få media att lyfta behovet av psykologisk kunskap kring barnafödandet. Flera artiklar handlade om jämställt föräldraskap och värdet av pappans engagemang tidigt i barnet liv.

Tillsammans med kollegerna (vi blev 4 fasta tjänster jämte vikariat och praktikplatser under 1970-talet) strävande vi efter att få papporna att komma till besöken på barnavårdscentralerna och till föräldragrupper, att närvara vid förlossningen och att vara med i planerade samtal med psykologen, dit kvinnan oftast kom ensam. Vi prövade olika gruppmodeller för att fånga männens engagemang och många var de kvällar som jag hade föräldragrupper tillsammans med sjuksköterskan på bvc, med speciell inbjudan till papporna, ute i förorterna: Hjällbo, Biskopsgården, Bergsjön m.fl., kvällar för att männen då kunde tänkas vara lediga från jobbet. Nu i efterhand kan jag se att psykologernas målsättning och idoga arbete att alltid vända sig lika mycket till pappan som till mamman i kontakter kring barnet och att få männen att delta i föräldragrupperna redan på 1970-talet nog har haft en stor betydelse för den utveckling som samhället kontinuerligt kämpar med för ett jämställt föräldraskap. På 70-talet såg vi inte, som idag, många pappor med barnvagnar eller med barnet på öppna förskolorna.

## Projekt

### Föräldrautbildning

På riksnivå förekom ett utredningsarbete i Barnomsorgsgruppen i kontakt med försöksverksamheter runt om i landet och som utmynnade i betänkandet från Socialdepartementet: SOU: 1978:5 Kring barnets födelse I. Det var en intensiv utvecklingsperiod där vi psykologer utbildade och handledde personal. Det var utbildningsdagar om syftet med föräldrautbildningen, om hur grupperna skulle utformas och där psykologisk kunskap kring barnafödandet förmedlades. Vi psykologer hade tre syften med vår medverkan i grupperna: att vara modell för medicinsk personal i gruppleaderskapet, att förmedla psykologisk kunskap till föräldrarna och att visa oss för föräldrarna för att underlätta kontakt om man senare önskade samtala med enskilt med psykologen.

Ett stort utvärderingsprojekt genomfördes i samarbete med Göteborgs universitet, pedagogiska institutionen, Göteborgs sjukvårdsförvaltning och Göteborgs kommun med kollegan Harriet Lilja som samordnare (1976). Parallellt bildade jag arbetsgrupper med psykologerna för metodutveckling. Vi skapade broschyrer om barnets utveckling som studiematerial i föräldragrupper, men också för sjuksköterskornas arbete med barnfamiljerna. Materialet omfattade olika aspekter på barnets utveckling. Med fina foton och en tydlig och levande beskrivning av barnets olika utvecklingsskeden blev broschyren omtyckt och användbar i många år.

### Teammodell

På flera håll utvecklades teammodeller för arbetet vid mvc och bvc och jag själv tog under tio års tid aktiv del i att bygga upp ett fungerande teamarbete vid barnavårdscentralen i Gårdsten med då, liksom nu, en stor andel familjer från andra länder. Modellen kom att utvärderas i en intern rapport. Föräldragrupper skapades utifrån olika behov. Här samverkade vi kring uppbyggnad av lokal parklek, här togs initiativ till verksamheter där mödrar och barn kunde träffas kring olika sysselsättningar, här byggde vi upp en samverkan med biblioteket som vidgade sitt utbud av barnlitteratur på olika språk, bidrog med barnböcker i väntrummet på bvc, deltog i föräldragrupper och berättade om bibliotekets utbud och evenemang. Vi införde teamkonferenser där sjuksköterskan, läkaren, socialsekreteraren, hälsovårdsbiträdet och psykologen regelbundet diskuterade åtgärder för enskilda barn

och familjer, i samförstånd med föräldrarna. Vi införde också "öppen central" så att föräldrar kunde "droppa in". Här lärde jag mig mycket om krishantering och krisinsatser.

### 18-månaderskontakt

Ett av de projekt som jag tog initiativ till och som jag föreläste om på Socialstyrelsen var 18-månadersbesöket, en mall för möte med föräldrar och barn i den här åldern för att väcka föräldrarnas intresse för och kunskap om detta dynamiska skede i barnets utveckling när språket börjar formeras och då en första jagupplevelse tar fart och motoriken blir alltmer expansiv, för att sedan bli stabilare, och som tar sig uttryck i impulsivt antrande, klättrande och springande, något som kräver föräldrarnas ständiga vaksamhet. Viktigt i min ansats var att kontakten *inte* skulle betraktas som ett test med prestationskrav på barnet. I stället skulle de fem uppgifterna hämtade ur Griffiths småbarnstest bidra till en diskussion med föräldrarna om vad som sker i den här åldern med barnet och öka förståelsen så att barnet bekräftas i sina strävanden i stället för att mer eller mindre reflexmässigt bli stoppat för att det upplevs tröttsamt och stökigt. Det blev ofta fina diskussioner med föräldrarna som inte sällan fick aha-upplevelser.

Jag minns när barnhälsovårdsöverläkaren tillsammans med en kollega auskulterade vid en av mina 18-månaderskontakter. Han sade efteråt: "barnhälsovården skulle ha psykologer vid varje barnvårdscentral och inte som nu medicinsk personal, vi skulle vara konsulter. Det är ju det här som är väsentliga insatser för barns utveckling!"

Utvärdering av metoden gjorde jag inom ramen för en forskningskurs för professor Kjell Härnqvist, då jag blivit antagen till forskarutbildningen i pedagogik. Metoden utifrån ett föräldraperspektiv utvärderades av PEG-studenter.

### Från temagrupp till konsultation

Det var trögt att få sjuksköterskor att komma till konsultationsträffar, eller när vi träffades vid bvc så togs tiden upp av kaffekokning, telefonsamtal m.m. Min kollega och jag prövade nya tillvägagångssätt. En enkät skickades ut till varje bvc med frågan hur man ville ha kontakt med psykologen och om man ville delta i gruppverksamhet och om det fanns synpunkter på vad man ville använda gruppen till. Av 72 sjuksköterskor var det 11 som inte ville vara med i någon gruppverksamhet överhuvudtaget och övriga 61 gav förslag på teman som de ville diskutera.

Ingen ville använda gruppen för att ta upp egna frågeställningar. I flera år träffade vi grupper med sjuksköterskor och diskuterade angelägna ämnen: invandrargrupper, barn som far illa och kontakten med socialtjänsten, tidiga tecken på barn som inte utvecklas som man förväntar sig och det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn. Efter några år ville de 11 sjuksköterskorna som sagt nej bilda två grupper, som med tiden blev mycket aktiva med stort engagemang. Så småningom började grupperna användas för att formulera egna frågeställningar kring aktuella ärenden och problemställningar och med tiden kunde gruppverksamheten benämnas konsultation. Detta utvecklingsarbete beskrev vi i en artikel i *Psykolognytt*.

### Individuella insatser

Parallellt pågick vårt individuella arbete med föräldrar och barn som remitterades till psykologen. Det ingick i psykologverksamhetens policy att slopa remissförfarandet. Vi ville markera den hälsofrämjande aspekten och komma ifrån ett stelbent remissförfarande. Fortsättningsvis har överförandet av ärenden till psykologen skett och sker på olika vis beroende på frågeställning: vid konsultation, vid teamkonferens, informellt under det dagliga arbetet eller som en mer formell remiss. Efter kontakt med barn och föräldrar har psykologen antingen beskrivit arbetet vid teamkonferens, eller, efter genomförd utredning, skrivit ett utlåtande och ett remissvar. Många som kommer till psykologen är föräldrar med oro för sitt barn, för att samspelet inte fungerar eller vid en krissituation i familjen. Vi psykologer menade att det därför var viktigt att avdramatisera kontakten med oss vilket skulle kunna göra att fler vågade träffa oss, och på det viset möjliggöra fler förebyggande insatser – ett exempel på en metodutveckling för förebyggande arbete. Numera erbjuder psykologerna i nutid *föräldrakonsultation*. Vi benämnde inte dessa möten så, men kontakten var densamma.

### Psykologinsatser vid mödravårdscentralen

Mot slutet av 1970-talet blev det en allt större efterfrågan av oss psykologer från mödravårdscentralen. Samarbetet med mvc inom det geografiska området, men ofta i annan lokal än bvc, utvecklades efterhand. Psykologen deltog vid någon av föräldragruppträffarna under graviditeten, då de blivande fäderna ofta var med. Föräldrarna fick möta psykologen, som också arbetade vid bvc - ett led i vår pionjärsatsning: *kontinuitet*. Barnmorskorna fick möjlighet att konsultera psykologen. Vissa gravida kvinnor remitterades till psykologen och vi försökte få med



den blivande fadern. Nu krävdes det ytterligare kunskap i korttidsterapeutiska metoder och kriskunskap vid sidan om en familjeterapeutisk inriktning. Parförhållandets betydelse både för graviditetsutvecklingen och för det blivande föräldraskapet och för hur den blivande och nyförlösta mamman mådde, hade vi tidigt som riktmärke och i många fall blev det en terapeutisk kontakt med paret även om det var kvinnan som hänvisats. Mvc-personal inbjöds till föreläsningar och diskussioner om vad psykologen kunde tillföra verksamheten och hur vi tillsammans skulle utveckla samarbetet mellan psykolog, barnmorskor och gynekologer.

### Samverkan

En av hörnstenarna i hälsofrämjande och förebyggande verksamhet är samverkan med andra institutioner i arbete med samma målgrupp: gravida, partners, och familjer med nyfödda barn och små barn, dels för att implementera olika statliga direktiv och möta olika samhällstrender och dels för att få till ett fungerande samarbete lokalt.

### Förskolan.

Redan när psykologverksamheten tillkom vid barnavårdscentralerna fanns det i vissa fall psykologkonsulter i förskolan, t.ex. för att följa upp barn med särskilda behov. På vissa håll i landet hade samma psykolog uppdrag vid både bvc och förskolan. I andra fall blev det viktigt att bygga upp en nära samverkan. Ofta var det psykologen vid bvc som föreslagit daghemsplats. Det var en gängse rutin att psykologen som rekommenderat förskoleplats besökte förskolan, träffade personal och barnet i gruppen och deltog i konferens med föräldrar och personal för att planera på bästa vis för barnet.

### Socialtjänsten.

Mycket hände inom socialtjänsten under 1970-talet. Regeringen föreslog en ny socialtjänstlag 1979 som trädde i kraft 1980. Före det hade begreppet uppsökande verksamhet blivit en propå. Förutom att socialtjänsten deltog i nämnda samarbetsprojekt kring föräldrautbildningen, pågick diskussioner om att finna vägar för en uppsökande verksamhet. Själv deltog jag som psykologrepresentant i flera övergripande arbetsgrupper med ledningen för socialtjänsten för att formera verksamheter i samverkan mellan kommun och sjukvårdsförvaltning.

Vi tog flera gemensamma initiativ, både till den första öppna förskolan i Bergsjön, och till att socialsekreterare tjänstgjorde viss tid vid barnavårdscentralerna för att tidigt finnas tillhands innan sociala problem blev för belastande i barnfamiljen.

### Psykologiska institutionen.

När PEG-utbildningen utformades kom chefspsykologen vid BUP och jag själv att delta genom att regelbundet undervisa blivande psykologer vid Psykologiska institutionen. Vi tillhandahöll praktikplatser och möjlighet till projekt- och metodarbete som kunde leda till en examensuppsats. Vi skapade också en modell där jag tillsammans med en forskarbehörig vid institutionen handledde PEG-studenter på deras examensuppsats. Det blev många sådana uppsatser som dels hade karaktär av utvärdering och dels gällde olika aspekter av föräldrautbildningen, pappagrupper, speciella grupper utifrån föräldrars olika behov t.ex. förlossningstrauma, kejsarsnitt etc eller sömnproblematik hos barnet osv.

### Psykologisk expertis i utredning

1976 ringde Kajsa Sundström-Feigenberg å Socialstyrelsens vägnar för att fråga om jag ville åta mig uppdraget som psyko-logisk expert för barnhälsovården i en utredning om den framtida mödra- och barnhälsovården tillsammans med psykolog Wendela Lundh för mödrahälsovården. I tre år blev det många resor till Stockholm för att ingå i arbetsgrupper och delta i konferenser under utredningens gång. Dessutom ingick research vad gällde internationellt utvecklingsarbete inom området och att följa forskningen på fältet. Jag skrev några artiklar som kom att ingå i den slutliga rapporten. Utredningsarbetet utmynnade i SoS (1979:4). Mödra- och barnhälso-vård. Förslag till principprogram. Stockholm: Socialstyrelsen.

Därefter tillfrågades jag om att medverka i utvecklingen av Mödra- och barnhälsovårdsjournalerna. Detta var i skiftet mellan 70- och 80-tal. Jag minns konferenserna med 9 professorer i gynekologi/obstetrik och pediatrik och några praktiskt verksamma läkare, alla män och så vi tre kvinnor, barnmorskan, bvc-sjuksköterskan och jag som psykolog. Jag framförde mina synpunkter om observanda när det gällde barnets utveckling och samspelet mellan förälder och barn, allt med förankring i den dåtida psykologiska kunskapen inom området. Den omtyckte och kunnige barnläkaren John Lind tog mig avsides efter ett arbetsmöte i gruppen och sade: "du förstår, det är svårt för dig att nå fram med det viktiga som

du har att säga, för det ligger så långt fram i tiden. Detta förstår man inte nu. Kanske om tio år".

## Fortbildning för oss psykologer

Gerald Caplans heldagsföreläsningar om mentalhälso-konsultation och krisinsatser hölls i Stockholm i regi av föreningen Psykisk hälsa och kom att betyda mycket för min yrkesroll. Jag deltog vid dessa tillfällen och gjorde ett häfte av mina anteckningar, ett kompendium som kunde användas både för att förklara för personalen vad psykologens konsultation innebar och vid intro- duktion av nya psykologer och psykologpraktikanter och vid kris-insatser. En annan betydelsefull kunskapsutveckling var att ta del av Robert Emdes heldagsföreläsningar, också i Psykisk hälsas regi. Hans studier av barnets moralutveckling och känslomässiga utveckling ökade förståelsen. När det gällde barnets sociala sammanhang gav Rita Liljeströms forskning i sociologi, om barns sociala situation i samhället, en breddning av kunskaperna. Gruppteorier liksom korttidsterapeutiska metoder och familjeterapi engagerade oss.

Elisabeth Lagercrantz's forskning kring barnfödandet blev en väckarklocka: *Förstföderskan och hennes barn: en psykologisk studie av graviditet och förlossning samt moderns och barnets utveckling och samspel under de första 18 månaderna*. Boken kom ut 1979. De psykoanalytiska forskarna och klinikerna, med fokus på graviditet och barnafödande, Thérèse Benedek, Grete Birbing och Helene Deutsch, var andra som inspirerade oss psykologer.

## Egen vidareutbildning under 1970-talet

### Psykologexamen

När jag åtog mig tjänsten 1971 var villkoret för min del att arbeta 75% för att komplettera min psykologutbildning som var färdig 1975. P- uppsatsen skrev jag tillsammans med två kolleger inom barnhälsovården, Gun Edström, Harriet Lilja. Den var en studie om förhållningssättet hos den medicinska personalen i kontakten med föräldrar och barn, ett helhetsgrepp på bemötande och relation. Under kompletteringsutbildningen blev objektrelations-teorin viktig för mig och jag studerade med entusiasm bl.a. Winnicotts skrifter.

## Psykoterapiutbildning

Min utbildning i psykoterapi steg 2 fick jag vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Den påbörjades 1974 och den fortgick under resten av 1970-talet. Jag deltog bl.a. i gruppanalys och i gruppterapi med bio-energetisk inriktning. Gästprofessorer, psykoanalytiker från England och USA, fanns knutna till institutionen och parallellt med egen psykoterapi tog jag del av teoretiska studier, psykoanalys och gruppteorier med föreläsningar, seminarier och work-shops. Gestalterapi, psykodrama, familjeterapi, många riktningar fanns i utbudet, bl.a. vid en sejour i London 1976. Jag ombads att föreläsa inom psykoterapiutbildningen jämsides med en av gästprofessorerna, Giora Doron, från London, ett uppdrag som krävde ett inträngande studium i bl.a. psykoanalytisk teori och litteratur.

## 1980-talet

70-talet hade präglats av kreativitet, nytänkande, flexibilitet och entusiasm inför det "folkbildningsprojekt" som det hälsofrämjande och förebyggande psykologarbetet omfattade. En sammanfattning av 1980-talet blir en tid av struktur och metodutveckling och att få nytänkandet förankrat. Psykologverksamheten växte med nya tjänster, mycket till följd av statens propå om föräldrautbildning i hela landet. Psykologerna efterfrågades av den medicinska personalen, rädslan för intrång och oförståelse hade i stor utsträckning försvunnit. Föräldrautbildningen ställde krav på ny och annan kunskap och nya arbetssätt. Grupperna förväntades ha karaktär av samtalsgrupp och svara upp mot föräldrarnas frågor, både kvinnornas och männens.

## Utbildningsinsatser utförda av psykologerna

### Föräldrautbildningen

Psykologerna anlätades som föreläsare i gruppdyamik och psykologiska kunskaper kring barnafödandet och för handledning i metodiska gruppövningar och samtalsmetodik. Min roll var att samordna psykologgruppen och att bjuda in föreläsare och kolleger med speciella kunskaper som tillsammans med våra psykologer genomförde dessa utbildningar med all personal: läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och hälsovårdsbiträden. Förlossningsklinikerna ville också ta del av sådan utbildning för all sin personal. Jag minns dessa utbildningsdagar, ofta två per personalgrupp eller klinik, på olika konferenscentra i Göteborg eller internatutbild-

ningar på konferensanläggningar utanför staden. Cheferna för de två stora förlossningskliniker i Göteborg värderade denna utbildningsinsats högt och medan en del av personalstyrkan var på utbildningen ansvarade resten av personalen för hela förlossningsvården.

Jag minns rädslan för gruppövningarna hos en del av personalen som aldrig tidigare varit med om den här typen av tänkande. Det var viktigt för oss psykologer att förtydliga det som hände och få igång diskussioner om det meningsfulla i den här typen av kunskap. Som ett gott exempel kan nämnas att 20 år efter dessa utbildningsinsatser berättade en barnmorska, nu i en arbetsledarbefattning, att den här utbildningen och träningen, speciellt i samtalsmetodik, hade gett insikter och verktyg som både gjort arbetsmiljön intressantare och relationerna till patienterna meningsfullare och effektivare.

Men jag minns också konflikterna under förlossningsvårdens utbildningsdagar då pappornas delaktighet vid förlossningen diskuterades. Vi psykologer anade inte att barnsköterskorna såg sina arbetsuppgifter hotade, att ta hand om det alldeles nyfödda barnet och tvätta det och lägga det till mamman. Nu föreslog vi att papporna skulle överta denna uppgift. Detta fick fackliga efterspel. Det ledde dock till något konstruktivt: barnsköterskan blev handledare till papporna.

Som en ytterligare markör i vår samverkan med förlossningskliniken föreslog klinikledningen att psykologgruppen skulle få möjlighet att auskultera på förlossningsavdelning och närvara vid förlossningar efter samförstånd med den blivande mamman och pappan. Psykologgruppen som nu bestod av ett tiotal personer fick sålunda denna möjlighet och jag tror att det gav oss alla en ny dimension i vårt arbete

## Trauma i samband med förlossningen

En annan följdföreteelse i det här samarbetet var rutiner och omständigheter när barnet dog vid förlossningen eller var dödfött – stillbirth. Som psykolog hade jag mött flera föräldrar efter ett sådant trauma och erbjudit en kristerapeutisk kontakt. Jag hade forskat efter litteratur i ämnet och läste om den forskning som bedrevs vid Tavistock Clinic i London.

Dåvarande överläkaren vid förlossningskliniken på Östra sjukhuset och jag började diskutera ett handlingsprogram. Tidigare hade utfallet varit beroende av vilken barnmorska som var med vid ett sådant tillfälle. Det blev en förändring så att föräldrarna självklart skulle ha möjlighet att möta, och när de önskade, få hålla

det döda barnet och få tid tillsammans med det, att få stillhet i ett särskilt rum med värdig inredning där barnet kunde vila, där man kunde tända ljus och dit man kunde återkomma för att igen möta barnet innan det skulle begravas. För mig blev detta samarbete en fördjupning också i den forskning som fanns, inte minst upplevelsen av skam och därmed ofta något de drabbade höll tyst om. Jag höll flera föreläsningar för personal kring det här temat då jag bl.a. förmedlade E. Lewis forskning om "stillbirth" och neonatal död (*Failure to mourn a stillbirth: an overlooked catastrophe*. Br Med Psychol. 1978 Sep; 51(3): 237–241) m.fl artiklar.

### Teammodeller

En annan stor utbildningsinsats, som kom att ges ut som studiematerial, ägde rum med all personal inom barnhälsovården i samband med att socialstyrelsen 1981 kom ut med ett nationellt principprogram som en följd av SOU 1979:4. Nu var det *teammodellen* som skulle gälla och psykologernas uppgift i den övergripande utbildningen gick ut på att utveckla tänkandet kring samtalsmetodik, i så måtto att lyssna in "den andre" i teamet samtidigt som det gällde att stå för sina egna specifika kunskaper och föra fram dessa i en dialog. Rutiner för regelbundna teamträffar skulle formeras och för psykologerna blev det många metoddiskussioner, inte minst när vi träffades på nationella konferenser kring psykologrollen både vid teamsamverkan och konsultation

### Metodutveckling i psykologgruppen

Vi psykologer bildade metodgrupper för att arbeta fram arbetsmodeller och att utvärdera och skriva om våra insatser. Ett begrepp som dök upp på 80-talet var *vårdtyngd*. Verksamheterna skulle definiera olika vårdbehov och vårdinsatser. Gun-Marie Lundqvist och jag skrev en rapport om vårdtyngd inom psykologverksamheten och en annan kollega, Ingrid Holm, och jag gjorde en analys av vilka barn och familjer som hade kontakt med oss psykologer.

### Riktad gruppverksamhet

Arbetet med föräldragrupperna utvecklades. Vi såg efterhand behovet av att använda gruppen för att möta föräldrars speciella önskemål och som ett behandlingsinstrument för stöd eller krisbearbetning. Vi kallade detta *riktad* gruppverksamhet. Vi inbjöd föräldrar till grupper med särskilda teman: kvinnor som genomgått kejsarsnitt, kvinnor som inte mådde psykiskt bra efter förlossningen.

Det kunde handla om tvillingföräldrar, om barn som inte sov eller hade svårigheter med maten. Eller föräldrar till barn som hade problem att bli torra och rena eller något äldre barn med nattskräck och inte minst svartsjuka när det fötts ett syskon – eller när barnet började visa alltmer av egen vilja, den s.k. trotsåldern.

Många sådana grupper dyker upp i mitt minne. Okonventionella grupper, där jag kunde tillämpa mina kunskaper på nytt sätt, framförallt genom att försöka förmedla trygghet i gruppen: den öppna gruppen i Hjällbo med nyblivna mammor som hade problem med att barnet inte åt. Få talade svenska, men man kom till gruppen som träffades tio gånger, enligt sjuksköterskan ett stort stöd för flera mammor. Rörigt var det, men det fanns en struktur som fungerade och en känsla av samförstånd som stärkte. Jag vill poängtera att spädbarnen är en kraft i sådana sammanhang: de vet, de har på känn att detta är till för att det skall bli bra – och se! det blir ofta bra (implicit kunskap).

En grupp var sömngruppen. Många föräldrar klagade över brist på sömn både för barnet och dem själva. Vi psykologer krigade mycket mot pediatriker som ville sätta in sömnmedel till spädbarn. Vi menade att barnet kanske ännu inte hade funnit sin sömnrytm eller att det kunde handla om spänningar i familjen, förväntningar som barnet opponerade mot osv. I sådana lägen var gruppen fenomenal. Som gruppleddare gällde att formulera varför vi hade träffats och sedan var ordet föräldrarnas. Och det samtalades! Det behövdes oftast inte många träffar förrän alla dessa barn sov.

En annan grupp var tvillinggruppen. Alla tvillingfamiljer med spädbarn inom ett geografiskt område (omfattande flera bvc) inbjöds till träff i det fria i Delsjöområdet en lördag förmiddag. Det var picknick och dessa ca 15-20 tvillingpar och deras föräldrar fann varandra på olika vis. Min roll var att försöka åstadkomma en konstruktiv gruppatmosfär, att berätta om aktuella studier om tvillingföräldrar och tvillingar och om att syftet med träffen var att ge möjlighet till kontakt familjer emellan. Och så blev det. Vid sjuksköterskornas uppföljning hade flera uppgett att de "pratade av sig" vid träffen, andra hade skapat kontakter.

Den fjärde grupptypen som jag vill nämna var med föräldrar till barn i 2-3-årsåldern. Det som var intressant och roligt var att lika många pappor som mammor kom till dessa grupper. De hade tagit ledigt från jobbet och ville höra vad psykologen hade att säga om "trotsåldern". Jag började ofta med att nämna att den här perioden i barnets liv kallas på franska: "*Crise de l'Independence*". Efter min ingress samtalade föräldrarna med varandra och ställde frågor till mig. Som jag

minns det hade vi *en* återträff för att sedan erbjuda nya föräldrar en liknande grupp. Sjuksköterskorna värderade denna insats så högt att de föreslog sig själva som barnvakter i väntrummet medan jag träffade gruppen.

### Individuella insatser.

I ett förebyggande arbete finns det sällan möjligheter till långvariga psykoterapiinsatser med uppgjorda kontrakt. I stället kan korttidsinsatser – med psykoterapeutisk kompetens - ges vid upprepade tillfällen under barnets uppväxt, vid behov, något som Daniel Stern framhållit som något väsentligt i förebyggande arbete. Många föräldrar behövde endast träffa psykologen vid ett fåtal tillfällen och tala igenom sin eventuella oro kring barnet eller ställa frågor om beteenden eller svårigheter i samspelet. Sådana föräldrasamtal var legio och ofta upplevde jag som psykolog att detta var en utomordentligt viktig insats just för att förebygga att ont blir värre. I sådana ärenden gällde det att som psykolog vara lyhörd och möta förälderns formulering och försöka åstadkomma ett samförstånd kring hanterandet av frågan, både respektera och lyssna på förälderns synpunkter och samtidigt vara tydlig med hur jag som psykolog bedömde det hela. Mycket handlade om åldersadekvata beteenden, mer eller mindre svåra för föräldern att förhålla sig till.

### Hembesök

Hembesök var ett vanligt sätt att träffa föräldrar. Nuförtiden finns inte det utrymme för psykologer, men vi gjorde många hembesök. Föräldrar och barn kunde känna sig mer bekväma i sin hemmiljö och psykologen kunde nå en grupp av föräldrar som hade svårt att ta sig till centralen, kanske svårt att passa en tid med ett eller flera småbarn. Och det var ett sätt att nå föräldrar som egentligen inte orkade eller vågade kontakt med psykolog. Många var rädda för psykologen och jag brukade i min handledning av kolleger som var besvikna för att föräldern ifråga inte var hemma när de gjort upp om tid, säga, att de skulle sätta en lapp på dörren om att psykologen hade varit där, och ringa upp om en ny tid. Detta tillvägagångssätt kunde behöva upprepas flera gånger. På så vis kunde vi till sist nå familjer som kanske var rädda för kritik av sitt föräldraskap. I många fall etablerades en kontakt som kunde bli trygg och varaktig, ofta återkommande vid olika kritiska perioder under barnets uppväxt. *Hållbarhet* och *kontinuitet* var viktiga utgångspunkter.



## Korttidsterapi med barnet

I enstaka fall prövade jag korttidspsykoterapi med barn, då jag kunde dra nytta av min tidigare barnpsykoterapeutiska praktik. Några sådana ärenden finns inristat i mitt minne, bl.a. den 6-åriga flickan som hade fått diagnosen auditiv afasi och som hade svårigheter med kamratkontakter. När jag hörde ärendet dras på en teamkonferens och träffat flickan och mamman stämde inte diagnosen med hur jag bedömde flickan. I diagnostiskt syfte använde jag en innehållsrik stor bild föreställande olika händelser med många detaljer. Det märkliga var att flickan bara kunde referera till ett hörn av bilden, där det var en vedstapel. Hon pekade på denna, i detta myller av bilder och sade: "yxved". Långt fram i vår kontakt, där hon många gånger ganska vilsen lekt med materialet och ritat och målat på måfå, ritade hon något som såg ut som en yxa och höll plötsligt upp sitt avhuggna finger (som jag tidigt lagt märke till men inte kommenterat). Nu började hon berätta och nu var språket sammanhängande och livligt. När hon var liten, närmare bestämt 2,5 år, hade hon och brodern olovandes lekt med yxa och ved och brodern hade huggit av henne fingret. Det var smärtsamt och blev akut läkarbesök. Modern berättade att hon hade sådan skuld för att hon inte riktigt hade tagit hand om vare sig flickan eller brodern vid den här händelsen. Hon var själv vid det tillfället upptagen av ett sent missfall som hade gjort henne illa. Hela episoden blev inkapslad och pratades inte om i familjen. Jag kunde analysera traumat och följderna: den förbjudna aktiviteten, uppståndelsen kring kroppsskadan i en ålder när jagets gränser och kroppsupplevelserna är betydelsefulla utvecklingssteg. Mammans skuld och hennes eget trauma som hindrade henne att vara en närvarande mor. Efter några månader löstes dessa knutar upp och flickan lämnade kontakten med mig. Då fanns inget kvar som kunde binda henne vid den gamla diagnosen, inte heller svårigheterna i förskolan. Den här korttidsterapin gav mig insikt om traumapsykologi och vikten av att åldersrelatera ett trauma för att bättre förstå de psykologiska mekanismerna bakom en låsning.

## Samverkan

### Handledarutbildning i samverkan mellan olika psykologgrupper

I början av 1980-talet gick jag den av dåvarande av UHÄ accepterade som omfattade handledarutbildningen, ett och ett halvt år. Allt fler psykologer i Göteborg genomgick handledarutbildning och det blev ett stort tryck på oss utbildade att

handleda andra psykologer. I den chefspsykologgrupp som jag ingick i tog vi beslutet att ordna en övergripande handledarutbildning för stadens psykologer i samarbete med St Lukasstiftelsen. Utbildningen höll på i många år i Göteborg. Många var de slutrapporter som skrevs och skulle bedömas.

En annan sådan övergripande utbildning som vi chefspsykologer inom sjukvården initierade var psykoterapiutbildning, steg II. Jag var samordnare för utbildningen, en angelägen men krävande arbetsuppgift, med organisation av föreläsare och handledare och sökande lämplig litteratur. Jag var själv handledare i utbildningen som var ett samarbete med universitetet som hade examensrätt.

### Barn som far illa

Tillsammans med en av chefspsykologerna i kommunen deltog jag som föreläsare och gruppleddare vid ett flertal tillfällen i en återkommande övergripande utbildning för personal inom socialtjänsten, förskolan och barnhälsovården om barn som far illa, med syfte att få till bättre och mer lyhört samarbete kring dessa barn och deras familjer. Våra psykologer deltog tillsammans med psykologerna inom kommunen. Bl.a. hade vi Kari Killén Heap från Norge, forskare inom socialt arbete och författare till flera böcker inom området, som föreläsare och vi förmedlade kunskaper om barnmisshandel, bl.a. från Ruth och Henric Kempes författarskap, vars kliniska kunskaper flera av oss tagit del av vid heldagsföreläsningar i Psykisk hälsas regi.

### Storföreläsningar

Vid flera tillfällen ombads jag deltaga vid katedralföreläsningar för både allmänhet och personal kring barns behov och barn i kris. En stor satsning ägde rum på Stockholms stadsteater med en fullsatt salong. Jag höll en föreläsning om då aktuell forskning kring barn och samspel mellan föräldrar och barn. Denna satsning gjordes tillsammans med bl.a. Claes Sundelin, sedermera professor i barnhälsovård, som talade om barnmedicinska frågeställningar. Om jag inte missminner mig var det ett samarbete med Rädda Barnen.

En annan storföreläsning ägde rum i Stenhammarsalen i Göteborgs konserthus, också fullsatt salong med ca 450 åhörare, både allmänhet och personal. Den handlade om barn i kris och barnets situation i skilsmässosituationer. Varje sådan här föreläsning fordrade studier kring den nyaste forskningen på området, då gällde

det internationella studier om barns reaktioner vid skilsmässa, och jag minns framförallt Judith Wallersteins omfattande forskning.

### Utbildning i psykologgruppen

Psykologernas egen utbildning var ett ansvar i min chefspsykologroll. Vi hade regelbunden internutbildning i seminarieform inom psykologgruppen. Vi följde nyheter inom forskningsområdet. 1980-talet och början av 90-talet var en smältdegel av teorier användbara för psykologer inom mödra- och barnhälsovården. Mycket hände inom spädbarnsforskningen och utvecklingspsykologin med Margaret Mahlers teorier om spädbarnets känslomässiga och sociala utveckling, Selma Fraiberg bok *The first year of life* med klinisk forskning och modeller för spädbarnsbehandling. Daniel Sterns *The interpersonal world of the infant* kom 1985. Det var Bowlby's anknäytningsteori som alltmer fick fotfäste och det var den kliniska forskningen kring föräldraskap och samspel under graviditeten och nyföddhetsperioden, om parförhållandets betydelse för det tidiga samspelet med barnet. Och inte minst ett växande intresset och allt fler studier kring papparollen. Vi studerade och diskuterade flera korttidsterapeutiska metoder och kriteori. Vi lärde mer om perinatale kriser och post partumdepression, som alltmer uppmärksammades internationellt. Det handlade också om att utveckla och finslipa våra egna insatser. Hanne Munck från Köpenhamn undervisade hela psykologgruppen i Brazelton Neonatal Assessment Scale som hon lärt sig hos Berry Brazelton i Boston .

Vi psykologer hade regionala träffar i det som nu är Västra Götalandsregionen med olika utbildningsprogram och metoddiskussioner. Och de nationella konferenserna var viktiga. Här träffades mellan 100-200 mödra- och barnhälsovårdpsykologer varje år dels för att ta del av ny forskning inom området, ofta med internationellt kända kliniker och forskare, dels för att utbyta kunskaper och erfarenheter från lokala projekt och metodutveckling.

### Studieresor

Under andra hälften av 1980-talet hade jag som chefspsykolog möjlighet att söka pengar ur en personalfond för personalutveckling. Vi fick möjlighet att göra studieresor: vi var i Helsingfors för att ta del av finska kollegers arbete inom vårt område, vi var i Oslo på Nic Waalinstitutet för att därefter besöka Trondheim och en psykologverksamhet där. Vi var i York, England, på internationell konferens

med Marcé Society, ett internationellt forskningssällskap med fokus på perinatale psykiska kriser, post partumdepression och förlossningspsykos. Vi besökte Danmark och Esbjerg för att studera ett speciellt arbete med förskolebarn (betydelsefullt i vårt arbete med fem och ett halvtåriga barn, se nedan). Hela psykologgruppen reste till Istanbul för att studera psykologers arbetsinsatser där. Då hade vi hunnit till 1991. Vi gjorde där besök vid barnpsykiatrisk och vuxenpsykiatrisk klinik och imponerades av den pondus, kunnighet och inflytande som den kvinnliga chefpsykologen visade inom vuxenpsykiatri. Vi tog också del av upplägget av det nationella hälsovårdsarbetet.

### Betydelsefulla utbildningar för egen del

Stor inspiration gav flera internationella forskningskonferenser, bl.a. en internationell spädbarnskongress i Jerusalem 1984 med Berry Brazelton som chairman med presentation av forskning om spädbarnets beteende och utveckling i samspel. Där fick jag möjlighet att göra studiebesök på mödra- och barnvårdscentraler med utvecklade samverkansmodeller och deltog i föräldragrupper på arabiska. Stort intryck gjorde kongressen i Kairo 1987 i regi av World Association for Mental Health, en ögonöppnare för betydelsen av "reproductive health" och insatser för att minska mödradödlighet och spädbarnsdödlighet i världen, men också för globala satsningar för att främja den tidiga relationen mellan föräldrar och barn. I slutet av 1980-talet betydde också flera konferenser i regi av Marcé society i England mycket, med fokus på psykiska problem kring barnafödandet.

Jag hade också nytta av flera studiedagar med Otto Kernberg i Stockholm med heldagsföreläsningar och workshops kring borderline-problematik, aktuellt inte minst för att öka min kunskap för olika handlednings-uppdrag.

### Egna handledningsinsatser

Under 1980-talet och senare under 1990-2000-talen kom jag att handleda många psykologer både inom mödra- och barnhälsovården även utanför Göteborg och psykologer både inom barnpsykiatri och vuxenpsykiatri, de senare i psykoterapeutiskt arbete.

## Projekt

### Fem och etthaltvåringar

I slutet av 1980-talet kom jag att engagera mig i två projekt. Fyraårskontrollen skulle inte ersättas men väl kompletteras med en träff när barnet närmade sig skolåldern för att uppdaga vilka barn som skulle behöva uppmärksammas inför skolstarten. Jag fick uppdraget som projektledare att tillsammans med psykologgruppen utforma en metod för sådan undersökning. Psykologgruppen hade nu utökats med psykologer med språkkunskap i finska, serbokroatiska, spanska och turkiska för att möta ett växande antal invandrargrupper.

Metoden bestod av delmoment: barnen träffades först i grupp i väntrummet på bvc och knåpade med sina uppgifter runt ett bord med ca 6 barn i varje grupp. Därefter mötte varje barn en psykolog (som kunde språket) och som gjorde en intervju med barnet. Det var ett lärorikt projekt i mötet med det litet äldre barnet som både fick visa hur det gick att arbeta i grupp men också få förmedla sina tankar i intervjusituationen. Ur resurssynpunkt förstod vi att en metod som denna var för omfattande vad gällde psykologresurser, men resultaten från studien gav kunskaper som kunde generaliseras. Projektet beskrevs i en metodrapport 1990.

### Pilotprojekt om föräldrars psykiska hälsa efter förlossningen

Detta projekt blev starten på min forskningsutbildning. Med tio timmar i veckan gick jag igenom 3 års journaler på barnavårdscentralen för att spåra psykiska svårigheter hos föräldrar i samband med barnafödandet, både kvinnor och män. Vid sidan av hälsovårdens journaler fick jag tillåtelse att med hjälp av en praktikant gå igenom psykiatrins journaler för samma år för att spåra eventuell graviditet och barnafödande. Dessutom intervjuades personal vid bvc, kvinnokliniken och inom psykiatrin. Rapporten blev färdig 1989 och kunde användas vid ansökan till forskarutbildning vid Institutionen i psykologi i Lund, där jag blev antagen 1990. Åtta procent av föräldrarna visade behov av speciella insatser vad gällde samspelet i familjen och detta i ett inte speciellt socialt belastat område. Brist på stöd från fadern, frånvarande fader och post partumdepression hos modern var tydliga markörer.

## Spädbarnsenheter och samspelsbehandling

Alltmer kliniskt arbete inriktades på det tidiga samspelet och jag hade möjlighet att erbjuda vissa föräldrabarnterapi med särskilt utsatta föräldrapar på Birkahemmet, en spädbarnsinstitution i Göteborg som hörde till socialtjänsten men, genom vår samverkan i ett förebyggande arbete, kunde vi psykologer erbjuda behandlingsinsatser till föräldrar och barn där. Andra kollegor försökte i slutet av 80-talet medvetandegöra politiker ute i stadsdelarna om behovet av resurser till utsatta spädbarnsfamiljer.

## Privatmottagning med individuell psykoterapi

Parallellt med min anställning inom offentlig sektor växte mitt eget intresse för att fördjupa mitt arbete som psykoterapeut. 1985, när jag fått min legitimation som psykoterapeut steg II, gick vi 4 legitimerade psykoterapeuter och psykologer samman och startade Psykologmottagningen, Södra Vägen. Där arbetade jag med patienter individuellt i 13 år och därefter, när vi lade ner den mottagningen, fortsatte jag med privatmottagning med handledning och psykoterapi, i anslutning till min bostad, fram till 2013.

## 1990-talet

Samhällsutvecklingen under 90-talet gjorde tydliga avtryck i psykologverksamheten. Nationellt tillsattes en grupp, Pappgruppen, som skulle finna strategier för att i större utsträckning engagera papporna och delta i föräldraundervisning. Slutrapporten kom 1995: Ds 1995:2.

FN:s barnkonvention ratificerades av Sverige 1990 och som följd därav kom en barngrupp att knytas till riksdagen och ett statligt organ, Barnombudsmannen, inrättas. Det tidigare betänkandet om föräldrautbildning (1980/81) skulle ses över och en utredare fick i uppgift att lägga fram en utvecklingsplan som resulterade i *Tidigt föräldrastöd* (SOU 1997: 161). Begreppet *utbildning* togs bort och ersattes av *stöd*.

Samtidigt som fokus låg på barn och föräldrar växte två motkrafter fram med annan agenda. Dels var det starka politiska vindar för ett individualistiskt perspektiv på vård och vårdbehov med ett vuxenperspektiv och strävan efter valfrihet som ledde till förändring av primärvården – husläkarreformen. Och dels, och inte minst, kom den ekonomiska krisen i början av 1990-talet att hota många

tidigare satsningar på barn och barnfamiljer. Dessa samhällstrender kom att i viss mån styra psykologernas insatser.

## Organisationsförändringar

Planering av mina forskningsstudier med 10 timmar per vecka och min yrkesroll som samordnare för mödra- och barnhälsovårdpsykologerna påverkades vid flera tillfällen under 1990-talet på grund av stora organisationsförändringar.

### Mödra-barn- och skolhälsovård

I slutet av 1980-talet hade de centrala teamen för mödrahälsovård och barnhälsovård förts samman med skolhälsovårdens (nu elevhälsan) centrala team.

Samarbetet mellan bvc och skolan hade flera beröringspunkter, bl.a. hur en generell 5,5-årsscreening skulle utformas med erfarenhet från den tidigare nämnda försöksverksamheten. Som enda psykolog skulle jag nu samarbeta med tre överläkare och tre samordnande sjuksköterskor/barnmorska och lyfta fram psykologiska kunskaper och synsätt och samtidigt fokusera psykologverksamheten och mitt eget utvecklingsarbete. Psykologerna i gruppen kom alltmer att organiseras inom olika geografiska områden.

### Förlossningsvården

90-talet med stora ekonomiska åtstramningar blev märkbart inom förlossningsvården som genomgick stora förändringar. Nu kom begreppet *Tidig hemgång* på tapeten bl.a. med influens från Ulla Waldenströms forskning. Det fanns inte längre utrymme för föräldragrupper eller s.k. ABC-klinik, där kvinnan födde i en närmast hemlik miljö. Den nyförlösta kvinnan med barn och partner föreslogs lämna förlossningskliniken inom 48 timmar. Psykologerna var inga påhejare av det här förslaget som innebar en fara för stress för kvinnan som kanske inte hann med att få igång amning och landa i sin Birgitta Wickberg förlossningsupplevelse, innan familjen skulle lämna kliniken.

Parallellt med dessa förändringar inom förlossningsvården arbetade vi psykologer träget med att tillföra psykologisk kunskap till mödrahälsovården. Bl.a. skapade och jag ett psykologiskt basprogram för graviditeten och den första tiden efter förlossningen. Nu blev vi allt mer uppmärksamma på post partumdepression hos modern men också på psykiska problem hos de blivande och nyblivna fäderna.

## Samhällsmedicinska enheten

I och med nästa stora organisationsförändring, några år in på 90-talet, skapades Samhällsmedicinska enheten som nu kom att omfatta mödra- barn- och skolhälsovården jämte vårdcentralernas centrala organisation. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet fick stå tillbaka när husläkarna skulle ersätta den tidigare distriktsläkarorganisationen. T.ex gick planerna i stöpet på samverkan kring psykiska svårigheter hos föräldrar kring barnafödandet, som påbörjats med psykiatrin, och som också var tänkt att omfatta vårdcentralerna i de olika geografiska områdena. Nu kom ett mer individualistiskt perspektiv på patientarbetet som inte stämde med en övergripande samverkan, som naturligtvis skulle skett i samförstånd med de kvinnor och män som det gällde. Samarbetet för mig som centralt placerad psykolog inom den nyetablerade Samhällsmedicinska enheten omfattade nu fem överläkare och tre samordnande sjuksköterskor tillika andra befattningshavare med olika förväntningar på psykologmedverkan.

## Utbildnings - och handledningsinsatser i början av 90-talet

### Papparollen

Ute i landet, parallellt med den nationella pappargruppens arbete, skapades olika verksamheter vid mvc och bvc för att engagera pappor. I Göteborg var jag medansvarig tillsammans med de centrala teamen för MHV och BHV att anordna ett studiedag om papparollen för ca 500 yrkesföreträdare i kommunen och inom sjukvården som arbetade med blivande och nyblivna föräldrar och småbarnsfamiljer. Vi engagerade forskare, kända för studier kring män som föräldrar. Utbildningen dokumenterades i skriften: *Pappa*.

### FNs Barnkonvention

En lika stor satsning gjordes av de centrala teamen, nu även skolhälsovården, i samband med att Sverige ratificerade FNs barnkonvention 1990. Också nu inbjöds ca 500 yrkesföreträdare. Denna studiedag dokumenterades likaså. I mitt slutanförande, som finns i skriften, påpekade jag vikten av att bibehålla uppnådda resultat av utvecklingsarbete med barn och föräldrar, även vid stora omorganiseringer och omflyttning av personal, genom dokumentation, handlingsplaner och någon utsedd ansvarig för utvecklingsarbetet för en hållbar utveckling.



## Distriktsläkare

Det blev några katedalföreläsningar för alla distriktsläkare i Göteborg med bl.a. psykologiska aspekter på föräldraskap och barnfamiljer, om traumapsykologi och krishantering. Jag anlätades också vid fortbildning vid olika internatkurser. Jag anlätades också inom fortbildning för allmänläkare vid olika internatkurser om hur vi psykologer arbetade med gravida kvinnor och deras partners och med nyblivna föräldrar. Krispsykoterapeutiska insatser belystes också. Här visade det sig, tidigt på 1990-talet, ett behov hos många distriktsläkare att få möjlighet att samarbeta med psykolog, medan det inte så självklart beaktades av ledningen. Psykologerna i mödra- barnhälsovårdsgruppen ute på fältet deltog i lokala utbildningsinsatser och samarbete med vårdcentralerna.

## Folkhälsosekretariatet

Den största organisationsförändringen var när min tjänst 1994 handplockades till det nystartade Folkhälsosekretariatet, en kommunal satsning för övergripande folkhälsofrågor i nära samarbete med det nationella Folkhälsoinstitutet i Stockholm. Uppdraget att samordna mödra- och barnhälsovårdspsykologerna försvann och psykologerna på fältet kom att knytas till vårdcentralerna i olika delar av kommunen. Två psykologer kopplades till sekretariatet för att driva utvecklingsfrågor. Dels jag själv med min erfarenhet av hälsovård inom MHV och BHV och dels Birgitta Göransson, psykolog och psykoterapeut och sedermera kriminalvårdsdirektör och nationell verksamhetsutvecklare i kriminalvården.

Att på nytt utveckla psykologkompetensen och nu med ett bredare folkhälso-perspektiv var en utmaning. Det var framförallt inom 5 områden som jag satsade min tid och ansträngning under de 4 år som sekretariatet bestod: utbildning, handledning, fokusering på tidiga insatser för att främja psykisk hälsa, samordning av flyktingprojekt och metod- och forskningsinsatser.

## Utbildning av personal

Flera internationella kongresser och konferenser som jag fått tillfälle att medverka vid refererades vid föreläsningar. Det handlade om den stora psykiatrikongressen i Madrid 1996. Två statements hade jag med mig från den kongressen: Psykiatrisk behandling får aldrig enbart bestå av psykofarmaka. Psykoterapi måste alltid erbjudas parallellt! Det andra var skapandet av en internationell sektion: *Women mental health*, ett forskningsällskap som sedan dess ger ut tidskriften: *Archives of women*

*mental health* – ett led i en feministisk utveckling av psykiatrin, beaktande varför kvinnor mår psykiskt dåligt, inte minst med fokusering på parförhållande och våld i nära relationer. I anslutning till denna kongress deltog jag i en konferens i Santiago del Compostela i epidemiologi och psykisk hälsa som gav kunskaper om förhållanden i olika länder och världsdelar.

En konferens i Liverpool handlade om ojämlikhet i hälsa med skildring av ett förändringsarbete utifrån begreppet *empowerment*: att organisera hälsovård och vårdinsatser utifrån människors formulerade behov. Kongressen i Edinburgh analyserade socioekonomiska faktorer påverkan på hälsan, inte minst den psykiska. Den nordiska folkhälsokonferensen i Helsingfors gav skjuts åt nödvändigheten att komma vidare i det psykiskt förebyggande arbetet. Deltagandet vid dessa internationella konferenser kopplades till uppdraget dels att föreläsa och dels att författa en rapport kring innehållet i konferensen med analys av implementeringsmöjligheter inom folkhälsoarbetet på hemmaplan.

## Handledning

Information hade gått ut till primärvård och förskola/skola och socialtjänst om möjlighet att konsultera oss inom Folkhälsosekretariatet i våra olika professioner för egna utvecklings- och metodarbeten. Både psykologer, sjuksköterskor, barnmorskor m. fl. använde sig av denna möjlighet. Jag handledde barnmorskor i ett projekt med intervjuer av par just hemkomna efter förlossning. Jag handledde en samverkansgrupp i stadsdelen Älvsborg där socialtjänst, förskola och bvc ville komma vidare i arbetet med att finna och stödja barnfamiljer innan problemen blivit manifesta. Vid etablering av familjecentraler - samlokalisering av mvc, bvc, öppen förskola och företrädare för socialtjänsten - engagerades jag både som konsult vid uppstart av verksamheten och vid en av centralerna som handledare för personalen.

Ett annat speciellt handledaruppdrag ålades mig. Jag uppdrogs att samordna ett "bollplank" med professorerna i socialmedicin och allmänmedicin och med mig som psykolog, dit olika yrkesföreträdare i kommunen kunde komma för att bolla svåra ställningstaganden och metodutvecklingsprojekt framför allt inom socialtjänsten.

## Utvecklingsfrågor

Utvecklingsfrågor lyftes i samarbete med psykologgruppen inom mödra- och barnhälsovården var ett annat åtagande. Jag gjorde en skriftlig sammanställning och analys av psykologernas insatser med gravida och barnfamiljer: *Det ofödda, det nyfödda och det växande barnet*. I den fanns bl.a. statistiskt redovisat hur många gravida och barnfamiljer som psykologerna vid mvc och bvc träffade per år i Göteborgs kommun. En annan rapport var *Spädbarn i Göteborg*, en kartläggning av hur många spädbarn som var kända inom socialtjänsten. Syftet var att få till stånd ett politiskt engagemang kring behovet av spädbarnsenheter och möjligheter till samspelsbehandling tidigt i barnets liv.

## Flyktingprojekt

Uppdraget som samordnare för ett stort flyktingprojekt i samband med Bosnienkriget inom Göteborgs hälso- och sjukvård gav många insikter. Min roll var att sammankalla ansvariga i den del av projektet som omfattade sjukvården: psykiatrin, barnpsykiatrin och primärvården, till regelbundna möten och utbildningsinsatser tillsammans med en projektledare för samtliga insatser inom kommunen. Inom projektet var jag också handledare tillsammans med kolleger i ett av projekten: gravida bosniska kvinnor och deras män. I detta arbete fick jag inblick i hur psykologrollen och psykologkompetensen kan tolkas utifrån olika kulturella perspektiv. Vi mödra- barnhälsovårdpsykologer som arbetat med gravida kvinnor och deras partners sedan 1970-talet och mestadels upplevde ett samförstånd både med personal och föräldrar som sökte våra insatser, speciellt i kris, blev nu sedda med helt andra ögon. Vi erbjöd generöst våra tjänster i förhoppning om att kunna bidra med bearbetning av traumatiska upplevelser. Men de bosniska kvinnorna kom inte till våra erbjudna tider. Kvinnorna var mycket avvisande när barnmorskan föreslog psykologkontakt. En bosnisk läkare som jag senare hade kontakt med förklarade att kvinnorna blev förolämpade när de föreslogs psykologkontakt. I deras hemland fanns psykologer endast på mentalsjukhusen och som forskare vid universiteten. Att förknippa psykolog med graviditet och barnafödande stämde inte.

## Metodarbete och forskning

Denna erfarenhet blev till en av mina ansatser i upplägget av min forskning, ett *kunskapsantropologiskt* perspektiv, dvs en förståelse för hur, i det här fallet psykologrollen, uppfattas i olika kulturer, även inom subkulturer i vårt land.

Ett ihärdigt metodarbete med datainsamling påbörjades redan 1992 för de 4 studier som avhandlingen kom att omfatta. Tio timmar i veckan inom tjänsten var avsatt, då man från ledningshåll såg fördelar med detta utvecklingsarbete. Först var det resor till Lund för planering av avhandlingsarbetet och kurser och tentamina inom forskarutbildningen: statistik, metodstudier, bl. a. i kvalitativ metodik, och flera terminer i genusteori för Margot Bengtsson, av stor betydelse i min strävan att i lika mån fokusera faderns som moderns föräldraskap. En teoribildning som kom att få stor betydelse för mitt tänkande i början av 1990-talet var Ulla M Holms avhandling i filosofi: *Modrande och praxis: en feministfilosofisk undersökning* som kom 1993, med författarens tolkning av intersubjektivitet i relationen mellan föräldern och det späda barnet utifrån begrepp som *uppmärksamhet, omdöme och samspel på lika villkor*. Hennes tankar förde mig vidare till olika feministiska tänkare och kliniker. Jag inspirerades av flera kvinnliga forskare i psykologi inom The society for Reproductive and Infant psychology i Storbritannien. Jag läste dessa feministiska psykologers studier och fick alltmer upp ögonen för nödvändigheten att ständigt ha ett genusperspektiv både inom psykologisk forskning och inom kliniskt arbete.

Den internationella kongressen i Chicago 1992 anordnad av WAIMH (World Association for Infant Mental Health) var en källa till inspiration både forskningsmässigt och kliniskt. Ett annat spår som kom att betyda mycket var den nordiska kongressen i Reykjavik 1989 då jag gick en kurs i subliminal diagnostik med de perceptgenetiska testen, DMT och PORT, det senare med tre teman: anknytning, separation och oïdipal problematik. Professor Alf Nilsson i Lund höll kursen och på mitt initiativ höll han därefter kursen i Göteborg för psykologerna inom MHV och BHV och andra intresserade.

## Studierna i avhandlingen

Den första studien är en analys av föräldrars frågor, kvinnors och mäns, när de väntade sitt första barn. Jag presenterade studien vid en internationell PSOG-kongress i Basel (Psychosomatic Obstetrics and Gynaecologi) 1995. Studien publicerades 1997.

Den andra studien handlade om kvinnors och mäns situation under första månaden efter förlossningen. Utgångspunkt var den tidiga hemgången från förlossningsklinik och glappet i tid innan barnhälsovården "tar över". Studien har ett föräldraperspektiv och ger kunskap om hur många föräldrar som mår så psykiskt dåligt att det kan inverka menligt på deras roll som omsorgspersoner för det nyfödda barnet. En semistrukturerad intervju med nyblivna föräldrar, kvinnor och män, genomfördes vid hembesök under ett års tid. Studien publicerades år 2000.

Den tredje studien krävde tid och kraft i uppläggningsen. Den är en kartläggning av antal kvinnor och män som kommer akut till psykiatri i samband med barnafödandet, en incidensstudie. Det krävdes ett långt förberedelsearbete för att få studien förankrad i läkarkåren som åtog sig att genomföra en strukturerad intervju under två tidsperioder med alla patienter som kom till psykiatrisk akutmottagning, för att utröna om kvinnan var gravid eller just fött barn och om mannen hade en gravid partner eller just fått barn.

Den fjärde studien pågick parallellt med de andra under 90-talet och är en analys utifrån anknytningsteori och affektteori av 12 korttidspsykoterapier med mig och, i ett ärende, en kollega som psykoterapeuter. 6 kvinnor och 6 män ingick i studien och testades med perceptgenetiska test.

## Folkhälsosekretariatet läggs ner

Mot slutet av 90-talet kom nästa stora omorganisationssmäll. Folkhälsosekretariatet skulle läggas ner i den ekonomiska nerdragning som kommunen stod inför. Vid nyåret 1998 upphörde sekretariatet, jag närmade mig pensionering och framförde till de kommunföreträdare som skulle finna lämpliga arbetsinsatser till personalen, att jag ville fortsätta med forskningen utifrån det insamlade materialet. Med kommunens goda minne fick jag en forskningstjänst på heltid under de 1 1/2 år som återstod fram till pensionering med tjänsterum på en av kommunens psykologenheter. Som gengtjänst erbjöd jag handledning till psykologer med förskolan, skolan och socialtjänsten som uppdragsgivare. 1998 var också ett år när jag deltog vid den internationella kongressen i tillämpad psykologi i San Francisco, där jag kunde berätta om den svenska modellen med föräldrautbildning och föräldrastöd, och där jag stimulerades av ett ifrågasättande av hur forskare konstruerar sina frågor "över huvudet på den tillfrågade". Jag tog till mig dessa tankar och denna "jämförbarhetsmodell" som inspirerade den fortsatta analysen av mina studier.

## 2000-talet till 2015

### Avhandlingen och forskningsstudier

Mitt engagemang i dels genusteoretiska frågor och dels klinisk forskning om perinatale psykiska omständigheter breddades till att omfatta affektteori. Jag läste Silvan Tomkins och hade glädje av Alf Nilssons seminarier i affektteori. Ett annat område som inspirerade var diskussionen om *mentaliserings* och "*reflective function*" både i ett utvecklings-perspektiv och inom klinisk verksamhet, parallellt till en jämställdhetsmodell. "Reflective function" som ett metodiskt tillvägagångssätt i korttidspsykoterapier blev ett av huvudspåren i min fjärde studie vid sidan om anknytnings teorin i analyserandet av terapierna som också analyserades utifrån affektteoretiska aspekter. Alf Nilsson gjorde blindtolkningar av det perceptgenetiska utfallet som i samtliga fall visade anknytningsbrister hos dessa kvinnor och män som reagerat med psykiska svårigheter i samband med barnafödande.

WAIMH-konferens 2002 om psykiska svårigheter i samband med barnafödande gjorde intryck bl.a. genom ett statement från en sydafrikansk forskare som kunde visa att det oavsett kultur, sociala förhållanden och klasstillhörighet finns *tre problemområden* kring barnafödandet att tampas med globalt i världen: post partumdepression, kvinnomisshandel och samspelssvårigheter mellan modern och barnet, ofta med rötter i brister i parförhållandet.

Min disputation ägde rum i Lund 2004. Sedan följde en dynamisk tid med "turné" runt om i landet från Umeå till Skåne, vid Psykologidagarna, och vid en NFSU-konferens: nordisk förening för spädbarnsforskning, för att berätta om mitt avhandlingsarbete.

### Psykoterapi och handledning

Fram till år 2013 arbetade jag dels med psykoterapi, individuellt med vuxna patienter och som handledare, både individuellt och med grupper, framför allt av psykologer vid mödra- och barnhälsovården från olika håll i landet, men också av psykoterapeuter i deras individuella arbete med patienter. Nu tillkom också handledaruppdrag som krävde forskarutbildning. Det var handledning av uppsatser för terapikompetens steg 2.

Min utgångspunkt i mitt eget psykoterapiarbete har varit psykodynamisk teori och jag tog, som många kolleger med mig, illa vid mig av den snedvridna debatt som blev, även inom psykologkåren, med en närmast tävlingsinriktad debatt-ton om vad som skulle föredras, psykodynamisk psykoterapi eller KBT. Jag har aldrig förstått det svartvita och många gånger hätska debattklimat som härjat, utan att man alls analyserat när och varför den ena eller andra inriktningen passar bäst. Få försök har gjorts för att fördjupa analysen. En kunnig psykoterapeut bör ju kunna veta när en metod är att föredra framför en annan. Det handlar både om patientens personlighet, problematik, *målsättning och utrymme* för det psykoterapeutiska arbetet. I handledning av mödra-barnhälsovårdspsykologer under 2000-talet såg jag en annan tydlig svängning i samhällsklimatet. Hälsofrämjande insatser fick stå tillbaka för en diagnoskultur som bredde ut sig. Även små barn som visade sig stökiga skulle utredas, mycket för att förskola och skola skulle få stödresurser, ett systemfel, kan jag tycka, när behovet av stöd till ett barn definieras utifrån diagnos.

Parallellt finns en samhällsutveckling som lyfter fram barnperspektivet och än viktigare barnets perspektiv, dvs inte enbart att vi vuxna beaktar barns behov – ett barnperspektiv – utan att vi samtalar med barnen själva och hör vad de har att säga om sin situation – barnets perspektiv.

## Redaktör

Det pionjärskap som präglade psykologerna inom mödra- barnhälsovården och som förhoppningsvis bidragit till förändrade attityder både kring föräldraskap, barns behov och utveckling, samspelet mellan föräldrar och barn har beskrivits i jubileumsskriften till mödra- barnhälsovårdspsykologers förenings 40 årsjubileum 2013. Mitt uppdrag som redaktör har omfattat ett givande samarbete med 20 kolleger som författare i boken och med drygt 50 kolleger som besvarat en enkät. Det har blivit en levande och intresseväckande läsning om utvecklingen av psykologrollen inom den här sektorn: *Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård – Från pionjärskap till professionalitet*. Boken gavs ut 2014.

Där trodde jag att jag satte punkt för min psykologinsats. Men så blev det inte. Engagemanget i psykologin får nu näring i ett livligt samarbete med pensionerade psykologer i hela landet i tidningen SeniorPsykologen.

### Exempel på litteratur

(Rapporter från projekt och utvärdering har omnämnts i texten. Endast några exempel ges)

Kjellmer, I., Lundén, I-G. och Rydén, B. (1975). *Barn och föräldrar*. Semper.

Rydén, B. (1981). *18-månadersbarn och deras föräldrar vid barnvårdscentralerna i Göteborg*. Göteborg, Barnhälsovårdskliniken, Östra sjukhuset, Psykologverksamheten och Göteborgs universitet, Pedagogiska institutionen.

Rydén, B. (1989). *Kvinnan Barnet Mannen. Vad händer efter förlossningen?* En studie över förhållanden Post Partum i distrikt Söder. Göteborgs sjukvård. Distrikt Söder.

Rydén, B (1995). *Om kvinnors hälsa*. Rapport från "11:th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology", Basel. Göteborg, Folhälsosekretariatets skriftserie 1995:19.

Rydén, B., Edström, G., Hägg, S. och Murro, B. (1997). *Bosniska kvinnor och deras familjer. Mödrahälsovårdens insatser för bosniska flyktingar 1994-1996*. Utvärdering. Göteborgs sjukvård, Primärvården, Mödrahälsovårdens Bosnienprojekt. Folhälsosekretariatets skriftserie 1997:11.

Rydén, B. (2004). *När kvinnor och män får barn – Ett psykologisk och könsspecifikt betraktande av psykisk hälsa och ohälsa*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi. Akademisk avhandling.

Rydén, B. (red) (2014). *Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. Från Pionjärskap till Professionalitet 1973-2013*. Yrkesföreningen Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård.



# Psykolog inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård under 20 år.

Karin Sidén

Tidiga psykologinsatser till nyblivna föräldrar och små barn ger resultat för hela livet.

Att få uppdraget och uppmuntran att utforma ett bidrag till en personligt färgad historisk beskrivning av ett yrkesfält för psykologer gör mig stolt.

Jubileumsskriften "Från Pionjärskap till Professionalitet 1973-2013" med Birgitta Rydén som redaktör har varit min inspirationskälla. Denna skrift är resultatet av ett uppdrag från yrkesföreningen för psykologer inom mödra-hälsovård och barnhälsovård. En gedigen, välskriven, spännande sammanställning av olika bidrag från psykologkollegor över 40 år. Rekommenderas att läsas då den ger en mycket fullödig beskrivning av arbetsområdet med forsknings- och kunskapsutveckling samt organisationsförändringar utifrån den tidsperiodens samhällsutveckling i vid mening. Hög igenkänningsfaktor för mig!

Jag har ytterligare stärkts i skrivandet efter att först ha fått presentera min yrkeshistoria på ett möte för Seniorpsykologerna i södra regionen i oktober 2014. Alla har vi en viktig berättelse från vårt yrkesliv som är stärkande att delge för den egna identiteten och för yrkesgruppen.

## Start som psykolog vid Barnhälsovården

Efter att under 10 år efter psykologutbildningen ha arbetat som arbetspsykolog inom yrkesinriktad rehabilitering vid bl.a. AMI i Malmö flyttade jag till Halmstad. 1986 började jag där min anställning som psykolog inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård med uppdrag mot mestadels sju barnvårdscentraler. Psykologtjänsterna var då samtliga dimensionerade på 75 %! Ingen manlig psykolog fanns i verksamheten.

Mitt intresse för förebyggande psykologiskt arbete i ett tidigt skede i människans liv var stort, inklusive intresse för barnets psykiska och sociala utveckling och föräldraskapets förutsättningar och utmaningar både på ett individuellt och ett samhälleligt plan. Även om steget kunskapsmässigt var stort mellan arbetspsykologi och barn- och familjepsykologi kändes det mycket spännande och utmanande att damma av det som inhämtats från psykologutbildningen och suga in ny och aktuell kunskap och forskning från området. I psykologgruppen med två kollegor på arbetsplatsen i Halmstad och ytterligare fyra i länet fanns mycket erfarenhet, engagemang och drivkraft som stärkte och inspirerade mig. Min första utbildning blev i Griffith's utvecklingsbedömning.

Det fanns hög tillit för vår kompetens hos samarbetspartners i primärvården även om vi fick gnuggas mot olika föreställningar och osäkerhet om vad en psykolog kunde bidra med. I Halland var från början konsultation till BVC-personal det enda möjliga resursmässiga arbetssättet som psykolog för att nå ut med specifik psykologisk kunskap, en oerhört viktig ingång för att berika och utveckla BVC-personalens kunskapsnivå på ett pedagogiskt, inkännande och respektfullt sätt i deras yrkesuppdrag till barnfamiljerna. Psykologerna blev efter hand ett viktigt och nödvändigt komplement till det kliniska arbetet på barnavårdscentralerna och gav kontinuerlig handledning för att utveckla BVC-personalens yrkesroll i det psykologiska omhändertagandet på ett professionellt sätt. Föreställningen att psykologerna gjorde uppgifter gentemot barnfamiljerna som BVC-sköterskorna (och även deras arbetsledning ibland) tyckte att de själva egentligen skulle kunna, nyanserades efter hand. Respekten för varandras yrkesspecialiteter utvecklades om än i olika takt. BVC-teamen som bestod av sjuksköterska, läkare och psykolog blev efterhand tämligen självklara i metodisk mening under begreppet Barnhälsovården. I praktiken varierade dock tillämpning, uppbyggnad och bevarande av denna professionella struktur ute på fältet och gör så faktiskt tyvärr ännu idag i södra Halland.

## Psykologens plats i organisationen

När jag började som psykolog inom Barnhälsovården var den medicinska överbyggnaden och hierarkin i själva kunskapsfältet mycket tydlig. Av psykologerna krävdes mod, kompetens och organisatorisk fingertoppskänsla och skicklighet för att lyfta fram kunskaper och förslag på metodiska förändringar i det psykologiska omhändertagandet av små barn och den nyblivna familjen. Det var utmanande och

spännande om vi även ibland tog oss för pannan i mötet med som vi tyckte ”gamla och förlegade uppfattningar”. Närheten lokalmässigt till varandra i Halmstad var nödvändig för att få både kraft och inspiration till att fortsätta att bidra till kunskapsutvecklingen och att härbärgera känslor vid upplevt motstånd och motgång. Under 1980- och 90-talet hade vi i Halland, som jag nu idag ser det, barnhälsovårdsöverläkare som var engagerade i psykologernas bidrag i metodutvecklingen för Barnhälsovården i länet och i det psykologiskt förebyggande arbetet gentemot den nyblivna familjen. Psykologerna tillsammans med överläkaren träffades regelbundet flera gånger under året för halv/heldagskonferenser för kunskapsutbyte och idéskapande i metodutvecklingsarbetet. Flera gånger fick psykologerna uppdrag att utveckla delar av utvecklingskontrollerna på BVC. Vi förväntades och uppmuntrades självklart att också ta ansvar för att implementera metoder hos BVC-personalen.

Under 90-talet fick vi psykologer i Halmstad/Laholm/Hylte med vår numerärt lilla arbetsgrupp en direkt placering under en tjänsteman på förvaltningen. Denna hade stort engagemang i Barnhälsovården; intresse och respekt för psykologernas kunskap; tydliga vägar till konstruktiv påverkan av resursfördelning och arbetsupplägg på barnvårdscentralerna. Våra önskningar om angelägen fortbildning och handledning för våra uppdrag blev oftast tillgodosett. Vi hade medvind för detta mesta i vårt arbete och det gav en viktig bekräftelse och energi.

Under 90-talet kom också Mödrahälsovårdens arbetsledning i Halmstad att önska mer av psykologernas insatser såväl till blivande föräldrar som med konsultation och handledning till barnmorskorna. Det var mycket spännande och utmanande att få utveckla samarbetet med denna yrkesgrupp och medvetandegöra området – graviditetens psykologi.

## Kunskapsutveckling och tillämpning i det kliniska arbetet

Under denna tidsperiod blommade också verkligen arbetet på nationell nivå i vår yrkesförening. De årliga nationella konferenserna gav mycket stimulans, utbyte, kontakter och ny kunskap. Inte minst från storstadsregionerna med universitetsanknytning. Det var inspirerande för oss i ”lilla Halmstad” med landsbygd in på knuten.

När jag började mitt psykologarbete i mitten på 80-talet i Halmstad hade införandet av föräldragrupper på mödravårds- och barnvårdscentraler nyligen startat. Psykologens kunskaper om gruppmetodik var efterfrågad precis som vår

närvaro i föräldragruppen när fokus var på t.ex. spädbarnets psykiska utveckling. Utvecklingsbedömningar och identifiering av barn med särskilda behov efterfrågades. Självklart också ”föräldrastöd” som kunde innebära många skiftande uppdrag i vårt ”barfotarbete” vid hembesök hos barnfamiljerna.

Under 80- och 90-talet ville psykologerna också omvandla all avgörande psykologisk kunskap och forskning som nu var uppenbar inom områdena anknytningspsykologi, graviditetspsykologi, spädbarnets tidiga utveckling, affektreglering, familjepsykologi mm. Engagemanget var stort inför att föra ut kunskap, behandlingsmetoder; samverka med andra aktörer kring småbarnsfamiljen som på alla sätt skulle gynna barnets psykiska utveckling och stärka föräldraskapet. Peka på och försöka minska hinder i både stort som smått som kunde bromsa ett psykologiskt gynnsamt och förebyggande betraktelsesätt i barnens och familjen perspektiv. Vi fortbildade oss mycket – även utanför arbetstid! Vi fick tillgång till handledare som Lisbeth Brudal, Pia Risholm Mothander m.fl. som gav oerhört viktig kunskap och inspiration i vårt arbete. Psykologerna höll kurser i graviditetspsykologi, barnets tidiga utveckling, anknytningspsykologi till personal inom Mödra- och Barnhälsovård. Oftast mycket uppskattat vilket gav bekräftelse på att vi bidrog till en viktig kompetensökning.

## Riktade insatser

Olika så kallade riktade insatser gjordes i föräldragrupsarbetet som komplement till den generella föräldrautbildningen. Själv blev jag uppmuntrad att starta föräldragrupper riktade mot blivande tvillingföräldrar tillsammans med en barnmorska. Mycket stimulerande och uppskattat, inte minst av tvillingföräldrarna. Efter några år sammanställde jag metod, genomförande och utvärdering i en Folkhälsorapport för Landstinget Halland. Denna rapport blev en del inför min specialistkompetens i klinisk psykologi. Många psykologer inom Mödrahälsovård och Barnhälsovård i Sverige har särskilt bidragit med forskning och metodutvecklingsarbete genom åren.

Under denna tidsperiod, 80- och 90-talet, på basis av kunskapsutvecklingen kring barns sårbarhet och utsatthet, startades i Halmstad en samverkan med andra samhällsinstanser som barnomsorg, skola, socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri, polis. Psykologer från barnhälsovården var med om att utforma handlingsplaner och vägledning vid misstanke om misshandel och sexuella övergrepp.

Flera års påverkansarbete krävdes för att få politiker vid primärvården i Halmstad att beakta att erbjudande om deltagande i så kallad spädbarnsverksamhet med samspelsbehandling skulle vara en oerhört viktig insats för mor-barnparets psykiska utveckling när oro, rädsla, osäkerhet och sårbarhet i psykologisk mening var stor. Psykologerna åkte på spädbarnskonferenser för att inhämta kunskaper, få argument för samspelsbehandlingens viktiga förebyggande effekt mot störningar i den känslomässiga utvecklingen, få idéer om hur en verksamheten konkret skulle kunna byggas upp. Efter en överenskommelse mellan primärvården och kommunen i Halmstad om delat ekonomiskt ansvar kunde en spädbarnsverksamhet med samspelsbehandling, ”Junogården”, startas i projektform i slutet av 90-talet, men lades tyvärr ner efter en tid. En modifierad variant, ”Lindan”, skapades i Hylte kommun och finns av allt döma kvar idag även om det i strikt mening inte är en verksamhet med samspelsbehandling. Någon behandlingsverksamhet för samspelsbehandling som en mellanvårdsform finns ännu inte idag i Halmstad, anmärkningsvärt nog. Det är upp till varje psykolog ”att göra så gott man kan” inom de resurser man har.

## Organisationsförändringar

I slutet av 90-talet började en decentralisering av primärvårdens verksamhet. Alla professioner skulle gå in under vårdcentralernas tak och med medicinskt huvudansvar. Inga små separata enheter oavsett eventuella fördelar skulle finnas. Psykologerna vid Mödrahälsovården och Barnhälsovården i Halmstad/Hylte/Laholm var inget undantag. Vår tidigare placering under en tjänsteman på förvaltningsnivå med visst verksamhetsansvar i den operativa verksamheten var uteslutet trots vår grundliga argumentation med förvaltningsledningen. Jag var facklig förtroendeman för Sveriges Psykologförbund och kämpade hårt. I ett första skede sorterades vi in under mödrahälsovården med överläkaren, en gynekolog, som chef. Denne tog sitt uppdrag som förvaltare. Enligt min mening fanns det dock i den nya arbetsledningen inget större intresse för barns utveckling och föräldraskap i psykologisk mening, uppmuntran till att vidga vår psykologiska kompetens, diskutera metodutveckling, inspirera till fortbildningsinsatser för annan personal. Med sorg i sinnet började jag konstatera att mitt stora engagemang för psykologuppdraget inom mödrahälsovård och barnhälsovård starkt skulle påverkas och begränsas av organisatoriska beslut. När sedan avgörandet kom med att varje psykolog lokalmässigt skulle placeras ut på en vårdcentral, men med fortsatt

uppdrag åt flera barnvårdscentraler, blev konsekvenserna uppenbara för mig. Den nära kollegiala arbetsgruppen skulle brytas upp. Organisatoriskt skulle varje psykolog få ny chef; uppbrott ske från gemensamma behandlingsrum, lekobservationsrum, testmaterial, bibliotek m.m. och inte minst förlust av ett dagligt kollegialt stöd och påfyllnad när man varit ute på fältet i sitt ”ensamarbete”. Inspiration till kunskapsutveckling, fortbildningsinsatser, metodutveckling skulle riskera att minska utan denna fysiska närhet till psykologkollegor och barnhälsovårdsöverläkare. Arbetet att förankra våra gemensamma initiativ hos fyra olika chefer eller fler kändes oöverkomligt.

## Psykologerfarenheter från barn- och ungdomspsykiatrisk klinik

Under några år såg jag mig om efter annat psykologarbete även om mitt hjärta slog för uppdraget inom Mödra- och Barnhälsovård. Efter olika försök att få annat kliniskt arbete med barn fick jag till sist arbete inom barn- och ungdomspsykiatri i Halmstad. Personligen hade jag börjat forma en önskan att fortbilda mig inom barnpsykoterapi. Dåvarande överläkaren och chefen för BUP såg värdet av min erfarenhet från barnhälsovården och min specifika kunskap om barnets tidiga utveckling och föräldraskapets viktiga funktion. Vi hade också samarbetat väl kring att få till stånd en spädbarnsverksamhet i Halmstad.

Jag stannade 10 år vid BUP. Kunskaps- och erfarenhetsmässigt berikande i många avseende. Möten med barnen och deras familjer ger alltid en lärdom och insikt om hur olika förutsättningar vi har för att undanröja hinder och växa som människa – liten som stor. Teamarbete med olika närliggande professioner gav viktig erfarenhet av både gott samarbete och draghjälp som besvärande motstånd och konkurrens. Under mina år på BUP förändrades ledarskapet och vårdideologin styrdes upp mot ett mer biologiskt/medicinskt synsätt. Barnpsykoterapi och familjeterapi hamnade långt ner som ändamålsenliga behandlingsformer enligt ledningen. All psykologisk problematik hos barn under 6 år ansåg man skulle oavsett svårighetsgrad utredas och behandlas på primärvårdsnivå och av psykolog vid barnhälsovården. Mina önskemål om fortbildning för behandlingsarbete utifrån anknytningsteori och traumateori avsågs. I min övertygelse som psykolog blev det obalans i BUP:s behandlingserbjudande. Mitt beslut blev självklart. Jag ville söka mig tillbaka till mitt tidigare verksamhetsområde där jag hoppades att min kompetens var efterfrågad.

## Återkomst till Barnhälsovården

Till min stora glädje fanns en obesatt tjänst inom barnhälsovården i Halmstad. Ville man ha en psykolog som var över 60 år? Var jag tillräckligt uppdaterad på kunskapsområdet? Var jag beredd att gnuggas mot den organisatoriska form som jag valt bort för 10 år sedan?

I augusti 2011 tackade jag ja till en 50% tjänst riktad till barnavårdscentraler tillhörande två vårdcentraler i Halmstad kommun. Jag var ytterst tacksam. Inte minst då jag också förstod att jag på sikt skulle kunna avsluta min yrkeskarriär inom ett arbetsfält där jag kände stort engagemang och där det också fanns respekt för mitt yrkeskunnande, mina bedömningar och prioriteringar i det förebyggande arbetet. Att jag fick 15 % löneökning blev också en bekräftelse på det senare.

Primärvården, nu kallad Närsjukvården, hade under dessa 10 år gjort olika förändringar för psykologerna vid vårdcentralerna i Halmstad, Hylte, Laholm. Psykologresurser hade tillkommit för att motsvara riktlinjer och behovet av insatser för vuxna. På vissa vårdcentraler var det psykologtjänster som omfattade hela åldersspannet av patienter från nyfödd och till livets slut. Även inkluderat psykologinsatser till gravida. Ett brett kompetensområde och uppdrag som självklart ställde krav på stöd till psykologerna från arbetsledning vid behov av prioriteringar. På några vårdcentraler vidgade ledningen uppdraget för psykologen inom barnhälsovården till att också omfatta barn och ungdomar upp till 16 år efter överföring av patienter med ”lättare” problematik från BUP. För min del blev målgruppen som det egentliga uppdraget som barnhälsovården har dvs. 0-6 år. Mödrahälsovården i södra Halland inrättade en egen psykologtjänst som skulle vara resurs till blivande föräldrar. I norra Halland blev psykologerna inom Närsjukvården organiserade under Hälsa och Rehab tillsammans med andra paramedicinska yrkeskategorier. Under perioden hade också det fria vårdvalet införts i Halland och många privata vårdcentraler med barnavårdscentral och egen eller kontrakterad psykolog hade tillkommit.

Det övergripande metodiska ansvaret för barnhälsovården i Halland finns numera i Barnhälsovårdsenheten med en barnhälsovårdsläkare, vårdutvecklare (barnsjuksköterska) och sekreterare. Ingen psykolog finns i enheten. Ej heller adjungerad. Detta till skillnad från andra regioner i landet där psykologerna har en självklar delaktighet i övergripande frågor. Direkt anade jag begränsade möjligheter att med psykologkollegor i vardagsarbetet dela frågor och ha utbyte. En handledningsgrupp fanns dock som jag direkt fick delta i och det blev oerhört stimule-

rande med handledaren Christopher Gibson. Efterhand fick vi psykologer på offentliga vårdcentraler träffas någon gång per termin för utbyte av erfarenheter och frågeställningar i vårt arbete. Tidigt bestämde jag mig dock för att ha måttliga ambitioner och krav på mig själv att driva organisationsfrågor. Det fanns många yngre krafter som var beredda.

## Fokus i det kliniska psykologarbetet vid Barnhälsovården

Jag grep mig an det kliniska arbetet på barnavårdscentralerna med nyväckt inspiration. Jag märkte att mina ”gamla” kunskaper och verktyg inte var så oslipade utan dög mycket väl. Min nu långa yrkeserfarenhet var en stor tillgång i konsultationsarbetet till BVC-personalen. Även till andra personalkategorier på vårdcentralen när behov uppstod kring barn och föräldraskap.

Mitt huvudfokus i arbetet förutom konsultation blev det direkt klientcenterade med föräldrasamtal inkl. rådgivning, stöd, behandling inom ramen för uppdraget i Barnhälsovården, liksom barnbedömningar medelst utredningar, lekobservationer och samspelobservation av relationen barn/förälder med interventioner. Direkt fick jag också uppdraget att införa EPDS-screening för att identifiera nyblivna mammor med depressionssymtom, vilket ännu inte gjorts på dessa barnavårdscentraler. Detta kändes mycket tillfredsställande enligt min och professionens övertygelse och enligt nationella riktlinjer. Gensvaret och intresset från sjuksköterskorna var stort efter introduktion av metoden, regelbunden handledning och konsultation samt möjlighet till direkt erbjudande om psykoterapeutiska samtal hos mig när behovet var tydligt. Flera uttryckte det som en kvalitetshöjning av arbetet att få utveckla sin kunskap och sitt bemötande av nyblivna mammors psykiska reaktioner. Att försäkra att vårdkedjan höll med läkarkonsultation/ medicinsk behandling vid behov var en viktig del i upplägget. Jag betonade värdet av att ha regelbundna BVC-team med sjuksköterska, läkare och psykolog för arbetsplanering och konsultation. Min ambition var att ge tyngd och respekt i vårt uppdrag på barnhälsovården såväl inom arbetslaget som på vårdcentralen.

En viktig del i mitt arbete med barn och barnfamiljer var också den nära samverkan med vårdgrannar som barnhabilitering, barnpsykiatri, logopedmottagning, barnmedicin samt barn-och ungdomsförvaltning, socialförvaltning, polis m.fl. Både i det individuella fallet som i övergripande frågor. Jag anser att psykologer inom barnhälsovården är viktiga ambassadörer och ”dörröppnare” för att se barnets perspektiv, behov och rättigheter gentemot andra aktörer.



## Reflektioner över avskedet till mitt yrkesliv som psykolog

1 december 2013 gick jag i pension vid 65 års ålder. Ett beslut jag hade övervägt under ett års tid. Önskemål från arbetsledningen och arbetskamrater var att jag skulle fortsätta, vilket självklart var smickrande. Visst kände jag stor tillfredsställelse och meningsfullhet i det direkta arbetet med barn och föräldrar.

Samarbetet med BVC-personalen var givande på många sätt. Dock var jag mig nöjd med och ibland irriterad över ständiga organisatoriska förändringar som enligt min mening baserades på alltför kortsiktiga beslut hos politiker och arbetsledning.

Jag kände mig tillfredsställd med mitt yrkesliv som psykolog efter 41 år och mycket tacksam över att kunna få avsluta det inom ett område som så tydligt tagit till vara min kompetens och mitt engagemang. Tidiga psykologiska insatser till det nyfödda barnet och dess föräldrar under småbarnsåren utifrån bl.a. anknytningspsykologisk teori ger god effekt på den psykiska hälsan över tid enligt min övertygelse. Kunskapsbaserad, klok och generös resursfördelning tidigt i livet i ett folkhälsoperspektiv är ”lönsamt” för såväl individ som familj och samhälle. Som pensionär fortsätter jag att engagera mig i frågor som rör professionen, med den frihet det nu innebär, genom Seniorpsykologerna, tidigare kollegor, litteratur, tidskrifter, samhällsdebatt. Som volontär är jag sagoläsare inom förskolan i projektet ”Allas barnbarn” samt även flyktingguide för en barnfamilj från Syrien. Jag får fortsätta att möta barns glädje och spontanitet.

Slutligen vill jag på ett personligt plan uttrycka stor tacksamhet för att möjligheten gavs för mig – som för många andra barn tillhörande arbetarklass födda på 40-talet och senare – att tillgången till fri utbildning för alla blev ett politiskt motto. Jag fick och tog tillvara detta för att utbilda mig till psykolog och jag är tacksam för att jag fick möjligheten att utveckla mig i ett yrke som jag tror har stämt väl med mina personliga egenskaper och grundvärderingar.

Halmstad 20 januari 2015

Karin Sidén

leg. psykolog.

## Personregister

Allwood Inga, 13	Kjellmer Ingemar, 19
Andersson Kerstin, 11	Lagercrantz Elisabeth, 26
Antonsson Emma, 11	Larsson Knut, 8
Bengtsson Margot, 42	Lilja Harriet, 17, 20, 26
Brazelthon Berry, 35	Lind John, 25
Budal Lisbeth, 51	Lindstam Ragna, 15, 17
Caplan Gerald, 17, 25	Lundén Greta, 19
Curman Hans, 15	Lundh Wendela, 25
Dahlström Edmund, 8	Lundqvist Gun-Marie, 29
Doron Giora, 26	Magne Olof, 6
Dvoretzky Sigurd, 7	Nilsson Alf, 43, 44, 45
Edström Gun, 26	Nyberg Kerstin, 17
Elmgren John, 8	Olofgörs Barbro, 11
Emde Robert, 25	Olsson Gertud, 11
Fröbärj Gösta, 8	Regnér Elis, 9, 10
Gottfarb Lillian, 16, 18	Risholm Mothander Pia, 51
Guettler Klas, 11	Rydén Birgitta, 48
Göransson Birgitta, 40	Segelberg Ivar, 7
Holm Ingrid, 29	Seitz Gudrun, 11, 12
Holm Ulla M, 42	Sjöström Ulla, 11
Härnqvist Kjell, 22	Steg Birgitta, 9
Karlberg, 16	Stukat Karl-Gustaf, 6
Karlberg Petter, 15	Sundelin Claes, 33
Kempe Henric, 33	Sundström-Feigenberg Kajsa, 25
Kempe Ruth, 33	Söderling Bertil, 10
Kernberg Otto, 35	Waldenström Ulla, 38
Killén Heap Kari, 33	Wermlund Sven, 7
	Wickberg Birgitta, 38

## Förkortningar

BHV	Barnhälsovården
BUP	Barn- och Ungdomspsykiatri
BHV	Barnhälsovården
BVC	Barnvårdscentral
CAT	Children Apperception Test
DMT	Defense Mechanism Test
Ds	Departementsserien
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Fil. Kand.	Filosofie kandidat
LVU	Lagen om vård av unga
MHV	Mödrahälsovården
MVC	Mödravårdscentral
NEPSY	Neuropsykologiskt test för barn
PBU	Psykiatriska Barn- och Ungdomsvården
PORT	Perceptgenetiskt test
PSOG	Psychosomatic Obstetrics and Gyneacologi
TAT	Thematic Apperception Test
P-uppsats	Uppsats inom PEG-utbildningen

PEG	Psykologutbildning efter grundutbildning
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar
UHÄ	Universitets och högskoleämbetet
WAIMH	World Association for Infant Mental Health