Vem är jag och vad gör jag?

Tankar om den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen och identiteten

Stockholm, febr. 2002

Björn Wrangsjö

med bidrag av Christer Olsfelt

Innehåll

Inledning sid. 3

Sammanställning av samtal om yrkesrollen mellan huvud-
handledare för ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri sid. 4

Formuleringar kring barn- och ungdomspsykiatrisk
yrkesroll och identitet sid. 6

Att arbeta i team sid. 9

Barn- och ungdomspsykiaterns professionella livscykel sid. 9
- Att bli barn- och ungdomspsykiater
- Att vara barn- och ungdomspsykiater
- Att ha varit barn och ungdomspsykiater

Yrkesutveckling sedd i ljuset av Eriksons epigenetiska teori sid. 12
- Att känna tillit
- Att våga vilja
- Att ta initiativ
- Att duga i arbetet
- Att känna sig som barn- och ungdomspsykiater
- Intimitet i yrkesrollen
- Att vägleda den yngre generationen
- Att se tillbaka

Det professionella självets utveckling sid. 15
- Lekmannastadiet
- Nybörjarstadiet
- Imitationsstadiet
- Det villkorlig autonoma stadiet
- Utforskningsstadiet
- Integrationsstadiet
- Individuationsstadiet
- Integritetsstadiet
- Utvecklingslinjer

Risken för stagnation sid. 20

Reflexioner inför framtiden sid. 21

Litteratur sid. 23

Utvecklingsöversikt enl Skovholt & Rönnestad sid. 24

Inledning

Barns, ungdomars och föräldrars lidande och tillkortakommanden utvecklas inom ramen för deras samhälleliga och kulturella sammanhang och värdesystem. Varje samhälle och kultur har utvecklat former för hjälp och bistånd. I kulturer präglade av enkel teknologi hanteras problemen övervägande inom familjens nätverk. I den västerländska kulturen finns instanser utöver nätverken och lidanden och tillkortakommanden är där en angelägenhet för såväl socialiseringsinstitutionerna, t ex förskola och skola, som för sociala och medicinska hjälpinstanser. I många industrialiserade länder är den medicinskt organiserade verksamheten avgränsad som en självständig specialitet; barn- och ungdomspsykiatri. Den skiljer sig från de flesta medicinska specialiteter dels genom att dess referensram spänner över ovanligt många kunskapsområden, dels genom att andelen paramedicinsk personal, framför allt inom öppenvården, är osedvanligt hög. Verksamheten bedrivs som teamarbete och karaktäriseras av ett nära samarbete mellan såväl teamets medlemmar som med relevanta "vård-grannar". Såväl diagnostik som åtgärder och behandling kräver sammanvägning mellan dynamiska faktorer på biologiska, individualpsykologiska, interaktionella och sociala nivåer. Komplexiteten bidrar till att det kan ta lång tid att som professionell tillägna sig den barn- och ungdomspsykiatriska konstarten. Å andra sidan skapar den komplexa referensramen och de engagerande mötena med barn, ungdomar och föräldrar särskilda förutsättningar för en djupt gående såväl professionell som personlig utveckling. Specialiteten, med dess komplexa väv av förståelsemodeller och individuella personliga möten med människor, ger förutsättningar för en differentierad mångfacetterad yrkesidentitet. Att känna sig fullödigt tagen i anspråk och få möjligheter att utvecklas inom denna specialitet kan innebära formandet av en sällsynt rik livsgärning, präglad av en upplevelse av helhet och sammanhang.

Barn- och ungdomspsykiaterns yrkesroll kan granskas och beskrivas som bestående av ett antal funktioner eller kompetenser. Den kan, som i ST-läkarnas målbeskrivning, brytas ner till områden på vilka den barn- och ungdoms-psykiatriska specialisten ska ha goda kunskaper och diagnostiska färdigheter, ha god kännedom och erfarenhet av, respektive vara orienterad om.

Den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesidentiteten är delvis någonting annat än yrkesrollen. Rollen är föränderlig och identiteten mer stabil. Yrkesidentiteten bygger på, att man har tagit till sig rollen på djupet och att den har legerats med centrala delar av ens självbilden. Den har en ontologisk förankring, det vill säga, den når också det personliga varat. Jag inte bara fungerar, eller arbetar, som barn- och ungdomspsykiater. Jag upplever mig ***vara*** barn- och ungdomspsykiater. Jag känner mig som en sådan, känner en tillhörighet till gruppen av barn- och ungdomspsykiatrer samt känner mig uppskattad av äldre kollegor.

Framställningen nedan ska beröra både yrkesrollen och identiteten. En tydlig roll underlättar för identitetsutvecklingen. En funktion i rollen utan åtminstone på längre sikt, en barn- och ungdomspsykiatrisk identitet, riskerar att kunna bli ytlig och utarmande. Det kan sammanhänga med att yrkesrollen ställer speciella krav på mellanmänskliga relationskunskaper i vilka professionell kompetens och förmåga till genuin personlig närvaro flätas samman på ett sätt som inte är så tydlig i traditionell medicinsk verksamhet. Att söka hjälp inom en psykiatrisk specialitet utsätter vanligen den sökandes självkänsla för särskilda påfrestningar. Det kan ställa större krav på kvaliteten i bemötandet för patienten/familjen att känna sig förstådd, respekterad och kunnigt bemött.

Det är angeläget att påpeka att även om framställningen kommer att fokuseras på den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten som legerad med en läkaridentitet, så är den självklara utgångspunkten att barn- och ungdomspsykiatri, såväl ur teoretisk som ur praktisk synpunkt är frukten av ett samarbete mellan professionella representanter för flera olika kunskapsfält.

Det avspeglas bland annat i att det inte är självklart att det är de äldre läkarkollegorna som är de yngre läkarnas huvudsakliga yrkesmässiga identifikationsobjekt. Ibland kan det vara andra personalkategorier som till den unga läkaren förmedlar lusten, engagemanget och sammanvägningen av den komplexa kunskapen inom disciplinen.

Sammanställning av samtal om yrkesrollen mellan huvudhandledare för ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri

Vilka roller och kompetenser delar man inom teamet, vilka är specifika för läkaren?

Vissa funktioner är gemensamma för medlemmarna i teamet

De bör vara företrädda inom varje teammedlem och ska kunna manifesteras oberoende av grundutbildning

Relationer måste skapas och vidmakthållas inom teamet, ett gott arbetsklimat måste vårdas. Alla behöver delta i detta, men ansvaret, formellt eller informellt faller ofta på särskilt lämpade teammedlemmar.

Teamet behöver ***utredande och behandlande kompetens***, t.ex. vad gäller psykologiska behandlingsmetoder, psykoterapeutisk och pedagogisk metodik. När

det gäller psykoterapi kan alla teammedlemmar oavsett grundutbildning skaffa sig erforderlig kompetens. På den enskilda arbetsplatsen gäller det att ett spektrum av behandlarkompetens finns företrädd.

Samarbete med vårdgrannar måste kunna bedrivas av varje teammedlem även om grundutbildningen naturligtvis i viss mån styr mot vilka samarbetspartners som kontaktytorna etableras.

Barn och ungdomspsykiater, liksom varje teammedlem måste behärska ***det personliga mötet*** med barn, ungdomar och föräldrar och genomför det på ett värdigt och respektfullt sätt, kunna vara mentalt närvarande och leda ett samtal på ett ändamålsenligt sätt.

Kunskap om ***tillämpliga lagar***, kunskap om och känsla för ***sekretess***, liksom förmåga att hantera ***mediakontakter*** är centrala i arbetet för varje teammedlem.

Barn- och ungdomspsykiater, liksom övriga teammedlemmar behöver kunna ***informera*** och ge ***konsultationer*** utanför specialiteten, till såväl vårdgrannar som allmänhet och kunna inom ramen för reguljär ***undervisning***, ***utbildning*** och ***föredragsverksamhet*** presentera och levandegöra barn- och ungdomspsykiatrisk kunskap och kompetens.

Teamets medlemmar, så även barn- och ungdomspsykiatern har en uppgift att bevaka ***etiska frågeställningar*** och integritetsproblem vad gäller sina patienter och deras situation i samhället.

Vissa funktioner är yrkesspecifika

Barn- och ungdomspsykiatern har ansvar för bedömning/utredning av ***kroppsligt/biologiska funktioner***, står för ***konsultationer*** till den somatiska sektorn och har ett ***medicinskt ansvar***. Det senare låter självklart, men är i praktiken inte alltid lätt att definiera och skilja från ett mer allmänt behandlingsansvar.

Detsamma kan sägas om ***medicineringsfrågor***, där läkaren alltid är ansvarig och "håller i pennan", även om beslutsprocessen bakom en förskrivning kan involvera många parter.

Beslut om ***sluten vård*** kan bara fattas av läkare. Andra parter, såväl teammedlemmar som vårdgrannar är dock ofta inkopplade.

På ett mer informellt plan tycks läkaransvaret inom teamet variera. En barn- och ungdomspsykiater vars uppfattning kanske inte alltid tillmäts så stor tyngd inom teamets falldiskussioner, kan i speciella lägen tillmätas avgörande innebörd. Läkaren får inte sällan ***rycka in*** då beslut ska fattas om handläggning under tidspress av en suicidnära akut sökande patienter. I ångestladdade situationer betonas inte sällan läkarens ansvar, utan balanserande hänsyn till vederbörandes kliniska erfarenhet.

Barn- och ungdomspsykiaterns tjänstgöring kännetecknas av vissa specifika drag. I öppen vård är vederbörande inte sällan ***ensam i sin kategori*** och har ingen kollega att råda med i vardagen. Specialistutbildningen kräver under de minst fem år som den pågår att den unga läkaren ***flyttar runt*** mellan olika placeringar med alla de svårigheter som det innebär vad gäller att få en fast etablerad plats som medlem av ett team.

Övergången i början av specialistutbildningstiden, från att inom somatiken ha varit en betrodd kollega med varierande, men inte sällan avsevärd erfarenhet av att möta människor i svåra livssituationer, till att bli betraktad som "***specialpraktikant***" med avsevärt lägre grad av förtroende att arbeta självständigt, kan kännas frustrerande och förvirrande. Den somatiskt orienterade läkarrollen som etablerats under kandidat- och AT-tjänstgöringstiden har ibland en besvärande brist på passform med den läkarroll som en ung läkare kan förväntas axla inom barn- och ungdomspsykiatrin

Emotionella dimensioner

Yrket som barn- och ungdomspsykiater innebär att bli delaktig i barns, ungdomars och föräldrars emotionellt laddade dilemman och lidanden. Detta delas givetvis med alla som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det medicinska ansvaret som övergripande, innebär dock inte sällan att läkaren blir "slutstation" för svårhanterlig ångest och oro som fortplantas från patienter/familjer/ vårdgrannar till teamet. Våld, hot om våld, självdestruktivitet och psykosfrågeställning som implicerar ställningstagande till tvångsåtgärder, är vanligen ångestväckande och involverar läkaren som den som ska ta slutgiltigt ansvar för bedömning och åtgärd. Detta kan ställa barn- och ungdomspsykiaterns ***ångesttolerans*** på stora prov.

Liksom övriga teammedlemmar måste barn och ungdomspsykiatern kunna härbärgera ovisshet, vrede, skräck, frustration, sorg och andra starka känslor som aktiveras i laddade möten.

Arbetet möjliggör dock även ***djup tillfredsställelse*** av att vara tagen i anspråk för meningsfulla insatser för människor i svårigheter, upplevelser av *lycka och glädje*. i kontakt med andra.

Huvudhandledarna var i sin diskussion ense om att barn- och ungdomspsykiaterns utveckling gynnas av ***balans*** mellan yrket och privatliv, en stabil familjeförankring, meningsfull fritid beträffande intressen beträffande natur och kultur. De betonade också att ***genusperspektivet*** är synnerligen relevant och att kvinnliga barn- och ungdomspsykiater är mer utsatta än manliga. Komplexiteten i den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen hänfördes till de ovan nämnda faktorerna, men även till barn- och ungdomspsykiatrins ***mångfacetterade historiska framväxt*** med rötter inom såväl medicin/pediatrik, social barna- och ungdomsvård som läkepedagogik. De ställde sig frågan om barn- och ungdomspsykiatern, mer än andra yrkeskategorier, känner ett ***övergripande ansvar för att hela den biologiska, psykologiska och sociala referensramen*** vägs samman i de enskilda fallen?

Formuleringar kring barn- och ungdomspsykiatrisk yrkesroll och identitet

Barn- och ungdomspsykiatrin är organisatoriskt inlemmad i sjukvården och

därmed definitionsmässigt ytterst en medicinsk verksamhet. Det måste innebära att barn- och ungdomspsykiatern har en central ställning och att varje barn- och ungdomspsykiater måste skolas in i att kunna ta ett övergripande ansvar.
Barn- och ungdomspsykiatern har en sida vänd utåt mot övriga kollegor inom sjukvården, speciellt inom psykiatri och pediatrik och en sida vänd inåt mot teamet.

Den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen är synnerligen komplex. Barn- och ungdomspsykiatern ska överblicka ett flertal domäner med dess åtföljande kunskaps-, och metodaspekter: det biologiskt/medicinska, det psykologiska och det samhälleligt/sociala. De ska göra det tillsammans med medarbetare i teamet som i enskilda stycken har avsevärt mycket mer metod- och teorikännedom.

Barn- och ungdomspsykiatern är ansvarig för att dessa aspekter vägs samman. Det betyder inte att han eller hon alltid personligen måste göra det arbetet i teamet, kanske någon annan kan göra det bättre. Men det är barn- och ungdomspsykiatern som bär det yttersta ansvaret i de frågeställningar som diagnostiskt och behandlingsmässigt är mest maktpåliggande, till exempel de som berör patientens mentala tillräknelighet och farlighet för sig själv och andra.

Den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen innehåller ett stort antal facetter och kompetenser som i stor utsträckning överlappar övriga teammedlemmar kompetenser. Det betyder bland annat att yrkesrollen i praktiken formas i samspel inom det enskilda teamet i varje fas av dess arbete. Kompetensen hos övriga medlemmar i teamet i relation till arbetsuppgifterna kommer att starkt influera vilka sidor av den barn- och ungdomspsykiatriska rollen som är funktionella och kommer att aktiveras i ett teamsamarbete. När teamets sammansättning eller arbetsuppgifter ändras, påverkas förutsättningarna för rollen, som då kan behöva omformuleras.

Teamarbetet kan liknas vid en laginsats där lagarbetet utförs enligt olika inte sällan underförstådda antaganden och regler. I ett team kan samtliga spelare ha fast definierade roller och ha ansvar för en väl avgränsad del av spelplanen. I andra team spelar man efter principen att var och en ska kunna spela på så många platser som möjligt. I vissa lag förväntas varje spelare lösa den uppkomna situationen efter eget huvud, i andra lag dirigeras spelet centralt. Spelet formas efter lagledningens ideologi och efter vilka spelare som finns att tillgå i laget.

De facetter av yrkesrollen som tycks invarianta i all barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet förefaller vara så relativt begränsade att de inte räcker som plattform för en komplett yrkesroll. Den räcker så att säga bara till för att barn- och ungdomspsykiatern ska kunna ställa ner ett ben stadigt - på den medicinska/farmakologiska plattformer. Naturligtvis finns subspecialisering som ger en tillräcklig plattform av detta slag men det gäller inte för barn- och ungdomspsykiatern i allmänhet.

För att stå stadigt måste barn- och ungdomspsykiatern kunna ställa ner också det andra benet. Problemet med detta är att plattformen för detta ben kan variera just utifrån teamets sammansättning och uppgifter.

Rollen tycks alltså i praktiken på den enskilda arbetsplatsen bestå dels av en fast dels av en rörlig del och den rörliga delen tycks variera från arbetsplats till

arbetsplats. Den rörliga delen kan bestå av ett teamledarskap, en terapeutroll, forskning, subspecialisering, administration mm. Barnpsykiatern kan således inte räkna med en entydig plats i laget, till exempel att alltid vara placerad för att spela center, utan rollen kan växla beroende på teammedlemmarnas samlade kompetens och teamets uppgifter.

Att yrkesrollen tycks bestå av så många facetter varav de konstanta och invarianta är så begränsade om än viktiga, innebär problem när man ska beskriva "hurdan är den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen och vad består den i"

Detta innebär också problem för formandet av yrkesidentiteten som helst ska ha en väl definierad roll med tillräckligt många konstanta facetter i för att stödja identitetsutvecklingen. Barn- och ungdomspsykiaterns fråga "vem är jag som yrkesperson" kan ibland generera samma förvirrade svar som när en skådespelare som spelat ett otal karaktärsroller tillfrågas om "vem är du egentligen"

Den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten måste, som alla identiteter, dels vara förankrad inom individen, men också bekräftad, av auktoriteter. Identiteten stärks av en tydlig rolldefinition om vilken konsensus råder i kåren. Identiteten är en professionell sådan, knuten till yrkesutövning med delegerat ansvar och legitimation. Den stärks därför av en tydlig definition av yrkesrollen och samhälleligt mandat i form av klara avgränsningar av makt och ansvar, formulerat av den legitimerande myndigheten. Om oenighet råder om yrkesrollen inom kåren och det samhälleliga mandatet är oklart, försvårar detta utvecklingen och upprätthållandet av yrkesidentiteten

Den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten kan inte ses fristående från läkarrollen i ett historiskt perspektiv. Läkaren har av hävd anförtrotts frågor som berör existensens kärna - liv och död. Detta har gett yrkesvalet en särskild existentiell tyngd och djupdimension. Den ställer särskilda krav på ansvarstagande i yrkesrollen. Det är kanske den historiska bakgrunden och yrkesrollens djuppsykologiska förankring som bland annat gör att just läkaren, i viss mån oavsett klinisk erfarenhet, tenderar att få de mest ångestväckande besluten angående patienter "på sitt bord".

Det tycks som om den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten utvecklas bäst under fasta förhållanden under en längre tids arbete i ett team, där rollerna i teamet kan få utveckla sig och kan viss kontinuitet över tid. Den kan då å andra sidan få en begränsning som kan medföra en osäkerhet i en annan barn- och ungdomspsykiatrisk arbetssituation som innebär andra uppgifter såväl som en annan roll i ett teamsamarbete.

Arbetet med barns och ungdomars problem och lidande är dock definierad och organiserad som en medicinsk angelägenhet även om många skiftande synsätt och arbetsmetoder ska rymmas inom den medicinska ramen. Det innebär att av organisatoriska skäl och utifrån det ansvar som definieras för varje speciell roll inom organisationen, måste en barnpsykiater vara beredd att kunna ta ett övergripande ansvar. Varje barnpsykiater i överordnad ställning måste alltså vara kapabel att ta ett övergripande ansvar. Varje blivande specialist måste lära sig det. Men det betyder inte att läkaren i varje team och i varje situation har en roll i teamet där detta ansvar ska utövas. Det övergripande slutgiltiga ansvaret kan finnas högre upp i organisationen och det kan vara delegerat till andra teammedlemmar än läkaren.

Den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten tycks dock vara i takt med tiden då den stämmer med den postmodernistiska relativiteten och den föränderlighet som den implicerar. Identiteten måste tåla denna relativitet föränderlighet och ha en metakomponent av typen “Min identitet är att vara i förändring, jag är en som kan ta många olika roller efter behov“

Att arbeta i team

Såväl behandlingsarbete som att arbeta i ett lag kräver social kompetens. Social kompetens är dock inte en enhetlig psykologisk funktion. Att besitta nödvändig social kompetens i en behandlingskontakt innebär inte automatiskt att besitta den i relation till medarbetare och överordnade. Det tycks som om olika facetter av det professionella självet aktiveras i dessa olika relationer: till den som är beroende, till den man själv är beroende av och till gelikar. Man kan mycket väl vara en bra behandlare och samtidigt upplevas som problematisk att samarbeta med i om teamet. Teammedlemmar tycks inte sällan underskatta varandras sårbarhet och inte sällan är frustration i relation till teammedlemmar och överordnade ett avsevärt större problem än belastningen från klienterna. Den förmåga att uthärda kritik, ifrågasättande och brist på uppskattning som behandlaren kan visa i förhållande till klienter finns inte alls självklart i förhållande till överordnade eller arbetskamrater (Wrangsjö 1995).

Samtidigt har arbetsklimatet inom teamet avgörande betydelse för arbetstillfredsställelsen.

Hallerfors (2000) visar i en studie av tio erfarna terapeuter inom barn- och ungdomspsykiatrin att förutsättningarna för ett gott yrkesliv i stor utsträckning var knutna till den skapande och utvecklande processen i arbetsgruppen. Arbetsgruppen står för social gemenskap, trygghet i arbetet, stöd och intellektuell stimulans.

Barn- och ungdomspsykiaterns professionella livscykel

Barn- och ungdomspsykiaterns livscykel som professionell kan indelas i tre faser:

- Att bli barn- och ungdomspsykiater
- Att vara barn och ungdomspsykiater

- Att ha varit barn och ungdomspsykiater

Dessa tre perioder kommer att beskrivas närmare dels utifrån den professionella, sociala aspekten och den personliga nätverksaspekten

Att bli barn- och ungdomspsykiater

Den blivande barn- och ungdomspsykiatern kommer först i kontakt med disciplinen under sin tid som kandidat, framför allt i samband med kursen i pediatrik. Uppfattningen om disciplinen betingas dels av de direkta erfarenheterna av barn- och ungdomspsykiatriskt arbete som naturligtvis kan bli ringa, dels av mötet med företrädare för barn- och ungdomspsykiatrin samt slutligen av de somatiska kollegornas attityd till specialiteten. Kursen utgör den enda obligatoriska kontakten med specialiteten.

Kandidaten är i färd med att orientera sig i de medicinska specialiteternas värld med dess potential som framtida specialistval. Ur social synpunkt är många samboende eller gifta, de flesta har inte barn och om de har det är barnen vanligen små. Vanligen är ekonomin knapp om man övervägande lever på studielån

Nästa kontaktpunkt är AT-tjänstgöringen där en del av tjänstgöringen inom psykiatrin kan förläggas till barn- och ungdomspsykiatrin. Här kan ett val träffas. Möjligheterna att välja kan bero på tjänstgöringssituationen inom psykiatrin. Oftast handlar det väl om positiva val utifrån ett särskilt intresse, men kanske några väljer därför att arbetet inom barn- och ungdomspsykiatrin ter sig mindre krävande än inom psykiatrin. Erfarenheterna leder till att intresset för specialiteten växer eller avtar. Ett antal av dessa unga doktorer har redan bildat familj och fått börja känna på den intensiva tidsknappheten som råder för dubbelarbetande småbarnsföräldrar med aktiva fritidsintressen. De kan i varierande utsträckning beroende om de studerar på hemorten eller ej, få stöd från sina egna föräldrar. Den ekonomiska situationen varierar påtagligt.

Nästa möjlighet är att vikariera inom specialiteten som färdig läkare. Även här kan det handla om att välja efter intresse eller utifrån tjänstgöringsförhållanden - möjligheter till deltid, jourbelastning mm, som kan vara viktigt för småbarns-familjer. Erfarenheterna från patientarbetet, teamarbetet, kontakten med äldre kollegor, vägda mot tjänstgöringsförhållandena och intresset för andra specialiteter och tjänstgöringsförhållanden inom dessa bereder vägen för nästa steg.

ST tjänstgöringen avspeglar ett val att utbilda sig till barn- och ungdomspsykiatrisk specialist. Vägen dit kan gå över de tidigare beskrivna stegen eller gå över en annan specialitet, t.ex. allmän psykiatri eller pediatrik och sålunda sikta mot dubbelspecialisering. ST-tjänstgöringen medger en djupkontakt med specialiteten dess arbetsområde och arbetsförhållanden. Ibland kan som nämnts övergången från en mer hierarkiskt till en horisontellt orienterad läkarroll var problematisk. Den senare innebär mer krav på samarbete på jämbördig nivå och möjliggör ett större mått av stöd. Troligen är det först en bit in i ST-läkartjänstgöringen som en yrkesidentitet börjar formas på allvar för de flesta.

“Passar jag verkligen för detta arbete?“ - “Verkar andra vars omdöme jag värderar tycka att jag gör det?“ - “Vill jag bli lik några eller någon av mina äldre kollegor?“ - “Finns det någon jag ser upp till?“

Under ST-tjänstgöringen kan också subspecialiseringsintressen börja konsolideras - “jag tycks vara mer intresserad av vissa saker än andra“ eller “jag tycks vara bättre på att arbeta med vissa uppgifter än andra“. Den sociala situationen under ST- liksom vikariatstiden präglas i allt högre grad av familjebildning med barn och dubbelarbetsproblematiken vilket kan vara slitsamt. Ekonomin varierar med den andra partens inkomster och arbetstiden: heltid eller deltid.

Härtill kan komma frågor om var man ska bosätta sig, kanske det äldsta barnet närmar sig skolålder, vilket kan ställa frågor om ett mer permanent boende på sin spets.

Redan tidigt under utbildningen börjar den unga läkaren ofta att tillämpa kunskaper av psykiatrisk och psykologisk natur på sig själv, sin ursprungsfamilj och inte minst på sina barn. Det är naturligt att fundera över vad familjesituationen med frånvaro från barnen, stress, eventuella slitningar inom paret kan ha för inverkan på barnens utveckling. Frågan om balans mellan yrkesliv och familjeliv kan bli brännande. Det gäller inte minst för kvinnliga kollegor som nästan alltid får bära en större börda än sina manliga vad gäller dubbelarbetet.

Att vara barn- och ungdomspsykiater

Denna fas inleds i och med förvärvad specialistkompetens. Vägen dit kan ha varit mer eller mindre lång. Tidigast kan specialiteten nås vid ca dryga 30 års ålder, men 35-40 verkar vara vanligare. Att vara specialist sammanfaller vanligen med att ha tjänst i överordnad ställning vilket medför andra befogenheter och ett annat ansvar. Vissa ST-läkare längtar till specialistkompetensen, andra bävar för den dagen. Rollen i teamen blir annorlunda, förväntningarna högre. Positionen som specialist innebär för många också att vidareutbildningssituationen förändras radikalt jämfört med i ST-läkarpositionen, i riktning mot mer arbete och mindre utbildning. Detta kan återigen upplevas olika. Vissa är utbildningströtta och tycker det känns bra att få ägna sig åt kliniskt arbete och vara betrodda som självständigt kompetenta medarbetare, andra saknar den stimulans och kunskapspåfyllnad som utbildning ger.

Ofta faller det sig naturligt att fortsätta inom den klinik där utbildningen ägt rum. Ibland kanske det inte finns plats eller det finns andra skäl för att flytta. Då kommer frågan om val av ny arbetsplats och kanske val av subspecialitet och framtida utvecklingsmöjligheter. Denna fas i den professionella livscykeln kan vara 25-35 år. Det innebär att en mängd händelser i familj och nätverk kommer att inträffa. Barnen kommer att växa upp, välja studieinriktning, lämna hemmet, bilda par och familj vilket innebär barnbarn. De egna föräldrarna kommer att åldras, behöva assistans och kanske avlida under denna period. I ljuset av hur det har gått för de egna barnen kommer det också att finnas anledning till reflektion vad gäller tidigare val av balans mellan tid och energi för familjen respektive yrket.

Facetterna i yrkesrollen differentieras under hand. Två huvudsakliga riktningar kan skönjas vad gäller det kliniska vägvalet: vägen som subspecialist och vägen som generalist. Naturligtvis kan de växla under yrkeslivets gång. Andra facetter är administrativ fördjupning via chöl- och verksamhetschefskap, forskningskarriär eller klinisk lärar/handledarkarriär, t.ex. som huvudhandledare för ST-läkare.

Vad gäller den personliga och professionella utvecklingen finns igen två poler, den ena svarar mot kontinuerlig (eller språngvis) utveckling i linje med personliga behov och professionell stimulans och utmaning. Den andra linjen leder till stagnation, rigiditet. Man kan också numera skönja en tredje, den som leder till utbrändhet, vilket inte behöver vara liktydigt med stagnation. Vid utbrändhet kan fortfarande ett utvecklingsintresse finnas, men tillgång till den nödvändiga energin saknas. Utbrändhet som begrepp kan problematiseras: man kan också tala om kombinationer av utmattning, vanmakt, desillusionering och depression.

Specialistfasen avslutas med perioden före pensioneringen. När denna inträffar har kommit att variera och kommer antagligen att variera än mer i framtiden då tendensen att göra ett förtida pensionsuttag tycks vara i ökande. För närvarande infaller pensioneringen någon gång mellan 60 och 65, med möjligheter att kunna få något förlängt förordnande.

Att ha varit barn- och ungdomspsykiater

Hur denna period gestaltar sig beror på situationen i familjen och nätverket, på inställningen till specialiteten vid pensioneringen och den mentala och fysiska vitaliteten. För vissa kan det innebära en efterlängtad möjlighet att förverkliga personliga intressen eller att mer informellt kunna fördjupa sig i aspekter av professionen som det inte tidigare funnits utrymme för. Vissa finner en roll som nestor och plattformar att även fortsättningsvis ställa sin kompetens till förfogande inom specialiteten. Vanligen är föräldrarna avlidna, eventuellt också partnern. Den pensionerade barn- och ungdomspsykiatern kan utifrån sina yrkeserfarenheter och möten med människor, ha en mycket konstruktiv position i sitt sociala nätverk. Vad tillbakablicken på yrkeslivet innebär avgörs av om karriären lett till språngvis fördjupning eller till stagnation.

Yrkesutvecklingen sedd i ljuset av Eriksons epigenetiska teori

Erik Homburger Erikson har formulerat en epigenetisk utvecklingsteori som sträcker sig över hela livscykeln. Utvecklingen i yrkesrollen skiljer sig givetvis på en rad punkter från den generella personliga utvecklingen. Men Erikson formulerar ett antal infallsvinklar på utveckling, inte minst kring identitetsbegreppet, vilket gör att det kan vara fruktbart att lägga hans matris som ett raster över utvecklingen i den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen. Detta raster kommer att tillämpas ganska fritt och punktvis och lämpar sig mer för att fastställa utvecklingslinjer än att markera distinkta utvecklingsfaser. De flesta aspekter, framför allt de sex första,

kan tillämpas dels när en blivande barn- och ungdomspsykiater gradvis etablerar sig inom specialiteten, men också varje gång en specialist med varierande erfarenhet kommer till en ny klinik eller ett nytt team.

Att känna tillit

Erikson betonar initialt utvecklingen av grundläggande tillit. Tilliten har många aspekter inom yrkesrollen och dess utveckling. Det handlar dels om att vara ny inom barn- och ungdomspsykiatrin och göra den första grundläggande utforskningen av klimatet inom specialiteten och relationerna inom en specifik arbetsplats. Det handlar också om att i vilken fas som helst i den professionella livscykeln, komma till en ny klinik eller ett nytt team.

Kan jag känna mig trygg inom specialiteten på arbetsplatsen, blir jag accepterad som person och som doktor i den roll jag kan ha som svarar min föreställning om min kompetens? Kan jag lita på stöd från arbetskamrater och överordnade om jag kommer i blåsväder? Kan jag ha tillit till den kunskap som betraktas som viktig, känns den solid och verklighetsförankrad? Är de arbetsmetoder som jag lärt mig pålitliga och uppskattade här. Framför allt: kan jag lita på mig själv i denna arbetssituation?

Även frågor om misstro är viktiga att ta ställning till. Är det accepterat att vara misstrogen, kan jag få ompröva och ifrågasätta det jag inte känner håller för mig eller måste jag ‘gapa och svälja’? Kan jag få stöd för att lita på min misstrogenhet när jag känner den?

Att våga vilja

Får jag manifestera min vilja på arbetsplatsen, i yrket, eller är det skambelagt att verkligen vilja, att inrikta sin energi och satsa helhjärtat i en riktning. Känner sig någon trampad på tårna. Kan konflikter mellan olika viljor lösas på konstruktiva sätt så att sakfrågan, inte viljande i sig kommer i fokus. Råder Jantelagen på arbetsplatsen eller kan jag i kraft av mitt viljande få vara någon, samtidigt som det finns plats för andra? Hur hanteras det när jag eller någon annan vill för mycket? När jag eller någon annan trampar över gränserna. Kan det hanteras skonsamt, kanske med eller uppskattning, eller leder det till genans och skamkänslor.

Att ta initiativ

Problem, utmaningar och uppgifter förlöser initiativ. Inte bara att vilja något i största allmänhet, utan att vilja något specifikt, komma med förslag till synsätt, interventioner, åtgärder kan väcka reaktioner. Hur upptas initiativ på arbetsplatsen och hur känns det att ta initiativ. Känns det välkommet även om förslaget i sig kanske inte visade sig vara alldeles välgrundat eller blev det slutgiltiga? Känns det som om mina aktiva förslag innebär att jag trampar någon på tårna så att jag blir skuldmedveten eller tappar lusten att anstränga mig att dela mina tankar och idéer?

Att duga i arbetet

Känner jag förtroende för de arbetssätt som tillämpas på arbetsplatsen. Har jag lust att lära mig dem. Går de att lära sig? Finns någon som delar med sig, någon som kan lära mig. Känner jag mig nöjd när jag kan tillämpa de arbetssätt eller sätt att tänka som är uppskattade på arbetsplatsen. Släpps jag fram och får syssla med uppgifter som är viktiga och uppskattade. Känner jag att jag successivt lär mig alltmer "vad arbetet går ut på". Får jag utrymme att utveckla min kompetens i yrket på ett sätt som svarar såväl mot mina egna som mot organisationens behov.

I vilken utsträckning och i vilka situationer känner jag mig misslyckad, att jag inte duger, att jag inte behärskar det grundläggande och väsentliga i yrket?

Att känna sig som barn- och ungdomspsykiater

Så till centrum i den subjektiva aspekten av den grundläggande professionella utvecklingen, identiteten. Känner jag mig som barn- och ungdomspsykiater. Känns det bra, rätt och "hemtamt" att se mig själv på det sättet? Känns det som ett naturligt och begripligt val när jag tänker tillbaka på min utbildningstid? Eller känns yrkesrollen lite obekväm eller undrar jag "hur hamnade jag här egentligen". Känner jag att detta är en parentes i min yrkeskarriär eller en sold plattform för fortsatt yrkesliv. Kan jag se mig själv som barn- och ungdomspsykiater i framtiden? Tycks äldre kollegor som jag respekterar betrakta mig som en accepterad och uppskattad kollega och är det en uppskattning som jag värderar. Ter sig mitt yrkesval naturligt när jag betraktar det i ljuset av min personliga historia? Känner jag mig vankelmodig och osäker och mer som en lite främmande fågel på arbetsplatsen även om jag i och för sig tycks göra ett bra arbete?

Intimitet i yrkesrollen

När jag känner mig rimligt säker i mitt arbete och tror på det jag gör, kommer djupdimensionen av mina relationer till mina arbetskamrater i fokus. Kan jag låta arbetstillfredsställelsen befruktas av nära relationer till dessa. Kan vi dela sorger och glädjeämnen i arbetet med tillgång till de personliga känslorna och samtidigt respektera de formella och informella gränserna för den intimiteten? Kan jag låta mig entusiasmeras och fyllas på energimässigt av denna närhet, eller blir jag något av en enstöring som håller mig för mig själv utan värme och spontanitet i relation till arbetskamraterna?

Att vägleda den yngre generationen

När jag passerat kulmen av mitt yrkesliv kan jag börja se tillbaka. Jag kan börja urskilja vissa konturer av min yrkesinsats. Yrket innebär till sin natur att bistå den yngre generationen i dess utveckling och tillfredsställelsen med detta kan öka med

åren. Lusten att vara till hjälp i utvecklingen för den yngre generationen kan också riktas mot yngre kollegor. Dessa utgör den yngre generation som ska ta över utvecklingen inom yrkesverksamheten. De ska förvalta arvet och utveckla det. Har jag har lust att dela med mig av mina erfarenheter till dem, inte bara för deras och patienterna skull, utan också för min egen? Eller känner jag att jag inte riktigt orkar engagerar mig? Att jag är ganska trött på verksamheten och inte orkar bry mig, att de yngre kollegornas arbetssituation och verksamhet är mig ganska likgiltig.

Att se tillbaka

Efter pensionen kan jag se tillbaka på mitt yrkesliv. Jag kan överblicka det. Så blev det, varken mer eller mindre, varken bättre eller sämre. Känner jag mig nöjd? Att jag uträttat något, att jag blivit rimligt tagen i anspråk att jag känner mig ganska mätt? Kan jag försona mig med att ha kunnat uträtta mer om jag vetat mer, att det senare tillkommit kunskap som jag inte kom i tillfälle att få tillämpa, att jag misslyckats i många fall och varit otillräcklig i andra. Att jag gjort val och kunnat gå andra vägar och fått försaka vissa sidor av min professionella utveckling? Kan jag acceptera och glädjas åt den plats yrkeslivet tagit i min tillvaro och försonas med de tillfällen jag kommit att försumma min familj. Kan jag glädjas åt den möjlighet till psykisk och själslig fördjupning som yrkeslivet möjliggjort och var tacksam utan åthävor? Eller känns det som om mitt yrkesliv helt eller delvis är förspillt, att jag valt fel och att jag grämer mig över tillfällen jag inte tog. Känns det som om mina tillkortakommanden plågar mig och överväger i bilden av min yrkesinsats.

Det professionella självets utveckling

Yrkesutövares liv kan studeras och beskrivas ur många synvinklar. De norska forskarna Skovholt och Rönnestad (1995) har undersökt utvecklingen av psykoterapeuters professionella själv i en långvarig, ingående och sofistikerad studie i vilken ingått enkäter till stora terapeutgrupper med olika lång yrkeserfarenhet, kompletterad med djupintervjuer. Alla barn- och ungdomspsykiater är inte psykoterapeuter, även om vissa är det. De flesta av dem som har sådan utbildning har dock förmodligen endast delvis också arbetat som psykoterapeuter. Skovholts och Rönnestads fynd kan därför inte direkt översättas till utveckling av barn- och ungdomspsykiaterns professionella själv. Det finns dock tillräckligt många likheter för att vissa av aspekterna ska kännas meningsfulla att pröva att tillämpa.

Barn- och ungdomspsykiater, liksom psykoterapeuter, möter människor med psykiska symtom och problem och försöker bistå dem i enlighet med vetenskap och

beprövad erfarenhet. Psykoterapeutens kontakter är ofta regelbundna och jämförelsevis långvariga. Barn- och ungdomspsykiaterns är vanligen korta men inte sällan intensiva. Under en yrkeskarriär har dock en barn- och ungdomspsykiater säkerligen också haft ett antal mer eller mindre regelbundna långtidskontakter i fall där stöd visat sig vara nödvändigt och fruktbart. Psykoterapeuten arbetar ofta i linje med en psykoterapeutisk metodik, medan barn- och ungdomspsykiatern inte sällan tillämpar kombinationer av insatser och åtgärder som bara undantagsvis kan kopplas till en enda väldefinierad metod. Barn- och ungdomspsykiaterns inskolning som ST-läkare är relativt extensiv jämfört med psykoterapeutens mer fokuserade och intensiva t.ex. under en legitimationsgrundande utbildning. Utifrån dessa likheter och skillnader mellan rollerna kan vissa paralleller i utvecklingen av de professionella själven antas föreligga.

Lekmannastadiet

Skovholt och Rönnestad menar att det före yrkesutvecklingen finns ett lekmannastadium. Personen i fråga har ingen formell utbildning, men är engagerad i att hjälpa människor att må bättre, kunna fatta beslut, förstå sig själva och förbättra sina relationer. Lekmannen utgår från sin egen livserfarenhet och kunskap och hjälparprocessen har en spontan och naturlig karaktär baserad på sunt förnuft. Även om blivande psykoterapeuter möjligen mer systematiskt kan ha en sådan bakgrund kan man tänka sig att också gäller för många blivande barn- och ungdomspsykiater. Poängen är att det är på basen av dessa naturliga hjälparegenskaper och erfarenheter som den professionella psykologisk/ medicinska kompetensen ska utvecklas.

Nybörjarstadiet

Under de tidiga läkarstudierna får den blivande barn- och ungdomspsykiatern lära sig ett förhållningssätt till patienter som balanserar mellan å ena sidan den medicinska modellens inriktning på informationssökande för diagnostiska syften, information om fynd och föreslagen behandling och å andra sidan den holistiska modellens inriktning på ett samtal om patientens livssituation med inriktning på empatisk förståelse, lyssnande och relationsskapande. Den blivande barn- och ungdomspsykiatern börjar alltså tidigt att grundlägga sin utveckling som professionell samtalare. Lite förenklat kan man säga att vederbörande, då den egentliga barn- och ungdomspsykiatriska specialistutbildningen börjar får mer anledning att utveckla den holistiska approachen utan att för den skull förlora förmågan att tillämpa den medicinska modellens potential för temporär objektifiering av patienten. Den har avgörande likheter med det psykoterapeutiska förhållningssättets växling mellan fokus på empatisk förståelse och teoretisk förklaring.

På nybörjarnivå präglas den professionella utvecklingsprocessen av trial and error i lärandet, man prövar sig fram. Mycket nytt teoretiskt material och nya praktiska förhållningssätt ska hanteras. Det underliggande begreppssystemet som styr sättet att tänka i konkreta situationer, har ett tillflöde från många källor, det vardagliga arbetet inom teamet, kliniska konferenser och falldragningar, ST-seminarier, SK,

kurser och andra formella utbildningar och inte minst från personlig klinisk handledning och huvudhandledning.

I en psykoterapeutisk utbildning gäller det att börja kunna hantera en psykoterapeutisk referensram, vilken i sig kan vara komplex. För den blivande barn- och ungdomspsykiatern gäller det att börja kunna väga samman bedömning av patientens och familjens situation från teorier och modeller som ligger på vitt skilda nivåer, biologisk/psykiatriska, intrapsykiska, interpersonella och sociala. Självkänslan baseras mycket på feedback från arbetskamrater och handledare, men inte minst på vad som händer med de patienter man behandlar.

Imitationsstadiet

I psykoterapeuternas utveckling urskiljer Skovholt och Rönnestad ett stadium av imitation.

Den kan börja som ren mekanisk repetition för att övergå till identifikation med valda rollmodeller. Imitationen ses som ett led i att börja finna en egen väg. I snårskogen av teoretiska infallsvinklar och en mångfald tänkbara förhållningssätt kan det vara tryggt att först gå tätt direkt i någon annans fotspår för att senare gradvis välja en personlig väg. På så sätt införlivas en arbetsmodells centrala karaktäristika samtidigt som en sortering inleds som ett led i att finna den “blend“ av förhållningssätt som blir den unikt egna repertoaren av arbetsredskap. Imitations- och senare identifikationsobjekten kan vara äldre kollegor, teammedlemmar eller andra uppskattade professionella. Ofta tar ST-läkaren lite från olika personers förhållningssätt även om det också kan finnas ett huvudsakligt identifikationsobjekt. Inte minst huvudhandledaren blir, vare sig vederbörande vill eller ej, en viktig rollmodell. Under denna period blir man vad gäller självkänslan lite mindre beroende av patienternas omedelbara reaktioner och den blivande barn- och ungdomspsykiatern tenderar att ta ett något mindre personligt ansvar för patienternas psykiska hälsa.

Det villkorligt autonoma stadiet

Detta stadium svarar mot den erfarna ST-läkarens situation. Vederbörande börjar kunna arbetet och känner sig mera säker, men har ännu inte ett fullt självständigt ansvar. Urvalet av förhållningssätt via imitation och identifikation blir mer sparsmakat, även om lärandeprocessen fortfarande kännetecknas av ett intensivt iakttagande av hur auktoriteter handlägger centrala uppgifter. Kraven på handledare och lärare blir mer specifika och förmågan till konstruktiv kritisk granskning ökar, även om dessas omdöme och feedback fortfarande är central. ST-läkaren är mån om att göra rätt och förmågan till lekfullhet och spontanitet i patientkontakten som senare kan utmärka yrkesrollen har ännu oftast inte utvecklats så mycket.

ST-läkaren tar inte sällan på sig svåra patienter och prövar sin förmåga. Av och till prövar man, liksom även i tidigare utvecklingsskeden den egna kunskapens användbarhet i förhållande till den egna familjen och nätverket. Framgången med detta växlar.

Utforskningsstadiet

Detta stadium svarar mot att vara färdig specialist. Man har ett självständigt ansvar och är inte längre föremål för kontroll från handledare och huvudhandledare. Man har dock heller inte tillgång till stöd från dessa på samma sätt som tidigare. Positionen är både friare och ensammare. Den möjliggör att gå på upptäcktsfärd utan "överrockar" och börja finna sin egen stil mer definitivt.

Möjligen kan det vara frustrationen att arbetet inte alltid är så är framgångsrikt som man trott eller hoppats. Bristerna i utbildningen och i referensramar som den gett kan uppenbaras. Ibland uppträder en direkt besvikelse mot utbildningen som inte i större utsträckning gett tillräckligt med redskap i arbetet. Det kan också speglas i besvikelse på lärare och handledare. I vissa fall kan en tidigare idealisering av dessa övergå i ett avståndstagande. Gruppen av jämnåriga arbetskamrater, andra barn- och ungdomspsykiater och teammedlemmar blir viktiga referenspunkter för kunskaper och självkänsla.

Relationen till huvudhandledaren förändras i och med att det initiala kontraktet går ut. Ibland kan det vara bra att fortsätta kontakten men ett nytt kontrakt, under mer jämlika former, ibland att söka andra mentorer. Denna utforskandefas pågår under några år och kan också innebära att början till en försoning med brister i utbildningen och ökande respektera för dess avgränsning och begränsade räckvidd.

Integrationsstadiet

I denna fas gäller det att utveckla en professionell autenticitet, ett eget arbetssätt med ett gradvis utfiltrerande av icke-autentiska drag i yrkesrollen. Man blir sig själv mer och mer helt enkelt.

Vissa sidor av det privata och professionella självet börjar smälta samman. Arbetet börjar då, om man inte är för överbelastad, att kännas mer och mer tillfredsställande. Man blir mer ödmjuk och realistisk, i bästa fall också mer flexibel och mindre försvarsinställd, med mer tilltro till relevansen av sina kunskaper och erfarenheter. Man blir djärvare och mer kreativ, i god mening mindre försiktig och kan gå mer rakt på sak. Med stabilare gränser och mer tilltro till sig själv kan man också tillåta sig att bli mer optimalt involverad i sina patienter. Respekten för det unika hos patienterna ökar. Man blir mer luttrad och börjar finna sig i att förändring kan ta mycket längre tid än man tänkt sig.

Möjligheterna till professionell utveckling är viktiga. Om inte de professionella erfarenheterna kan integreras äventyras möjligheten till integration och fördjupning. En anledning till den uteblivna utvecklingen kan vara alltför hög arbetsbelastning och alltför lite tid för reflektion och diskussion med kollegor. Det finns också en risk att en tilltagande desillusionering börjar göra sig gällande: " var detta allt".

Individuationsstadiet

Vi befinner oss nu i senare delen av yrkeskarriären. En lång professionell karriär har gett barn- och ungdomspsykiatern en spännvidd av olika erfarenheter som ger en personlig unik nyans åt arbetet. Man har i gynnsamma fall utvecklat ett djup och äkta förhållningssätt i arbetet. Den egna livserfarenheten, inte minst upplevelser av separationer och förluster fortsätter att fortlöpande mätta äktheten i yrkesrollen. Om en ytterligare fördjupning ska ske i denna fas måste man förfoga över en framtidsvision. Det kan vara frestande att slå sig till ro med att ha funnit sin personliga stil. En fördjupad professionell identitet ställer dock krav såväl på konstans som på förnyelse. För att man ska kunna behålla en personlig stil måste den utvecklas.

Barn- och ungdomspsykiatern måste också utveckla förmågan att ta hand om sig själv, att sätta gränser mot såväl kollegor som patienter, respektera hur den egna vitaliteten kan upprätthållas för att undvika intellektuell apati, emotionell utmattning och stagnation. De kliniska erfarenheterna är centrala för fördjupningsprocessen: att än lära sig än mer om vilka patienter och problem man arbetar väl med och vilka som utsätter en för alltför svårhanterliga påfrestningar. Skovholt och Rönnestad menar att psykoterapeuter i denna fas kan utveckla en ackumulerad vishet utifrån erfarenhetsbaserade generaliseringar och samma sak borde gälla för den erfarna barn- och ungdomspsykiatern. Ett längre tillbakablickande perspektiv än tidigare öppnar sig, med möjlighet till reflektion över sin livsuppgift i ett större kulturellt perspektiv. Behovet av att vinna patientens och familjens bevågenhet minskar. Å andra sidan kan tillfredställelsen över att kunna vara andra till hjälp vara djup, smärtan i empatin med andras lidande likaså.

Integritetsstadiet

Barn- och ungdomspsykiatern har nu levt närmare 90 % av sitt yrkesliv. Perspektivet att dra sig tillbaka och avsluta sin yrkeskarriär kommer allt närmare. Uppgiften är då att upprätthålla sin förvärvade individualitet, äkthet och autenticitet medan förberedelserna för denna avveckling av verksamheten pågår. Öppenheten för teoretiska och tekniska nyheter på fältet börjar avta. Öppenheten att lära från sina patienter är å andra sidan ofta större än någonsin. Ibland kan det finnas en sorgsenhet att inte tidigare ha kunnat ställa sin integrerade erfarenhet och livsvisdom till sina patienters förfogande.

Inte sällan har barn- och ungdomspsykiatern i denna fas ett friare förhållande till sin intuition än tidigare. Lång erfarenhet kombinerad med ett moget omdöme, förser vederbörande i denna fas med en ”intuitiv autopilot” som Skovholt och Rönnestad just kallar ”Ackumulerad Vishet”. Intresset för mänsklig beteende är ofta stort med öppenhet mot olika kulturmanifestationer; litteratur, konst, dramatik, religion, antropologi, mm. Kollegor i samma ålder har ofta inte samma bekräftande betydelse som tidigare. Kontakten med yngre kollegor är ofta upplivande nu när barn- och ungdomspsykiatern inte bara är senior utan nestor. Egna tidigare lärare är dock fortfarande betydelsefulla inte minst som ”fantasimentorer” även sedan de inte längre är i livet. Arbetssättet kan bli än mer personligt, med ökad förmåga och

tillåtelse att vara sällskaplig, talför och emotionell både i kontakt med arbetskamrater och med patienter.

Utvecklingslinjer

Skovholt och Rönnestad har föreslagit ett antal teman som betecknande för psykoterapeuters utveckling: Här presenteras ett urval som även borde kunna vara belysande för utvecklingen till barn- och ungdomspsykiater.

- Professionell utveckling innebär ett ständigt växande mot professionell individuation
- Ständigt återkommande reflexion är den centrala processen i professionell utveckling
- Nybörjaren förlitar sig på yttre expertis, den erfarne barn- och ungdomspsykiatern också på inre expertis
- Sättet att tänka och arbeta som yrkesperson blir med åren alltmer samstämmiga med den egna personligheten och världsbilden.
- Med tiden sker en rörelse från erhållen kunskap mot egen konstruerad kunskap
- Optimal professionell utveckling är en lång, långsam och oberäknelig process
- Åren närmast efter utbildningens slut är avgörande för möjligheten till optimal utveckling
- Patienterna är de främsta lärarna
- Yttre stöd och utveckling är viktigast vid karriärens början och i övergångsskeden
- Det sker en utveckling mot ökad tydlighet vad gäller gränser och avgränsning av ansvar
- Långvarig erfarenhet av lidande genererar tolerans och accepterande av mänsklig instabilitet.

Några tillägg kan vara relevanta:

- Kunskapen måste i möjligaste mån hållas öppen och i mesta möjliga mån fri från dogmatism
- Forskningsbaserad kunskap måste vägas in på ett balanserat sätt, utan vare sig övertro eller principiell misstro.

Risken för stagnation

All förändring är inte utveckling. Pseudoutveckling innebär en förändring som avstannar i förtid. Stagnation präglas av frånvaro av ständigt återkommande eftertanke kring gjorda erfarenheter och ett avvärjande snarare än reflekterande över ångest som åstadkoms av utmaningar, påfrestningar och komplexitet i arbetssituationen. Svårigheter att hantera komplexitet ökar risken för stagnation. Den svårigheten kan bero på personliga egenskaper, men också på en arbetssituation med en överväldigande komplexitet i förhållande till den tid som finns att hantera denna komplexitet. Arbetsmotivationens intensitet har betydelse. Att välja ett yrke som barn- och ungdomspsykiater har sannolikt samma djupa personlig klangbotten som vid andra människohjälpande yrkesval. I denna klangbotten finns inte sällan eget lidande och utsatthet eller bevittnade av andras t.ex. i ursprungsfamiljen. Förmågan att bemästra den erfarenheten och ställa den i arbetets tjänst är här avgörande. Är den helt obearbetad kan de utgöra en stark men alltför blind drivkraft i arbetet.

Ju mer helhjärtat barn- och ungdomspsykiatern kan identifiera sig med sitt yrke, kanske underlättat av bra rollmodeller, desto mindre risk för stagnation. Här behövs både goda allmänna rollmodeller för barn- och ungdomspsykiatriskt arbete och yrkesspecifika rollmodeller. Ett vad gäller den senare aspekten kan vara att barn- och ungdomspsykiater framför allt i öppen vård, inte sällan har betydligt mer kontakt med och kanske också mer gemenskap med teammedlemmar i andra professioner än med läkarkollegor. Risken för stagnation minskar också om det finns möjlighet att upprätta en god balans mellan yrkesliv och privatliv. Förmågan att uthärda påfrestningar och anta utmaningar i yrkeslivet måste ställas i relation till möjligheten still stöd och utveckling i hela livssituationen och här kan inte goda nära relationer och meningsfulla intressen nog betonas. Det förefaller som om det egna ansvaret för att upprätta balans mellan arbetsinsats och energi/tidstillgångar måste framhävas ytterligare för att minska tendensen att läkaren, likaväl som andra teammedlemmar, tar på sig för mycket arbete i ett försök att överbrygga gapet mellan patienters efterfrågan på hjälp och alltför knappa resurser. Ansvaret för att överbrygga detta glapp borde självklart ligga i kontaktytan mellan politiker/beställare och den barn- och ungdomspsykiatriska organisationens förhandlare, men när det inte kan hanteras tillfredställande så att resurser och efterfrågan balanserar, måste varje enskild befattningshavare, i samarbete med sitt team, vara beredd att ta ett ansvar för sin egen avbalansering.

En grupp som är i riskzonen för stagnation känns igen på att de på ett fanatiskt sätt åberopar en metod eller ett synsätt och har en defensiv och icke-explorativ hållning i diskussioner. Den som inte engagerar sig alls riskerar å andra sidan genom sin distansering att stagnera av ”professionell näringsbrist”.

Reflektioner inför framtiden

Yrkesrollen definieras av de förväntningar på insatser som finns hos patienter, teammedlemmar och en själv som professionell. Identiteten är en djupare förankrad aspekt och utgår ifrån den självbild som formats av dessa förväntningar. Yrkesrollen låter sig relativt lätt kompletteras och förändras utifrån nya arbetsuppgifter och arbetsfördelning inom teamet.

Identiteten är mer stabil och bygger bland annat på motiven för yrkesvalet, samt synsätt och värderingar som införlivats över längre tid. Identiteten kräver identifikationsobjekt. Dessa måste vara tillräckligt goda. Problem i identitetsutvecklingen kan naturligtvis ha sina rötter i personliga faktorer, men också i brist på goda identifikationsobjekt och alltför lite utvecklande och stödjande kontakt med kollegor, såväl i överordnad som i jämställd ställning. Det uppstår också problem om det föreligger eller tillkommer arbetsuppgifter som inte känns förenliga med identiteten som barn- och ungdomspsykiater. Då uppstår en inre konflikt som berör självbilden vad gäller etiska grundvalar: vad som känns rätt, vad som känns som ett svek mot sig själv och mot sina patienter. Det finns gränser för hur långt man i händelse av bristande resurser kan tänja sina föreställningar om vad som är försvarbar handläggning och behandling innan den inre konflikten riskerar att bli outhärdlig.

Återstår att ständigt känna sig insufficient, förhärda sig eller byta arbete. Gränsen mellan ”verklighetsanpassning” i yrkesrollen och avskärmning och stagnation kan vara hårfin.

Deformering i yrkesrollen är naturligtvis inte något som just barn- och ungdomspsykiater kan vara förskonade ifrån. Här kan erfarenheter av egen psykoterapi vara till stor hjälp för såväl bedömning som självhjälp.

För att finna sig tillrätta i den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen och för formandet av en barn- och ungdomspsykiatrisk identitet för framtiden, kan det komma att krävas stor flexibilitet vad gäller såväl yrkesrollens ramar som dess innehåll.

Under de senaste trettio åren har vissa problemtyper kommit i förgrunden, till exempel ätbeteendestörningar, sexuella övergrepp, psykosomatiska störningar, posttraumatiska stressyndrom och barnneuropsykiatriska störningar medan andra, t.ex. neurotiska problem kommit i bakgrunden. Balansen mellan behandlande och diagnostiserande uppgifter kan ha förskjutits. Tyngdpunkterna i den övergripande barn- och ungdomspsykiatriska referensramen har pendlat, mellan de sociala, neuropsykiatriska, interpersonella och interaktionella synsätten vad gäller vilken eller vilka kombinationer som tillmätts störst förklaringsvärde. Förändring i arbetsområden berör övervägande yrkesrollen, medan förskjutningar i den

övergripande referensramen har konsekvenser även för identiteten. Såväl identitet som yrkesroll påverkas av och avspeglas också i val av fördjupningsutbildningar, t. ex inom det psykoterapeutiska området.

För närvarande tycks en förskjutning skett mot mer diagnostiserande/utredande uppgifter i förhållande till behandlande. Likaså har en förskjutning skett på övergripande administrativ nivå i så måtto att chefsfunktioner, inklusive verksamhetschef i allt större utsträckning upprätthålls av teammedlemmar med annan bakgrund än den medicinska. Vad gäller fördjupningsutbildningar tenderar legitimationsgrundande psykoterapi komma alltmer i bakgrunden, möjligen till förmån för kortare kurser med speciell inriktning på specifika problemområden. En alltför stor förskjutning av arbetsuppgifter kan generera problem vad gäller yrkesidentiteten. Sysslar jag med ”rätt saker” utifrån min yrkesmässiga identitet? Är jag ”fel person” för mina arbetsuppgifter?

Ytterligare en övergripande aspekt har börjat påverka och kommer troligen att alltmer påverka förutsättningarna för det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet. EBM begreppet – evidence based medicine – har kommit för att stanna. Tolkningen av detta begrepp i vardaglig praxis kommer att få stor betydelse. En mycket snäv tolkning kommer att innebära en diskvalifikation av det mesta av det pågående behandlingsarbetet och en mycket vid tolkning att en värdefull omprövning av gamla sanningar kanske underlåts. Gemensam reflektion och ingående diskussion mellan barn- och ungdomspsykiatriska kollegor och mellan samtliga teammedlemmar kommer i framtiden att bli än mer väsentliga för att hålla samman barn- och ungdomspsykiatrin som en komplex och integrerad verksamhet.

För att blivande barn och ungdomspsykiater ska kunna utveckla en mångfacetterad yrkesroll och en stabil identitet, ställs stora krav inte bara på deras kliniska arbetsmiljö utan också på deras utbildning. Förhoppningsvis kommer såväl regelverk som innehållsliga överväganden i ST-utbildningen att alltmer slå igenom och integreras i klinisk praxis.

ST-läkaren behöver under sina minst fem är en avvägd blandning av differentierade kliniska erfarenheter och mångsidig teoretisk utbildning. Ledsagare i processen av integrering av teori och praktik, är dels erfarna teammedlemmar, kliniska handledare som varierar med de olika placeringarna, samt inte minst huvudhandledaren som är den enda som har en kontinuitet i relationen till ST-läkaren under hela utbildningstiden (Wrangsjö 1998). Huvudhandledaren kan bistå med den översikt över fältet som bara erfarenheten ger och kan komma att bli den mest betydelsefulla fasta punkten för ST-läkaren under utbildningstiden. Det är därför synnerligen viktigt att huvudhandledaren inser betydelsen och vidden av sitt åtagande och arbetar för att prioritera handledningen, en uppgift som kan vara nog så krävande i den kliniska vardagen.

Utbildning måste dock fortsätta att vara ett gediget stöd för barn- och ungdomspsykiatern också i yrkesrollen som specialist. Adekvat och genomtänkt fortbildning är ett av de viktigaste redskapen för upprätthållande, utveckling och fördjupande av yrkesrollen och ett ovärderligt stöd för identitetsutvecklingen. Utan en medveten satsning på värnandet av stimulerande och arbetsmiljö och adekvat utbildning försvåras inte bara utvecklingen i den enskilda yrkesrollen och identiteten, utan på sikt kan hela barn- och ungdomspsykiatrin som självständig medicinsk specialitet sättas på spel.

Alla komplikationer till trots är det angeläget att inte tappa meningsfullheten i det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet ur sikte. Arbetet ger en kontakt med olika typer av symtom, svårigheter och konflikter som indikerar livsdilemma i vår västerländska kultur. Det ger möjlighet och anledning att följa teori- och metodutveckling inom ett antal intressanta kunskapsområden. Det ger incitament till egen psykologisk och själslig utveckling under hela yrkeskarriären och är därför en ovärderlig kraft i den personliga utvecklingen. Det ger förutsättning för en rad mellanmänskliga möten, smärtsamma och påfrestande men också djupt meningsfulla och ömsesidigt utvecklande.

Den barn- och ungdomspsykiatriska identiteten är unik för varje individ. Den behöver inte vara lika problematisk för alla. Även om de bakomliggande faktorerna kan vara och ofta är nog så komplexa kan det vara möjligt att finna en enkel självklarhet i rollen och inre stabilitet och visshet i att ”jag är barn- och ungdomspsykiater och vill vara det”.

Litteratur

Erikson, E H, 1969, Ungdomens identitetskriser. Natur och Kultur, Stockholm.

Hallerfors, B, 2000, Ett gott yrkesliv – förutsättningar och hinder.
FOU-rapport 00-03, NLPO, Stockholms Läns landsting, Barn- och ungdomspsykiatri.

Skovholt, T M & Rönnestad, M H, 1995, The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development. Wiley, New York

Wrangsjö, B, 1997, Mötas och växa. Reflexioner kring psykoterapeutyrket. Natur och Kultur, Stockholm.

Wrangsjö, B (red), 1998, Huvudhandledning inom ST-utbildningen.
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

Översikt över utvecklingsstadier enligt Skovholt & Rönnestad			
	Lekmannastadiet	**Nybörjarstadiet**	**Imitationstadiet**
Central uppgift	Använda egen kunskap och livserfarenhet för att hjälpa andra	Införliva ett nytt omfattande kunskaps- och erfarenhetsflöde	Hålla sig öppen för information och te övergripande nivå bygga egen referen
Dominerande affekt	Sympati med den som har det svårt	Entusiasm, osäkerhet	Villrådighet
Central källa till påverkan	Egen livserfarenhet	Lärare/ handledare, ansedda kurskamrater, de första patienterna, offentlig debatt	Lärare/handledare, patienter, kurskam (ofta kritisk mot utbildningen)
Roll och arbetssätt	Sympatiskt inställd vän – ge råd, väcka känslor, vara personlig om egen erfarenhet, ge starkt emotionellt stöd – risk för överidentifikation och svårigheter att sätta gränser	Förvirrad? Rörelse från lekman till oformad terapeut – första patienten viktig	Expanderar – lekm genant?
Underliggande begreppssystem	Sunt förnuft, personlig kunskap om världen och hur den fungerar	Överväldigad av information – föreläsningar, litteratur, patientmaterial, handledarkommentarer mm	Olika sätt: ”laissez personlig blandnin metod och inget an metod med komple m.fl.

Lärandeprocess	”Learning by doing”, ”learning by living” – skyddad mot djupgående förståelse	Trial and error – introspektion, eftertanke, kontakt med patienter och egna anhöriga	Imitation, identifik från olika modeller
Mått på effektivitet och tillfredsställelse	Oreflekterade – stärkt vänskap?	Blir patienten bättre eller ej? Jämför sig med kurskamrater	Relateras mer till n och begreppsappar mindre till patient
	Utforskningsstadiet	**Integrationsstadiet**	**Individuationssta**
Central uppgift	Utveckling mot unik personlig stil – etablera professionell bas	Utveckla professionell autenticitet – samman-smältning av professionellt själv och vissa sidor av personligt själv	Fördjupad personli professionell identi såväl konstans som förnyelse – ta hand själv – risk för stag
Dominerande affekt	Tillit (bas för utforskandet), ångest (drivkraft, upplevelse av egen otillräcklighet)	Tillfredsställelse (hopp, realism, stabilitet, fridfullhet, avspänning)	Tillfredsställelse (f kreativitet), olust (meningslöshet, pla
Central källa till påverkan	Jämnåriga kollegor, mentorer,	Kollegor, erfarenheter i lärar/handledar/mentorsroll	Erfarenheter med p bygga upp *Ackumu* *vishet*, egen livserf seniorsroll

Roll och arbetssätt	Ökad medvetenhet om terapeutiska relationens betydelse, samspel med patient, insikt om egna personlighetens betydelse	Mindre låsta mönster – mer kreativ, djärv, tålmodig, uthärdar oklarhet – skiljer terapeutroll från andra roller	Terapeuten viktiga tekniken – ökad me närvaro, ökad avko utanför – tydligare ansvar med patient
Underliggande begreppssystem	Ökad medvetenhet om metoders kontextbundenhet, begränsningar – ifrågasättande, vilsenhet, desillusionering?	Ekletiskt, integrerat – större optimism och hoppfullhet	Mer specifik och p mindre teoretisk, m öppen för modifika
Lärandeprocess	Självorienterad reflexion	Personliga preferenser – ofta kamrathandledning	Tillåter sig helt ege till ny kunskap
Mått på effektivitet och tillfredsställelse	Misstro till process och egna insatsens effektivitet, problematisering – speciellt om man arbetar ensam	Luttrad – känner sig mindre ansvarig för patientens förändring – tillfredsställelse att utföra arbetet professionellt	Utgår från egna be systemet, emotione investering i arbets mer avgränsad, sol vissning om att kun ett gott arbete