

PARAPLYT

Medlemsblad för Svenska Läkaresällskapets
SEKTION FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI



Årgång 10, Nr 1 (vår 2008)
Hemsida: www3.svls.se/sektioner/mp/

Redaktören har ordet

Detta nummer 2008:1 av Paraplyt är också ett försenat 2007:2. Under de åtta första åren av Paraplyts och den ombildade sektionens tillvaro gjorde Daniela Montelatici Prawitz en stor och engagerad insats som redaktör. Sedan ett år vandrar redaktörsarbetet mellan de olika föreningarna i väntan på en hugad ny redaktör. Göran Rydén framförde i förra numret styrelsens tack och uppskattning för Daniellas insats, och detta tål väl att sägas igen. Redaktörskapets stafettpinne har för detta nummer lämnats över till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi (sfmp).

En förändring som skett är att samtliga föreningar fr o m detta år distribuerar Paraplyt elektroniskt. Frågan om begränsning av sidantal för att begränsa tryck- och distributionskostnader, som påverkat och begränsat Paraplyts struktur och innehåll tidigare, är därmed eliminerad. Frågan om innehållets intresse och relevans samt sektionens funktion och betydelse för delföreningarna är fortfarande angelägen att diskutera.

Detta nummer inleds med en tankeväckande betraktelse av sektionens ordförande Ulf Sundequist.

I detta nummer har turen kommit till Svenska Psykoanalytiska sällskapet att ge en lägesrapport, som också innehåller en intressant återblick på föreningens historia.

Vi återspeglar också en rätt intensiv programverksamhet under 2007,

Sektionen anordnade under 2007 två halvdags fredagssymposier på Läkaresällskapets Klubbrum. Dessa presenteras i två korta introduktioner – ett om kvinnlig könsstympning ur psykologiskt, gynekologiskt och kulturellt perspektiv, (som antogs som Rikssymposium 2007) och ett om borderline – en teoretisk och klinisk jämförelse mellan tre olika terapeutiska skolbildningar/traditioner. (som vi hoppas ska antas som Rikssymposium på 2008 års Riksstämma)

Sektionen symposieförslag till Riksstämman 2007 blev allmänt väl mottagna och gavs mycket stort utrymme på stämman. Korta sammanfattningar/referat redovisas från några av dessa.

Vi publicerar också det bidrag som fick andra pris i sfmp:s skivarpriestävling, "Under text" av distriktsläkaren Inge Carlsson. Han ingick också i den symposiepanel på Riksstämman som presenterade och diskuterade "Läkare och skrivande".

Besök gärna sektionens hemsida, www3.svls.se/sektioner/mp/. Den ger en överblick av sektionens verksamhet och en bekväm ingång till respektive delföreningars hemsidor, vilket förhoppningsvis kan få betydelse för det gemensamma nätverkande som är sektionens primära syfte.

Henry Jablonski,, tillfällig redaktör och vice ordf i sektionen

Den nya styrelsen:

Ulf Sundequist, ordförande och Riksstämmosekreterare, fullmäktigeledamot

Henry Jablonski, vice ordförande

Göran Rydén, sekreterare

Kristina Falck, kassör

Lena Svidén, ledamot och IPULS-representant, suppleant i fullmäktige

Anne Stefansson, ledamot

Anna Krantz, ledamot

Tord Nystedt, ledamot

Innehåll

| | |
|--|----|
| Redaktören har ordet _____ | 2 |
| Den nya styrelsen: _____ | 2 |
| If you want to go quickly - go alone. If you want to go far - go together! _____ | 4 |
| Svenska psykoanalytiska sällskapet – bakgrund och lägesrapport _____ | 6 |
| Psykoteraپی vid borderlinepersonlighetsstörning, TFP, MBT, DBT - samma behandling eller olika? _____ | 8 |
| Kvinnlig könsstympning (KKS) – ur psykologisk, gynekologisk, sexologisk och transkulturellt perspektiv _____ | 11 |
| Sektionsrelaterat program vid Riksstämman 2007 _____ | 13 |
| Känn Dig själv – men vill Du känna Dina arvs massa? Och om Du gör det : Kan Din livsstil då påverka hur den kommer till uttryck? _____ | 13 |
| Läkarens känslor – tillgång och belastning i den kliniska arbetsmiljön _____ | 16 |
| Läkare och skrivande - varför och för vem? _____ | 19 |
| “How long have you been here?":35 years in the doctor's chair _____ | 21 |
| Skrivartävlingen _____ | 22 |
| Inbjudan till Skrivartävlingen 2008 _____ | 26 |
| KALLELSE till ÅRSMÖTE _____ | 28 |
| Bilaga 1: Styrelsens förslag till stadgeändring: _____ | 29 |
| Bilaga 2: Nuvarande stadgar _____ | 32 |
| Kalendarium _____ | 36 |

If you want to go quickly - go alone. If you want to go far - go together!

av Ulf Sundequist, ordförande

Detta gamla afrikanska ordspråk har lyfts fram i moderniteten av årets fredspristagare Al Gore, men är något vi alla kan ta med oss i vår dagliga strävan till att upprätthålla och i vissa fall återskapa humanism i arbetet med människor, för hälsa och mot sjukdom.

Under arbete med smärtlindring under 35 år och med psykosomatik under 15 år har jag kunnat konstatera, inte minst från min egen verksamhet, att uthållighet i organisationer, mottagningar och verksamheter hört till undantagen. Många briljanta eldsjälar har slitit ensamma i sina mottagningar eller samlat små grupper omkring sig, gjort storartade insatser för de patienter som haft turen att få komma till gruppen, men sällan lyckats svara upp mot den volym som samhället omkring behöver, vilket väckt mer missnöje än tacksamhet. I strävan efter att effektivisera, har någon gång kvaliteten råkat komma på efterkälken, med risk för vanrykte som följd, och ofta har man fått prioritera ned kvalitetssäkring och det viktigaste: att skapa en långsiktigt hållbar organisation med god bemanning och en successionsordning med utrymme för den tålmodskrävande mästare-gesäll-undervisning, som är nödvändig i en verksamhet som inte kan läsas in via böcker, tidskrifter, internet eller kurser. När någon haft turen eller skickligheten att få lägga in forskning i verksamheten har önskemål om snabba resultat fått styra projekten mer till kvantitativa än till kvalitativa studier, och inte sällan har de fått dras med för små material för att kunna ses som helt acceptabla, inte minst när det gäller utvärdering av integrativt förhållningssätt i behandling, trots att sådana studier behövs om omvärlden utifrån ett vetenskapligt perspektiv ska kunna bedöma vad vi håller på med inom psykologisk medicin och psykosomatik.

Desto skojigare då, att en strävan att på sikt kunna skapa nödvändig organisation och uthållighet ger resultat, genom att i befintliga organisationer finna kontaktytor, nätverk, plattformar eller andra samarbetsformer, helt enligt det afrikanska ordspråket och Al Gore. Läkarsällskapets Riksstämman i år har temat Livsstil, miljö och hälsa. När vi inför denna samlade tre, var för sig obetydliga, små sektioner (Medicinsk Psykologi, Klinisk genetik och Barn- och ungdomspsykiatri) kring ett förslag till symposium får vi plötsligt en sådan genomslagskraft att det anses ha allmänt intresse, även utanför Läkarsällskapet, och höjs till status som inledande Allmänt möte med möjligheter till presskonferenser, soffsittande, osv. Som sidoeffekt får vi dessutom samtidigt möjlighet till inflytande på hela Läkarsällskapets verksamhetsinriktning. I stor omfattning har denna hittills varit ett forum där de olika, främst stora specialistsektionerna deltagit var för sig, främst för att det har ansetts vara en merit att ha visat upp sig där. Det ledde självklart till att många samlades på en plats, men man lyssnade eller tittade bara på den egna sektionens alster. Den nya inriktningen är att hänvisa sådant till specialföreningarnas egna evenemang, och istället styra Sällskapets aktiviteter till samordnad, integrativ verksamhet. I den processen är vi inte bara deltagande, utan jag vågar påstå att vi är ledande.

Den nya rollen blir således att hela tiden söka möjligheter till nya kontaktytor, och för vår egen del anser jag att det viktigaste nu är att komma in i läkarutbildningen, förslagsvis genom att utnyttja de nu etablerade kontakterna till att samarbeta med specialitet som redan finns inom fakulteten, exempelvis Socialmedicin. Med ett sådant förhållningssätt tror jag på sikt att det finns möjlighet till att vi också "uppifrån" kan påverka den allmänna synen på innehållet i den hälso- och sjukvård som samhället ska efterfråga och erbjuda, och därigenom skapa stöd

för vidareutveckling av de enheter, som kämpar för helhetssyn i analys och behandling, idag små och sårbara, i framtiden breda, tvärfackliga och uthålliga.

Svenska psykoanalytiska sällskapet – bakgrund och lägesrapport

av Tord Nystedt

Svenska psykoanalytiska sällskapet (Spas) bildades 1968. Den hette då och fram till år 2000 Svenska föreningen för holistisk psykoterapi och psykoanalys. Sällskapet har nu ett drygt 70-tal medlemmar inklusive kandidater under utbildning.

När Margit Norell tog initiativ till "Holistiska föreningen" lämnade hon Stockholms andra psykoanalytiska förening, Svenska psykoanalytiska föreningen – Spaf, som är en större förening med drygt 180 medlemmar. Hon och gruppen runt henne reagerade då mot Spaf:s dåvarande inriktning (som betraktades som ortodoxt freudiansk) och intresserade sig för nordamerikansk "neofreudiansk" psykoanalys (t.ex. Karen Horney och Erich Fromm), interpersonella teorier och arbete med tidiga störningar.

Sällskapet (och förstås även "föreningen") har sedan genomgått en utveckling som inneburit ett närmande mellan de båda föreningarna. För sällskapets del har det inneburit ett mera "rent" psykoanalytiskt perspektiv med fokus på den psykiska inre världen och på omedvetna drivkrafter och konflikter. Freuds skrifter har fått en större plats i utbildningen. Den "brittiska skolans" s.k. objektrelationsteori har också kommit att betyda mycket i sällskapet med studium av skribenter som Melanie Klein, Donald Winnicott och Wilfred Bion.

Idag har de två föreningarna ett gott och omfattande samarbete i vetenskapliga, fackliga och kollegiala sammanhang. Samarbete har t.ex. ägt rum kring offentliga föreläsningar om psykoanalytiska ämnen. F.n. planeras i samarbete mellan föreningarna en informationsdag för blivande psykologer och en serie filmkvällar där ett psykoanalytiskt perspektiv på filmerna kommer att presenteras. Föreningarnas respektive föreläsningkvällar står öppna för medlemmar i båda föreningarna.

Sällskapets utbildningsinstitut har under senare årtionden vanligt tagit emot 8-10 kandidater vart tredje år. Utbildningen är femårig. Kandidaterna har en yrkesbakgrund som läkare, psykolog, socionom el. leg. psykoterapeut. Utbildningen omfattar en seminariekväll i veckan, psykoanalytiskt arbete under handledning och ett vetenskapligt arbete. Blivande analytiker ska också genomgå egen psykoanalys. Sedan 2001 har en treårig utbildning till leg. psykoterapeut varit inbakad i utbildningen. Denna utbildning står under Högskoleverkets överinseende.

Sällskapet ger för medlemmarna ut en Internbulletin i vilken ofta olika föreläsningar och synpunkter (från medlemmar i båda föreningarna) publiceras. Seminariekvällar arrangeras. T.ex. talade under det gångna året Arne Jemstedt under rubriken "Tänkande och symboliseringsförmåga" och Lena Teurnell om "En fallen ängel-om Stavrogin i Onda andar av Dostojevskij". Sällskapet ordnar också årliga en och en halvdags internseminarier (på konferenshotell). De sista internseminarierna (på Nynäshamns havsbad) har behandlat temat Psykoanalys och Psykoterapi – likheter och skillnader. Vid internseminarierna brukar också fallmaterial diskuteras.

I och med att de två psykoanalytiska föreningarna närmat sig varann och båda är medlemmar i samma internationella organisation så har frågan om ett samgående väckts och blivit alltmer allvarlig. Den snålblåst som blåst kring psykoanalysen under senare år har kanske också ökat behovet av kraftsamling. F.n. pågår arbete med en ev. sammanslagning i en övergripande kommitté och i diskussioner mellan olika instanser i föreningarna. En del svårigheter finns förstås att övervinna om en sammanslagning ska äga rum – det gäller både att jämka ihop delvis olika organisationer och att övervinna farhågor som finns beträffande vad en sammanslagning skulle innebära.

En hel del energi har lagts ner på dessa frågor om en sammanslagning. En annan fråga som det sista året upptagit många i Spas (och i Spaf) har väckts genom Höskoleverkets besked om att sällskapet psykoterapeututbildning och examensrätt ej kan godkännas i nuvarande form. Höskoleverket har anmärkt på delar av utbildningens innehåll, lärarnas anställningsförhållanden, en påstådd brist på forskningsanknytning m.m. Man har ifrågasatt att en så liten sammanslutning som Spas kan upprätthålla en utbildning av tillräcklig kvalitet. Spas har från Höskoleverkets sida upplevt en viss brist på förståelse för vad som är viktigt i en utbildning av denna typ men har beslutat sig för att utarbeta ett förslag till åtgärder för att om möjligt kunna behålla examensrätten.

Psykoterapi vid borderlinepersonlighetsstörning, TFP, MBT, DBT - samma behandling eller olika?

Referat från ett sektionssymposium på Svenska Läkarsällskapet, 14 sept 2007

av Göran Rydén

Sektionen för medicinsk psykologi arrangerade ett seminarium som handlade om skillnader och likheter mellan tre olika behandlingsprogram vid borderlinepersonlighetsstörningar. Mötet arrangerades av Svenska psykoanalytiska föreningen. Diskutanter var leg psykologer och psykoterapeuterna Robert Rössel, Levy Friedman och Per Wallroth. Modererade gjorde leg läkare och psykoteraapeut Göran Rydén.

Mötet var välbesökt och de olika anförandena följdes av en livlig och mycket intressant diskussion. Här följer en kort sammanfattning av seminariet.

Patienter med borderlinepersonlighetsstörning löper stor risk att suicidera, vårdkonsumtionen är hög och den höga samsjukligheten gör detta till en komplex grupp som utmanar vår förmåga att hjälpa. Detta försvåras ytterligare av de starka känslor som omgivningen ofta får bära. De långa behandlingstiderna gör också att det krävs uthållighet hos behandlaren.

Forskning har visat att flera av de behandlingsprogram som utvecklats under de senaste 10-20 åren är lovande och kan hjälpa dessa patienter. Det blir därför än mer intressant att diskutera vilka delar i de olika behandlingarna som är verksamma.

Med ålderns rätt inledde Robert Rössel med att presentera TFP, "Transference focused therapy". Metoden, som utvecklades av Otto F. Kernberg i samarbete med Frank E. Yeomans, John F. Clarkin och Michael A. Selzer är manualiserad och bygger på en psykoanalytisk jagpsykologisk objektrelationsteori. I korthet kan man säga att denna behandling fokuserar på överföringen i här-och-nu och undersöker, benämner och belyser samspelet som det iscensätts i relationen behandlare-behandlad. Kernberg är i hög grad delaktig i borderlinediagnosens nuvarande definition och han arbetade med att utveckla en bedömningsintervju för personlighetsorganisation som han använde som grund för valet av behandling. Så som framför allt dialektisk beteendeterapi men även mentaliseringsbaserad terapi finns en hierarki av behandlingsmål:

1. reducera destruktivitet och självskador
2. omvandla utagerande till reflexion
3. befrämja integration, identitet, konflikt-tolerans och härbärgerande
4. utveckla affektmedvetenhet och affekttolerans
5. befrämja adaptiva konfliktlösningar

Arbetet med dessa mål påbörjas först när patient och behandlare kunnat upprätta ett kontrakt där vars och ens rättigheter och skyldigheter i behandlingen tydliggörs liksom parametrar för olika former av rambrott. Genom att hela tiden fokusera på relationen mellan behandlare och terapeut.

Levy Friedman fortsatte sedan med att beskriva grundprinciperna i dialektisk beteendeterapi (DBT) som utvecklades av Marsha Linehan. Denna behandlingsmetod utvecklades liksom TFP ur behovet att skraddarsy en behandlingsmetod utifrån borderlineproblematikens specifika uttryck. Linehan har kombinerat olika teoretiska inslag, bland annat från zenbuddhistiskt tänkande men vilar ändå stadigt på en kognitiv beteendeterapeutisk grund. TFP bedrivs i individuell terapi medan DBT proper innefattar individuell terapi, färdighetsträning i grupp och någon form av telefonsupport för att kunna ta hjälp att i det verkliga livet använda inlärd färdigheter. Levy Friedman lyfte fram tre begrepp som är centrala för DBT:

1. En biosocial teori om uppkomsten av borderlinepersonlighetsstörning: Linehan tänker sig att BPD uppstår i spänningsfältet mellan en medfödd känslomässig sårbarhet och

invaliderande uppväxtmiljö, som kan ha innehållit allt från skambeläggning av känslomässiga uttryck till regelrätta sexuella övergrepp.

2. Validering är centralt i behandlingen för att ge patienten en möjlighet att känna sig förstådd och känslomässigt bekräftad i relation med andra.
3. Dialektik används i DBT som ett begrepp på flera nivåer, från en mer filosofisk grundhållning för att beskriva tillvarons inneboende motsatser till att beskriva den diskussion som äger rum mellan patient och terapeut.

Per Wallroth avslutade med att beskriva mentaliseringsbaserad terapi, MBT. Denna behandling är yngst i syskonskaran av behandlingsformer och utvecklades i London av Anthony Bateman och Peter Fonagy. Teoretiskt grundar sig MBT på psykoanalytisk teori och anknytningsteori. Ett centralt begrepp är mentalisering som handlar om att tänka på sina egna och andras tankar och känslor och förstå att människors handlingar bestäms av vad de känner, tänker, vill och tror. Denna förmåga, som evolutionärt går att förstå som ett effektivt redskap att kunna skapa komplexa sociala strukturer med andra människor, utvecklas i trygga anknytningsrelationer. Om vår inneboende förmåga att mentalisera är störd, eller om anknytningsrelationerna är störda av otrygghet eller trauma kan detta leda till bland annat den typ av svårigheter som man finner vid borderlinepersonlighetsstörning. Framför allt finns en betydande stresskänslighet i nära relationer vilket gör att mentaliseringsförmågan tillfälligt faller samman vilket gör att andra, primitivare förhållningssätt till verkligheten tar över, som till exempel kamp-flyktbeteende, liksom mindre nyanserade former av mentalisering. Detta leder till svårigheter att hantera svåra känslor som istället får regleras genom till exempel självskadebeteende. Genom att träna på att återta mentaliseringsförmågan i de terapeutiska relationerna kan patienten successivt hitta bättre strategier att hantera relationer och egna känslor.

Liksom DBT innefattar MBT gruppterapi och individuell terapi men en skillnad är att fokus läggs på just mentaliseringsförmågan och hur den påverkas av relationen till terapeuten och till andra patienter och personer i patientens egen värld.

De tre presentatörerna hade i förväg fått ett fingerat exempel på en klinisk situation. Utifrån sina respektive perspektiv fick alla sedan beskriva dels hur man teoretiskt närmar sig Rogers svårigheter, men också ge exempel på hur man kliniskt skulle gå tillväga, vad man skulle säga. Detta blev också utgångspunkt för en diskussion med auditoriet där både stora likheter men också skillnader synliggjordes.

Alla behandlingsformer har i stort samma övergripande målsättningar, frågan om någon form av kontrakt, ansvar och agentskap är central för behandlingen. Tekniskt finns också likheter i det att det läggs fokus på det aktuella och en aktsamhet för att bli generaliserande, ”pseudomentaliserande”. Terapeutens aktivitetsgrad är också mycket högre än i många andra terapiformer samtidigt som det finns en försiktighet att förmedla komplexa tolkningar av omedvetna processer. I alla behandlingsformer finns uttalade strategier att stimulera till reflekterande, om det sedan kallas kedjeanalys, mentalisering eller minskad splitting.

Men det finns också skillnader. Teorierna om borderlineproblematikens uppkomst skiljer sig på vissa punkter, liksom vissa tankar om målsättning där integration, ändrat beteende eller mentaliseringsförmåga ges olika vikt. Frågan om patientens eget ansvar och agentskap skiljer sig också såtillvida att det i TFP och möjligen även DBT gäller som förutsättning för att kunna tillgodogöra sig behandling medan denna förmåga växer fram som en nödvändighet och konsekvens av ökad mentaliseringsförmåga i MBT.

Med den något provocativa etiketteringen föreslogs TFP kunna beskriva en klients möte med den i alla betydelser goda advokaten med kontraktet och det egna ansvaret i fokus och där advokaten kan hjälpa till med sin nyktra hållning och förmåga att se ”the big picture”. DBT innebar snarare mötet den gode läraren som förmedlar färdigheter och ett ideal av eftertanke (medveten närvaro) som eleven sedan kan tillämpa. I MBT, slutligen möter patienten den

gode föräldern, som i en trygg relation successivt arbetar sig fram till att hjälpa barnet att bättre förstå sig själv och andra. Så schablonmässigt enkelt är det naturligtvis inte men det väckte frågor om terapeutens roll och hållning.

En fråga som kom upp var om det går att säga vilken patient som hjälps av viss behandling. Här saknas forskningsunderlag men frågan är en tydlig uppmaning, lika angelägen som frågan om det går att ytterligare integrera dessa perspektiv eller än tydligare kristallisera vad som är effektiv behandling för ett tillstånd som tidigare väckt missmod och tankar om vanmakt. Idag kan vi, med dessa behandlingsformer i ryggen, inge hopp och förmedla det roliga med att arbeta med något så svårt som våra mest basala mänskliga behov som vår förmåga att relatera till oss själva och andra.

Kvinnlig könsstypning (KKS) – ur psykologisk, gynekologisk, sexologisk och transkulturellt perspektiv

Sektionssymposium fredagen den 2 februari 2007

Referat och inledning av Henry Jablonski

Sektionen anordnade i februari 2007 ett sektionssymposium kring KKS. Initiativet togs av Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi. Vi följde upp det med att föreslå ämnet som Rikssymposium i samarbete med sektionen för obstetrik och gynekologi. Förslaget antogs och på Riksstämman var Elisabeth Persson, Karolinska Solna moderator och Meri Liljegren och Lotti Helström två av de tre presentatörerna

Den 2 feb 2007 medverkade

Lotti Helström, gynekolog, överläkare, chef för Akutmottagningen för våldtagna kvinnor, Södersjukhuset talade om sexologi och sexologiska aspekter på KKS

Meri Liljegren, gynekolog, överläkare, Södersjukhuset, talade om kliniska sina kliniska erfarenheter från Södersjukhusets mottagning för könsstypade kvinnor

Ricki Neuman, journalist SvD, kultur och tidigare Idag-sidorna, som skrivit många artiklar om kvinnlig könsstypning och diskuterade journalistiska och pressetiska aspekter. Han reflekterade också över kulturmötet/kulturkrocken och de känslomässiga reaktionerna för en västerländsk journalist som ska närma sig detta fenomen KKS.

Henry Jablonski, privatpraktiserande psykoanalytiker och psykiater resonerade kring KKS ur psykoanalytiska och utvecklingspsykologiska synvinklar.

Inledning

Välkomna till detta fredagseftermiddagssymposium. Syftet med det här mötet är att föra en diskussion ur klinisk gynekologisk/obstetrisk, psykologisk och sexologisk synvinkel. Vi vill också beröra de transkulturella inklusive de massmediala och socialantropologiska aspekter som kan ha relevans för den kliniska förståelsen och för prevention.

Fallgroparna är många när man ska tala om sexualitet och kön i det offentliga rummet. För att nämna några: Förenkling, ”medicinsk teknikalisering”, idealisering och/eller förnekande av kulturella, psykiska och/eller kroppsliga realiteter och skillnader.

Och hur närmar man sig mångtusenåriga sedvänjor och tabun?

Det har påpekats att många kvinnor saknat ord för det egna könet. Språket är *ett* sätt att närmare sig sex och kön. Men det finns också en ordlös kunskap – förtrogenhetskunskap – som innebär att man kan ha en djupgående kunskap om kön och kropp utan särskilt mycket ord. Hur påverkas kvinnor i sin kroppsuppfattning och sexualitet av könsstypning? Vad innebär mötet med en ny kultur, i vilken traditionell könsstypning är psykiskt och rättsligt oacceptabelt?

Med sex uttrycker vi starka kroppsliga behov och drifter, känslomässig längtan och samhörighet. Ingen annan akt mellan människor kan generera så mycket fantasier, symbolisera så mycket närhet – och, i kontrastverkan, så mycket ensamhet. Tabun och reglering av sex och kön tar en central plats i alla kulturer och i alla civilisationsprocesser. Sexualiteten gestaltar och symboliserar det centrala mötet mellan människor.

Kvinnlig könsstymning, KKS, har sin mångbottnade plats i det sammanhanget. En rimlig utgångspunkt är att förstå KKS som ett extremt försök i vissa patriarkala system att hitta en lösning på ett djupt mänskligt problem kring sexualitet och kontroll. Med det menar jag strävan att lösa ett i huvudsak omedvetet manligt komplex av otillräcklighet, skräck och vanmakt och ett betydligt mer medvetet behov av ägande, kontroll och sexuell makt.

Vilket komplicerat område vi än närmar oss är det viktigt att ha klart för sig vilka värdegrunder de egna tankegångarna vilar på. Den *medicinska praktiken* i västerlandet är också den ett resultat av en specifik civilisationsprocess med rötter i antiken men främst sprungen ur den nya tidens utforskande av naturen och den tekniskt/industriella revolutionen; *psykoanalysen* har sina rötter i det centraleuropeiska 1800-talets rationalism och den tidens själfulla romantik. Det är också viktigt att se vilka *personliga reaktioner* KKS väcker hos den enskilda klinikern och den enskilda forskaren och på vad sätt det styr det professionella handlandet.

Idag är det främst från kliniska utgångspunkter vi har tänkt att diskutera KKS. Men det går inte att bortse från att det sociala och kulturella sammanhanget och de värderingar vi genererar är en ram för det kliniska mötet.

Sektionsrelaterat program vid Riksstämman 2007

ALLMÄNNA MÖTET ONSDAG 28 NOVEMBER KL 1015-1215 Stilpoäng eller genvägar – om livsstil och arv för hälsa eller sjukdom.

Leva med gener

Hälsobevärande råd om livsstil – vad säger etiken

Mulliga mödrars mödravård

Ulf Kristofferson

Mats G. Hansson

Karin Wahlberg

Ulf Sundequist

Moderator

Torsdagen den 29 november

12:30 - 14:00 Symposium: Könstympade kvinnor - om bakgrund, bemötande och sexualitet
Moderator: Elisabeth Persson

SAL A 2

SAL A 6

Fredagen den 30 november

SAL K 21

08.30 - 10.00 Symposium: Sömn och livsstil
Moderator: Torbjörn Åkerstedt

SAL B 8

08:30 - 10:30 Sektionssymposium: Läkaren och Skrivande – varför och för vem?
Moderator: Lena Svidén

SAL K 21

10:30 - 12:00 Symposium: Tillit, sårbarhet och stress.
Moderator: Ulf Sundequist

SAL B 8

10:45 - 12:00 Gästföreläsning: "How long have you been here?": 35 years in the doctor's chair.
JV Salinsky
Moderator: Henry Jablonski

SAL K 21

12:30 - 14:00 Symposium: Läkarens känslor – tillgång och belastning i den kliniska arbetsmiljön.
Moderator: Lotti Helström

**Känn Dig själv – men vill Du känna Dina arvs massa?
Och om Du gör det : Kan Din livsstil då påverka hur
den kommer till uttryck?**

Tankar efter 2007 års Läkareriksstämmas Allmänna möte: ”Stilpoäng eller genvägar – om livsstil och arv för hälsa eller sjukdomsutveckling”.

Ulf Sundequist, sektionens ordförande

För fyra år sedan avslutades kartläggningen av människans arvs massa, det s.k. genomet. Detta har sedan hunnit generera flera nobelpris och sagts vara en milstolpe i mänsklighetens historia, kanske den största, viktigaste och tillsammans med kärnfysikens inträde möjligen också den mest riskfyllda. Skribenten *Mikael Strömberg* menade i en mycket tänkvärd artikel i Aftonbladet den 27 januari att detta öppnade dörrarna till ”*Dårnas marknad*”, och jämförde med den önskan Albert Einstein framförde 1939 om förbud mot all forskning som kunde leda till atombomben. Strömberg uppmanar oss också om att ta fram Karin Boyes *Kallocalin* från bokhyllan och friska upp bilden av ”människovärdets stundande tomhet” och risken för kontrollsamhällets slutliga seger. Det finns många forskare som inväntar rätt opinion, rätt forskningsetisk kommitté och rätt tidpunkt för att starta manipuleringen, lite naivt – eller beräknande – välment kopplad till kloning och en i andra avseenden önskad och behövd stamcellsutveckling. Strömberg hävdar att varje demokrati med pågående utveckling inom humangenetik kan vara inne på ett sluttande plan. Jag rekommenderar också läsning av artikeln ”*Gnothi seauton – känn Dig själv! Vill Du kartlägga Din arvs massa?*” skriven av genetikern och barnläkaren Karl-Henrik Gustafsson och molekylärmedicinaren Ulf Landegren i Läkartidningen nr 6/2008.

Inom Sektionen för Medicinsk Psykologi har vi, främst genom Psykosomatikföreningen, i flera år diskuterat hur den nya genetiken påverkar vår syn på hälsa, sjukdom och även möjligheter att påverka sjukdomsutveckling och sjukdomsförlopp. Det är ju uppenbart att de flesta tillstånd, som visats ha viss – men mycket sällan absolut – genetisk koppling, under långa tider i anlagsbärandens liv ligger latent, dvs. de hotande generna vistas i en miljö - biokemisk, hormonell, immunologisk eller psykosocial - som håller dem i en inaktiv dvala. Den nya humangenetiken kan därför ses som det slutliga beviset på att hela människan är en enhetlig, odelbar biopsykosocial individ! Efter ett symposium i Sunne sommaren 2006 föreslog vi temat arv och miljö till Riksstämman 2007, och detta inte bara välkomnades som symposium utan lyftes upp till det stora Allmänna mötet med rubrik ”Stilpoäng eller genvägar, om livsstil och arv för hälsa eller sjukdomsutveckling”.

Mötet inleddes med att den kliniske genetikern Ulf Kristoffersson från Lund gjorde en exposé över var humangenetiken står idag. Vi vet således mycket om gensekvenser och potentiella anlag för sjukdom. Vi vet också att de flesta eller alla gener står i ständigt samspel med annan genaktivitet. Men vi vet mycket lite om hur gensekvenserna påverkas av andra gener, eller hur de styrs av omgivningsfaktorer såsom välbefinnande, biologiska och psykiska stress- och känslreaktioner, livserfarenheter, livsstil, kost, kemisk miljöpåverkan, osv. Utifrån detta är våra möjligheter begränsade i det ökade behovet av rådgivning, speciellt till konstaterade anlagsbärare. Dessutom påtalade Kristoffersson det stora behovet av utbildning av såväl kliniska genetiker som till exempelvis allmänläkare och diverse specialister, som möter undrande patienter och allmänhet. Den molekylärbiologiska forskningen inom genetiken går vidare, och jag bedömer att det är omedelbart angeläget med forskning kring de omgivningsfaktorer, som upprätthåller hälsan hos friska anlagsbärare, exempelvis retrospektiva studier över livslinjen hos de friska, och vad som kan ha skett i livet och i biokemin före och i samband med symtomdebut. Även faktorer som påverkar genaktivitetens förlopp måste följas mer noggrant, flera av de aktuella tillstånden såsom MS eller ledgångsreumatism går ju i skov.

Professor Mats Hansson, Uppsala och Karolinska, åskådliggjorde på ett fascinerande sätt de etiska dilemman som följer med frågan om möjlighet till hälsobevarende rådgivning. Han

stälde ett antal frågor och försökte ge svar så långt möjligt. Den grundläggande frågan var:
Kan vi ge hälsobevärande råd om livsstil?

1. Vi kan egentligen ur ett vetenskapligt perspektiv inte göra det utan mer kunskap om vad som påverkar en förändring i livsstil, i linje med Kristofferssons resonemang. Men ...
2. Vi bör göra det, med hänsyn till dödlighet och sjukdom som är livsstilsrelaterad, och ser man till hälsorisker är det nödvändigt. Enligt inter-heartrapporten står nio modifierbara riskfaktorer för 90% av den relativa risken för att insjukna i hjärt-kärlsjukdom – rökning, blodfetter, motion, psykosociala faktorer (stressbelastning), vilket utgör en utmärkt hållbar grund för rådgivning till individ och allmänhet. 85% av all cancer uppvisar ingen ärftlighet (dock finns genetiska faktorer som påverkar individen). För typ2-diabetes är så gott som hela hälsorisken kopplad till livsstil. För reumatoid artrit finns nu kunskap både om genetiska faktorer och om exempelvis rökningens betydelse.
3. Rådgivningen behöver göras med respekt för integritet och alla människors rätt att uppleva sig värdefulla.
4. Individen måste själv förfoga över sin livsstilsförändring. Beteenden ändras i flera steg: Även om Du får kunskap är det inte säkert att detta leder till förändrad attityd, och även om Du ändrar attityd är inte detta liktydigt med att Du ändrar ett beteende. Ibland kan det alltså vara fördelaktigt att ge rådgivningen form av kognitiv beteendeterapi. För att komplicera det hela har också copingförmågan genetisk bakgrund!

Mötet avslutades med ett litet praktiskt vardagsexempel, ”MMM – Mulliga Mammors Mödravård”. Gynekologen och författarinnan Karin Wahlberg berättade om ett litet projekt i Lund, i vilket de mulliga mödrarna fångades upp på mödravårdscentral och erbjöds delta i ett program med edukativa inslag. Projektet har inte kommit så långt att man följer upp barnen på barnavårdscentraler, men tanken att skapa förutsättningar för att göra vad man kan för att tidigt förhindra att barnen drabbas av moderns övervikt.

Riksstämman 30 nov 2007 – om Balintgrupparbete

Läkares känslor – tillgång och belastning i den kliniska arbetsmiljön

av Henry Jablonski

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi stod bakom detta Rikssymposium.

Lotti Helström var moderator

Juanita Forssell, psykolog och psykoterapeut med mångårig erfarenhet av Balintgrupparbete på sjukhus och i öppen vård talade om yngre läkares situation

Jan Björk, överläkare, gastroenterolog, Karolinska Solna, talade om hur Balintarbete hjälper honom att handskas med för honom känslomässigt komplicerade patienter (vilka skulle vara komplicerade för de flesta av oss)

Henry Jablonski, psykiater och psykoanalytiker, talade utifrån egna erfarenheter som Balintgruppleddare.

Juanita Forssells och Henry Jablonskis fullständiga texter finns (på engelska) i Bulletinen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2008:1 som finns på föreningens hemsida www.sfmp.se

Här följer en förkortad presentation/inledning

”Utan tvivel är man inte riktigt klok”

av Henry Jablonski

Över en 20-årsperiod har jag samarbetat med sammanlagt c:a 150 kollegor med var och en i 1-6 år som Balintgruppleddare. Jag kan inte påminna mig om att ha träffat *någon* som *inte* tyckte om att vara läkare. Så fast vi här tar upp problematiska, mörka och alltför ofta mörkade sidor, så är glädjen med yrket underförstådd i allt det jag har att säga. Att komma till tals med det problematiska är för seriösa läkare det bästa sättet att behålla arbetslusten, yrkesstoltheten och utveckla sig i yrket.

Vi läkare är precis som andra människor. Vi behöver uppskattning och bekräftelse. Vi är ängsliga för att bli kritiserade och aggressivt bemötta. Vi är rädda för att göra fel och skäms vid tanken att kollegor och patienter skulle ringakta oss eller tycka att vi är udda. Många av oss har en lättaktiverad skuldmedvetenhet, som förstärks av att vårt handlande gäller människors väl och ve. I en del specialiteter är frågan om liv och död dagligen närvarande.

Ett visst mått av ensamhet är oundviklig för alla som tar eget ansvar och har en relativt självständig ställning. Men jag vill hävda att det finns en tendens bland läkare att göra sig alltför mycket ensamma med de känslomässiga aspekterna i det kliniska mötet med patienterna.

Goethe säger: "Det man inte kan uppnå flygande får man halta sig fram till" (Was man nicht erfliegen kann, muss man erhinken). Men det är också mycket mänskligt att som läkare tro att man flyger fast man haltar - om man har en *alltför* präktig självbild. Tage D säger: "Utan tvivel är man inte riktigt klok". Så vad händer när en sån läkare upptäcker den haltande verkligheten? Eller är det bara hans patienter som haltar och kraschar?

Så finns också kollegor som underskattar sig själva och tror att de *ständigt* haltar sig fram fastän de gör ett gediget jobb. Med alltför mycket tvivel riskerar man också att förminska sin roll som doktor – att inte förstå sin betydelse för sina patienter.

Det är också viktigt att ägna en tanke åt vad patienterna betyder för läkaren.

Mötet med våra patienter har många bottnar. Det är oftast en *ojämnlik men ömsesidig relation* som kan vara adekvat men också kan innehålla:

- brist på normal lyhördhet
- irritation, osäkerhet, förvirring, hjälplöshet
- ångestdrivet eller skuldmedvetet agerande i st f lugn klinisk närvaro
- förtjusning och förälskelse
- medveten manipulation inkl. förförelse
- skuld och genans
- diffus olust

Detta kan vara tydligt för läkaren. Han/hon känner helt enkelt inte riktigt igen sitt normala professionella jag. Men det är också lätt att glida förbi dessa känslomässiga aspekter av mötet med patienten. Då ombildas de lätt till mer eller mindre förtäckta motreaktioner

Om defensiva förhållningssätt tar *för stor* plats ser jag det som en tydlig varningssignal på skevhet i vårdkulturen, att känslor inte hanteras adekvat i den kliniska arbetsmiljön. Att känslor av sorg, besvikelse, kränkthet, ilska och att bli starkt berörd inte riktigt får finnas, inte tas på allvar, - och inte heller kan bli till nytta i det kliniska mötet. En sådan återhållsamhet riskerar att leda till psykisk deformation, (t ex en yrkesrelaterad karaktärsneuros.)

Det är bra att ventilera sina problem! Dorte Kjeldmands doktorsavhandling 2006, visar bl a i en kontrollerad studie att allmänläkare i Balintgrupp mår bättre och har större

arbetstillfredsställelse. Kjeldmand har inte kunnat visa vilken effekt detta har på patienterna men det är rimligt att anta att detta också gör att patienterna får ett bättre omhändertagande.

Balintgrupparbetet är *fokuserat* på läkar-patient-relationen och det övergripande målet är att minska oklarheten om vad som pågår i behandlingsrummet så att läkaren ska kunna arbeta vidare på ett bra sätt med sina patienter. De flesta av oss har väl märkt, att kan man bara formulera problemen och ställa de rätta frågorna till en lyssnande omgivning, så ger sig svaren ofta nog av sig själva. En respektfull och kollegial diskussion kan göra att läkarens professionella manöverutrymme vidgas.

Grupparbetet leder oftast till både en ökad enskild integritet och ökad samhörighet. Allt detta tar man med sig tillbaka till sin mottagning.

Läkaryrkets många glädjeämnen kan också delas i en Balintgrupp. Och glädjen i sig att samarbeta med kloka, erfarna och engagerade kolleger.

Läkare och skrivande - varför och för vem?

Sektionssymposium på Läkärstämman 2007 – en sammanfattning

Av Lena Svidén

Bakgrunden och inspirationen till symposiet är att det vid Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis senaste skrivartävling inkom inte mindre än 29 bidrag, varav många var av mycket hög klass och samtliga vittnande om ett stort engagemang för den goda sjukvården.

Symposiet avsikt var INTE att stimulera till skönlitterärt författarskap, utan att lyfta fram det personliga skrivandet, som en möjlighet att formulera känslor och få distans till starka upplevelser i vardagen.

Medverkande vid symposiet var:

Thomas Eklundh, psykiater i Stockholm

Tina Nyström Rönnås, distriktsläkare i Tumba

Elisabeth Hultcrantz, ÖNH- professor i Linköping

Inge Carlsson, familjeläkare i Eslöv

Lena Svidén, distriktsläkare i Rinkeby - moderator

Undertecknad, som alltså var moderator, inledde med en historisk överblick över läkare, som samtidigt varit (och är) författare till skönlitteratur. Och de är många! Alltifrån Hippokrates och evangelisten Lukas till artontonhundralets Berzelius. Så har vi förra seklets med stora svenska namn som Axel Munthe och lappdoktor Einar Wallqvist, Erik Ask-Uppmark, Gunnar Björk, Arvid Brenner och Jerzy Einhorn. Och Svenska Akademiens Lars Gyllensten. Ser vi ut över världen har vi förstås kända ryssar som Tjechov, Bulgakov och Tjernikovski, ryktbara engelsmän som Conan Doyle och Somerseth Maugham, amerikanen Oliver Sachs, och fransmannen Lois-Ferdinand Celine.

Och i nutid har vi som Georg Klein och P.C. Jersild, som ofta syns i samhällsdebatten. Vi har deckarförfattarna Karin Wahlberg, Åsa Nilsson och Jonas Moström, skojaren Rickard Fuchs, poeterna Eva Ström, Kajsa Siverbo-Widell, Pia Dellson och Claes Andersson. Vi har Lars Andersson, Carl-Magnus Stolt, Anders Drejare, Ulf Lockowandt,..... och många, många fler....

På Karolinska Universitetssjukhuset i Solna (Camera Obscura) finns en boksamling som 2005 skänktes av Lars Erik Böttiger, pensionerad överläkare i invertesmedicin. Den innehåller inte mindre än 600 volymer av icke-fackligt slag, författade av 165 läkare från 17 länder!

I läkarnas grundutbildning i Göteborg, Stockholm och Lund har skrivandet också börjat ta plats. Och i Uppsala har Merete Mazzarella – som är professor i nordisk litteratur i Helsingfors - haft skrivarkurser för läkarstuderande.

I samband med Läkartidningens 100-årsjubileum 2004 utlystes en novelltävling. Trettio av de hundra inskickade bidragen gavs ut i bokform ”Att vara doktor” på Brombergs förlag. Så nog skrivs det hemma i stugorna/läkarvillorna!

Efter denna inledning var det så de övriga symposiedeltagarnas tur att berätta om sitt skrivande och delge auditoriet något av vad de skrivit.

Thomas Eklundh inledde med en text kallad "Det finaste man kunde bli". Inför en andäktig publik reflekterade han där kring sin mammas liv, hennes syn på läkaryrket och hennes sista tid i livet. Som medicine kandidat blev han nu anhängig.

Tina Nyström Rönnås läste upp sin text "Att vara doktor – en vardagsberättelse", där hon i lågmäld ton beskrev en dag i en allmänläkares liv. En dag, fylld av känslor av de mest oväntade och skilda slag men samtidigt en alldeles vanlig dag. Många i publiken log....

Inge Carlsson delgav oss några dikter han skrivit. Med självdistans, en absolut pricksäker ironi och mycket kärlek beskrev han några patienter. Och nu var det dags för auditoriet att skratta....

*Elisabeth Hultcrantz*s första text hade titeln "Professorns mottagning". Det var en allvarlig beskrivning av chefsrollen i en ny tid. Att vara först, att vara duktig och att vara kvinna. Och så kompliceras bilden av att man plötsligt inte mår bra Mycket tänkvärt. Sist fick vi också med ett patientperspektiv på sjukvården, när Elisabeth delgav oss "I en sal på lasarettet....." - ett barns reflektioner från en sanatorievistelse vid mitten av förra seklet.

Nu hade de två timmarna gått, och vårt intryck var att åhörarna var mer än nöjda. Förhoppningsvis hade vi stimulerat ytterligare några kollegor att ibland skriva litet mer än journaler och epikriser, och kanske kan det personliga skrivandet uppmärksammas också vid kommande läkarstämmor.

“How long have you been here?”:35 years in the doctor’s chair

Gästföreläsning på Riksstämman den 30 november 2007
av John Salinsky, GP,

Biography:

John Salinsky has been a family doctor in the same practice in North West London, for 35 years. He is also a teacher of general practice. He has a longstanding interest in Balint groups (discussion groups where doctors can reflect on their relationships with patients) and is editor of the Journal of the Balint Society (UK). He is the author with Paul Sackin of *What are you feeling doctor?* and has also written two books about medicine and literature.

Abstract:

Towards the end of a professional lifetime in the same practice I can reflect on relationships with patients over the years. To begin with, I tried to be an objective, wholly scientific physician. However I soon became aware of the dangers of neglecting the part played by the emotions, both the patients’ and my own. Disturbances of feeling led to the development of defences which were only gradually modified with the help of a Balint group. Some patients made me feel angry with the way they treated me. Others seemed to ask for and deserve special privileges and I wondered if this was allowed. Over the years the patients and I have grown to understand each other better. We have grown old together. Some have known me since they were little and now bring their own children to see me. I am reluctant to leave.

Skrivartävlingen

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis andra pris i skrivartävlingen gick till bidraget "[Under text](#)" insänt av **Inge Carlsson**. Han fick priset med motiveringen: "En språkligt och psykologiskt väl gestaltad berättelse som präglas av ömhet, trots den litet ironiska distansen, och klarsyn både visavi patient och läkare; ett inkännande som ger igenkännande och blir lärande - samtidigt rolig läsning!"

UNDER TEXT av Inge Carlsson

| Läkarjournal | |
|---------------------------|--|
| Utskriftsdatum 2006-10-30 | |
| Dr --- | 60--- --, Igor |
| 2006-09-22 | Dr IC |
| Kontakt | Dl nybesök mott |
| Diagnos | R 60 Svulln tendens ben |
| Aktuellt | Har blivit nervös över sitt ben, haft en svullnad eller åtm en spänningsskänsla i benet och vid sin kardiologkontr för ett par mån sedan satte man in diuretikum som han nu tagit i form av Impugan dagl. Bara i början lite ökad diures. Har nu egentligen ingen synlig svulln men lätt ömhet kring distala tibia. Inget alls trombussuspekt i underbenet. |
| Bed/åtg | Långt samtal där jag försöker klargöra för pat att jag anser att han inte ska forts med Impugan utan att utvärdera eff av att sluta med densamma, kanske ta vid behov och skaffa sig en egen personlig uppfattn om nyttan av tabletten. Han har ju ingen svullnad som står på kardiell genes utan antingen är den inflammatoriskt betingad eller betingad av ett sämre venöst återflöde. Försöker att förklara detta för pat. Åter vid behov. /sign ic |

Igor hade i vederbörlig ordning ansökt om tillträde. Han hade med åren utvecklat sin kompetens hur gå tillväga, var och en gör ju sina erfarenheter.

Igor inkörspport är labbet, här är han hemmastadd, hit kommer han för sina PK-prover. Då kan han passa på att hugga doktorn; dock har han förstått att dylikt tag i vitrocken inte ger det utrymme hans något omständliga lynne kräver. I vissa fall är det en bättre ordning få en tid avsatt via sköterskan.

Igor från Europas Oroliga Hörn fick hjärtat klaffopererat i Schweiz. Klaffoperade patienter, särskilt vid schweiziska ingrepp, har sin status. Dylik kirurgi går sällan obemärkt förbi. Det magnifika ärret över bringan och det metalliska knäpp som ledsagar pulsen, utgör de yttre attributen av Division ett. Namnet på thoraxkirurgen är ej glömt. Känslan av utvaldhet, att ha fått ett liv tillbaka, är en Nåd men också en stolthet som sällan vederfar till exempel den med stomi försedde. Rektalcancern spelar i lägre division.

Läkaren bör vara medveten om att här kommer ett högstatusobjekt, här finns en historia som är framgångsrik - men också präglad av ängslan och potentiella risker.

Igors lite dystra framtoning minner om Ior i Nalle Puh. Han tar gärna ut alla nederlag i förväg. Doktors försök till salutogena ansatser faller på hälleberg. Hostan kan bli kronisk, tröttheten går aldrig över, labbet kan visa fel, jobbet på skolan finns inte för evigt.

Igor - Ior; det har lockat doktorn att vid tillfälle få spörja Igor om han läst Nalle Puh. Är inte det en lite intressant aspekt, har han tänkt en smula elakt.

Igor har lyckats hämta hit sin ungdomskärlek från grannbyn, hade haft bröllop enligt byns riktlinjer och redan har man två barn. Tösernas hjärtstatus är föremål för omständliga funderingar på BVC. Dock är han stolt över sin unga hustru. Hon är glad. Han gillar hennes optimism och käcka humör.

Tyvärr blev Igor försedd med måttlig, ensidig bensvullnad. Han var i denna veva på sin årliga hjärtkontroll på det stora sjukhuset där han som vanligt fick träffa ny doktor. Denne beaktade föga risken med att oreflekterat sätta in en vätskedrivande terapi. Han kungjorde ej heller de möjliga patofysiologiska mekanismerna bakom det tillfälliga ödemet.

Nu ville Igor veta varför, när, var och hur denna medicinering skulle skötas. Det är OK; doktorn ger sin syn. Doktorn försöker avdramatisera ärendet. Man kan göra si - men också så. Orsaken kan vara den - men också den. Tillståndet är godartat och sannolikt övergående.

Doktorn betänker ej att dessa vidöppna möjligheter åt alla håll inte passar Igor. Igor blir mer förvirrad än lugnad. Han ställer precisionstygda motfrågor. Doktorn häpnar över hans oförmåga begripa överväganden, förstå nyanser, inse att saker och ting kan ses ur olika aspekter. Att egen kroppskänsla och signaltolkning kan användas, att ett sunt förnuft kan ge vägledning..

Igor är dataingenjör.

Han vill att husläkaren ska ge honom ett program som täcker in alla eventualiteter förknippade med denna svullnad och dess behandling. Kanske ett flödesschema med rektangulära rutor att kunna följa ? Med pilar fram till tydlig målgång ?

Trots flera kurser blir nu doktorn frustrerad och irriterad och höjer tonläget. Det är stört omöjligt få Igor att prata klartext. Annars så snar skylta kompetens - har han ingen åsikt själv ? Finns nån svårhittad rädsla som han klämmer på ? Nej, envist mumlar han om "fel nånstans", "inte normalt, "går inte över." Till slut lyfter Igor axlar och ögonbryn, vänder ut handflatorna och levererar den ultimata tillrättavisningen: "jag är ingen doktor".

Han la inte till "och det är väl inte du heller verkar det som". Annat var det i Zürich.

Klockan går. Telefonen ringer. Någon knackar på dörren. Doktorn välkomnar avbrotten. Igor måtte väl begripa det finns andra problem än det där lilla ödemet.

Igor har all tid i världen. Han har tagit ledigt för att ansätta expertisen. Det är faktiskt på tiden att husläkaren beaktar hans anamnes, hans position, hans ärofyllda förflutna.

Sköterskan kommer bryskt in. Ursäkten låter mer som en reprimand. Röd i ansiktet klappar hon fram till Utkorgen och dyker frenetiskt ner. Är remissen på Sandberg klar ? Sonen har parkerat sig på expeditionen, blir inte av med honom !

Igor lyssnar, smått intresserad. - Det ligger ett papper på skrivaren, säger så Igor med sin missmodiga ton, om ni inte hittar. Dock är han lite nöjd över att ha situationen under kontroll när alla andra börjar bli nervösa.

- Tack Igor, du vet vad grejorna finns ! Doktorn ser chans lätta på trycket.

Sköterskan störtar ut med papperet. Igor kavlar nu upp även det friska vänsterbenet för att anställa jämförelse. Börjar omständligt redogöra för sitt försök sluta med nån form av löpning. Doktorn trummar på stetoskopet, hur får man stopp på karlen ?

Klockan har blivit 14.25. Det lär stå en tårta i kafferummet.

När otåliga fru Jönsson för andra gången stuckit in huvudet och nu låtit meddela att hon ska besiktiga kl tre och att det är ombesiktning annars blir det min själ körbud så tar doktorn befälet:

- Igor, hör nu vad jag säger ! Sluta med tabletten ! Och se vad som händer ! Lagg upp skänken på en stol ! Fortsätt med korpfbollen eller vad fasen du höll på med ! Linda ankeln ! Om nu det känns bra ! Slå larm om problem !

- Och hälsa hem ! Vad gör frun förresten nuförtiden ? Doktorn vill liksom dra in ungfrun i ärendet, Olga är den som skulle ha förstått kvittra bort hela bagatellen.

- Hon har fått ont i magen, suckar Ior och kavlar ner byxbenen. Han är förvillande lik sin nutida efterföljd, Igor från därefter någonstans i Oroliga hörnet.

- Du har väl läst Nalle Puh ? Där står det mesta man behöver veta !

Igor är redan utom dörr. Han skakar på huvudet och bara går.

Nån Puh har inte Igor läst, däremot tycks Igor anse att doktorn är ingen riktig doktor, ingen professor Barthel eller vad han hette i Zürich som han jämnt skryter om.

Igors anvisade husläkare sjunker suckande ner och försöker prestera en journal. Han lyckas inte med det heller. Fru Jönsson vältrar in och tjarar om nån jävla besiktning.

Inbjudan till Skrivartävlan 2008

Svenska Föreningens för Medicinskt Psykologi Skrivarpris utlyses

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2008 års skrivartävling.

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1500 kr. De vinnande texterna publiceras i bl a Bulletinen för Medicinsk Psykologi .

Bidragen i word-format ska vara bedömarkommittéen tillhanda senast den 15 dec 2008.

Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi, Henry Jablonski, drhj@jablonski.se som också lämnar ytterligare upplysningar.

Skrivartävlan 2008 för med stud/med kand och AT-läkare

Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2008 års skrivartävling för medicine studerande/kandidater och AT-läkare.

Läkarutbildningen innehåller möten och kliniska situationer som blir betydelsefulla för den blivande läkarens syn på sig själv och sitt yrkesval.

Vi inbjuder till en skrivartävling på detta tema. Bidragen ska utgöras av

- en redogörelse för en egen upplevelse/klinisk erfarenhet under kliniska studier, klinisk tjänstgöring/praktik eller arbete inom vården, eller den dubbla erfarenheten av att vara/ha varit patient och medicinare
- en reflektion över betydelsen av denna erfarenhet såsom du själv har tänkt och känt kring eller bearbetat den på annat sätt: i grupp eller i enskilda samtal.
- vad denna erfarenhet betytt för synen på läkaryrket och ev. för den egna personliga utvecklingen, existentiell syn etc.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 10 sidor, (1,5 radavstånd). Priset för det vinnande bidraget är 5 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1000 kr. De vinnande texterna publiceras i bl a Bulletinen för Medicinsk Psykologi. Bidragen i word-format ska vara bedömarkommittén tillhanda senast den 15 dec 2008 till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi, Henry Jablonski, drhj@jablonski.se, som också lämnar ytterligare upplysningar.

SEKTIONEN för MEDICINSK PSYKOLOGI

KALLELSE till ÅRSMÖTE

Onsdagen den 12 mars 2005 kl. 18.00 - c:a 21.00

Svenska Läkaresällskapets lokaler, (Klubbrummet),

Klara Östra Kyrkogata 10

Dagordning

1. Val av ordförande, sekreterare och justeringspersoner för årsmötet
2. Kallelseförfarandet
3. Fastställande av dagordning
4. Verksamhetsberättelse
5. Kassaberättelse
6. Revisionsberättelse
7. Fråga om ansvarsfrihet
8. Motioner
9. Fastställande av årsavgift
10. Val av styrelse för kommande verksamhetsår
11. Val av valberedning (3)
12. Val av 2 revisorer jämte suppleanter
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling samt suppleanter till dessa.
14. Förslag om stadgeändring (Se bifogat förslag. En röstning för förslaget måste följas av att Svenska Läkaresällskapets nämnd inte motsätter sig stadgeändringen för att sedan vara giltigt.)
15. Paraplyt och Hemsidan
16. Information om kommande vetenskapligt program.
17. Övriga frågor

Efter årsmötet dricker vi kaffe och äter smörgås.

"SOCIALMEDICIN I SVERIGE IDAG - VAD GÖRS RUNTOM I LANDET?"

Föredragshållare professor/överläkare Bo Burström, Socialmedicin SLL/KI, Stockholm.

Göran Rydén

Sekreterare, Sektionen för Medicinsk Psykologi

Bilaga 1: Styrelsens förslag till stadgeändring:

2007-10-24

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS

SEKTION FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI

Stadgar

§ 1 ORGANISATIONEN

Sektionen för Medicinsk Psykologi är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet.

SEKTIONEN FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI, i internationella sammanhang benämnd "Swedish Society of Medical Psychology", är en vetenskaplig sammanslutning av inom ämnesområdet verksamma svenska föreningar för legitimerade eller blivande läkare och för andra medicinska utövare eller företrädare för medicinen närstående verksamhet. Sektionen bildades 1998 av Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi, Svenska Psykoanalytiska Föreningen, Svenska Psykoanalytiska Sällskapet (dåvarande Föreningen för Holistisk Psykoterapi och Psykoanalys) samt Svensk Förening för Psykosomatisk Medicin.

Invald förening benämns subsektion. Ytterligare svenska nationella föreningar kan inväljas som subsektion i Sektionen om alla ingående subsektioner beslutat så.

Ingående svenska nationella föreningar är inom den egna verksamheten självständiga och obundna av Sektionen.

§ 2 MÅL

Sektionens ändamål är att främja den biopsykosociala vetenskapens utveckling för en helhetssyn på människan, hennes hälsa och sjukdom. Sektionen skall arbeta för tillämpningen av detta synsätt i det kliniska arbetet, i utbildningen av all vårdpersonal, i forskning samt i det allmänna medvetandet. Detta gör man särskilt genom att:

- a) Främja utvecklingen av medicinsk psykologi samt befordra intresset för psykologiska aspekter i all hälso- och sjukvård.
- b) Bidra till att utveckla, bredda och fördjupa kunskapen om de psykosomatiska sambanden. Härvid skall kunskapen om sjukdomsprocesser och hälsoprocesser ges lika tyngd och relevans. Dessa kunskaper skall tillämpas genom arbete för hälsa, förebyggande av sjukdom samt bästa möjliga vård, behandling och rehabilitering av sjuka människor.
- c) Befrämja och intensifiera ett samordnat förhållningssätt i samarbete mellan medicin, psykologi, humaniora och samhällsvetenskaper. Detta gäller såväl discipliner som individer inom dessa discipliner, och såväl kliniker, forskare som utbildare, på nationell och internationell nivå. Med det interdisciplinära förhållningssättet bör sektionen eftersträva att inom Läkaresällskapet erbjuda samordning för tvärfackligt nätverksskapande.
- d) Utveckla och understödja tvärvetenskapliga projekt inom klinisk verksamhet, forskning och utbildning.
- e) För berörda yrkeskategorier etablera tvärvetenskapliga utbildningsprogram som förbättrar förståelsen och behandlingen av patienter med multifaktoriella problem.
- f) Arrangera möten och organisera vetenskapliga konferenser där tvärvetenskapligt tänkande befordras.
- g) Etablera och upprätthålla aktiva relationer till syskonorganisationer i andra länder.

§ 3 ARBETSFORMER

Sektionen för Medicinsk Psykologi anordnar sammankomster med föredrag, seminarier, diskussioner och referat över ämnen inom nämnda områden.

Såsom Svenska läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi ombesörjer sektionen föredrag vid Sällskapets sammankomster i överensstämmelse med den för Sällskapet gällande arbetsordningen samt avger utlåtande i eller handlägger remisser och ärenden som hänskjutits till sektionen. Härvid skall Sektionen särskilt beakta och sammanväga de ingående subsektionernas uppfattningar. Vid handläggning av sådana ärenden som berör annan (andra) sektion(er) i Sällskapet skall samråd med denna (dessa) ske.

Frågor som Sektionen skall uppföra på fullmäktigemötets arbetsordning skall behandlas på ordinarie möte med Sektionen och tillställas Sällskapets nämnd minst två månader före ordinarie fullmäktigemöte.

§ 4 MEDLEMMAR

Tillhörighet till Sektionen uppnås genom medlemskap i någon av i Sektionen ingående svenska nationella föreningar. Medlemmar i subsektion bör vara ledamöter eller associerade ledamöter av Svenska Läkaresällskapet. Medlem i Sektionen blir person enligt regler som gäller för svensk nationell förening. Till hedersmedlem kan Sektionens årsmöte på förslag av styrelsen kalla svensk eller utländsk person vars insatser på ett betydelsefullt sätt främjat Sektionens verksamhet.

§ 5 UTTRÄDE

a) Enskild medlems utträde

Utträde ur Sektionen sker enligt de regler som gäller för varje enskild svensk nationell, ideell förening.

b) Subsektionens utträde

Svensk nationell förening som önskar utträde ur Sektionen må göra detta efter framställan till sektionsstyrelse.

Subsektion som allvarligt motverkar Sektionens syfte kan uteslutas efter omröstning med 3/4 majoritet i Sektionens styrelse *och* 2/3 majoritet vid Sektionens årsmöte.

§ 6 STYRELSEN

Styrelsemedlemmar i styrelsen för Sektionen för Medicinsk Psykologi utses genom val i de ingående svenska nationella föreningarna. Dessa väljer vardera två representanter till Sektionens styrelse.

Val av ledamot till Sektionens styrelse skall ske enligt de regler varje svensk nationell förening själv ålägger sig.

Namnförslag till Sektionens styrelse skall vara Sektionens valberedning tillhanda minst två månader före Sektionens årsmöte.

Styrelsen består av minst 8 personer.

Om det totala antalet styrelserepresentanter valda av subsektionerna understiger 8, väljs ytterligare styrelseledamöter av Sektionens årsmöte. Bland styrelsemedlemmarna utser Sektionens årsmöte ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare, redaktör och riksstämmesekreterare. Ordförande skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet.

Vid beslut i styrelsen gäller enkel majoritet. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

Styrelsemedlem väljs på tre år med möjlighet till omval för ytterligare en period i följd. I styrelsearbetet skall styrelsemedlem arbeta för gemensamma intressen.

§ 7 STYRELSENS ARBETSFORMER

Styrelsen sammanträder på kallelse av ordföranden minst fyra gånger per år. Ordföranden är skyldig att

sammankalla styrelsen så snart någon ledamot gör framställan därom. Styrelsen är beslutsfällig när minst halva antalet ledamöter är närvarande. Omröstningen är öppen om ej annat begärs. Vid lika röstetal gäller den mening ordföranden biträder. Ärenden kan avgöras vid sammanträde per capsulam (telefon- eller internetmöte) om samtliga styrelsemedlemmar är ense om beslutet.

Beslut i ärenden som berör för Svenska läkaresällskapet gemensamma angelägenheter skall snarast tillställas Sällskapets nämnd.

§ 8 ÅRSMÖTE

Skriftlig kallelse till Sektionens årsmöte skall utsändas via post, e-post eller som bilaga till sektionens tidskrift minst sex veckor i förväg till medlemmarna i samtliga ingående subsektioner. Årsmötet annonseras på Sektionens hemsida.

Sektionens årsmöte skall äga rum under första kvartalet på dag som bestäms av styrelsen. Vid Sektionens årsmöte föredrages styrelse- och revisionsberättelse, beslutas frågan om ansvarsfrihet för styrelsen, fastställs årsavgiftens storlek samt väljes styrelsemedlemmar till posterna i styrelsen. Dessutom väljes tre ledamöter till valberedningen, två revisorer och en suppleant för dessa, jämte för en tid av två år representant(er) i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleant(er) för denne(a) (dessa). Fullmäktige (suppleant) skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet.

§ 9 EXTRA MÖTE

Extra möte skall hållas när sektionsstyrelse, styrelse för svensk nationell förening, eller minst 10 medlemmar skriftligen begär sådant för att behandla uppgivet ärende.

Kallelse till extra möte skall vara medlemmarna tillhanda senast fyra veckor före mötet.

§ 10 PROTOKOLL

Vid möte, extra möte och styrelsesammanträde skall protokoll föras. Utdrag avseende beslut i ärende som berör för Sällskapet gemensamma angelägenheter skall snarast delges Sällskapets nämnd.

§ 11 SEKTIONENS FUNKTIONÄRER

Uppgifter om Sektionens funktionärer skall omedelbart efter förrättade val tillställas Sällskapet.

§ 12 MEDLEMSAVGIFTER

Sektionen har rätt att pålägga sina medlemmar, genom respektive subsektion, en årsavgift vars storlek beslutas på Sektionens årsmöte. Sektionen förvaltar med full äganderätt de gemensamma tillgångarna.

Sektionens räkenskapsår omfattar kalenderåret.

§ 13 OMRÖSTNING

Omröstning vid val sker öppet, då ej annat begärs. Vid lika röstetal avgörs val genom lottning.

Andra frågor avgörs, såvida omröstning begärs, genom öppen sådan. Vid lika röstetal gäller den mening som ordföranden ansluter sig till.

§ 14 TILLTRÄDE

Ledamot av Svenska Läkaresällskapet, vilken ej är sektionsmedlem, äger tillträde till Sektionens sammanträden med rätt att delta i förhandlingarna, men ej i Sektionens beslut.

Sektionsmedlem skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet för att kunna delta i beslut om speciella frågor som avses i §3, andra stycket.

§ 15 STADGEÄNDRING

Beslut om ändring av stadgarna äger rum på årsmöte i Sektionen och kräver 2/3 majoritet. Skriftligt förslag om ändring insändes minst fyra månader före årsmötet till Sektionen.

Förslag till stadgeändring skall åtföljt av styrelsens yttrande tillställas subsektion samtidigt med kallelsen till årsmötet.

För ändring av stadgar fordras att 3/4 av styrelsen beslutat tillstyrka detta. Beslutad ändring träder i kraft sedan Svenska Läkaresällskapet fastställt densamma.

Bilaga 2: Nuvarande stadgar

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS

SEKTION FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI

Stadgar

§ 1 ORGANISATIONEN

Sektionen för Medicinsk Psykologi är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet.

Ingående subsektioner är:

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Svensk Förening för Psykosomatisk Medicin

Svenska Psykoanalytiska föreningen

Svenska Psykoanalytiska sällskapet (f.d. Föreningen för Holistisk Psykoterapi och Psykoanalys)

Ytterligare svenska nationella föreningar kan inväljas som subsektion i Sektionen om alla ingående subsektioner beslutat så.

Ingående svenska nationella föreningar är inom den egna verksamheten självständiga och obundna av Sektionen.

§ 2 MÅL

Sektionens ändamål är att främja den biopsykosociala vetenskapens utveckling mot en helhetssyn på människan, hennes hälsa och sjukdom. Sektionen skall arbeta för tillämpningen av detta synsätt i det kliniska arbetet, i utbildningen av all vårdpersonal, i forskning samt i det allmänna medvetandet. Detta gör man särskilt genom att:

a) Främja utvecklingen av medicinsk psykologi samt befordra intresset för psykologiska aspekter i all hälso- och sjukvård.

b) Bidra till att utveckla, bredda och fördjupa kunskapen om de psykosomatiska sambanden. Härvid skall kunskapen om sjukdomsprocesser och hälsoprocesser ges lika tyngd och relevans. Dessa kunskaper skall tillämpas genom arbete för hälsa, förebyggande av sjukdom samt bästa möjliga vård, behandling och rehabilitering av sjuka människor.

c) Befrämja och intensifiera samarbetet mellan medicin, psykologi, humaniora och samhällsvetenskaper. Detta gäller såväl discipliner som individer inom dessa, vilka arbetar med multifaktoriella frågeställningar. Det gäller såväl kliniker, forskare som utbildare, på nationell och internationell nivå.

- d) Utveckla och understödja tvärvetenskapliga projekt inom klinisk verksamhet, forskning och utbildning.
- e) För berörda yrkeskategorier etablera tvärvetenskapliga utbildningsprogram som förbättrar förståelsen och behandlingen av patienter med multifaktoriella problem.
- f) Arrangera möten och organisera vetenskapliga konferenser där tvärvetenskapligt tänkande befordras.
- g) Etablera och upprätthålla aktiva relationer till syskonorganisationer i andra länder.

§ 3 ARBETSFORMER

Sektionen för Medicinsk Psykologi anordnar sammankomster med föredrag, seminarier, diskussioner och referat över ämnen inom nämnda områden..

Såsom Svenska läkaresällskapets sektion för medicinsk psykologi ombesörjer sektionen föredrag vid Sällskapets sammankomster i överensstämmelse med den för Sällskapet gällande arbetsordningen samt avger utlåtande i eller handlägger ärenden som hänskjutits till sektionen. Härvid skall Sektionen särskilt beakta och sammanväga de ingående subsektionernas uppfattningar. Vid handläggning av sådana ärenden som berör annan (andra) sektion(er) i Sällskapet skall samråd med denna (dessa) ske.

Frågor som Sektionen skall uppföra på fullmäktigemötets arbetsordning bör behandlas på ordinarie möte med Sektionen och tillställas Sällskapets nämnd minst två månader före ordinarie fullmäktigemöte.

§ 4 MEDLEMMAR

Tillhörighet till Sektionen uppnås genom medlemskap i någon av i Sektionen ingående svenska nationella föreningar. Medlemmar i subsektion bör vara ledamöter av Svenska Läkaresällskapet. Medlem i Sektionen blir person enligt regler som gäller för svensk nationell förening.

Till hedersmedlem kan Sektionens årsmöte på förslag av styrelsen kalla svensk eller utländsk person vars insatser på ett betydelsefullt sätt främjat Sektionens verksamhet.

§ 5 UTTRÄDE

a) Enskild medlems utträde

Utträde ur Sektionen sker enligt de regler som gäller för varje enskild svensk nationell förening.

b) Subsektionens utträde

Svensk nationell förening som önskar utträde ur Sektionen må göra detta efter framställan till sektionsstyrelse.

Subsektion som allvarligt motverkar Sektionens syfte kan uteslutas efter omröstning med 3/4 majoritet i Sektionens styrelse *och* 2/3 majoritet vid Sektionens årsmöte.

§ 6 STYRELSEN

Styrelsemedlemmar i styrelsen för Sektionen för Medicinsk Psykologi utses genom val i de ingående svenska nationella föreningarna. Dessa väljer vardera två representanter till Sektionens styrelse.

Val av ledamot till Sektionens styrelse skall ske enligt de regler varje svensk nationell förening själv ålägger sig.

Namnförslag till Sektionens styrelse skall vara Sektionens valberedning tillhanda minst två månader före Sektionens årsmöte.

Styrelsen består av minst 8 personer.

Om det totala antalet styrelserepresentanter valda av subsektionerna understiger 8, väljs ytterligare styrelseledamöter av Sektionens årsmöte. Bland styrelsemedlemmarna utser Sektionens årsmöte ordförande, vice ordförande, sekreterare, skattmästare, redaktör och riksstämme-sekreterare. Styrelsemedlem skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet. Vid beslut i styrelsen gäller enkel majoritet. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

Styrelsemedlem väljs på tre år med möjlighet till omval för ytterligare en period i följd. I styrelsearbetet skall styrelsemedlem arbeta för gemensamma intressen.

§ 7 STYRELSENS ARBETSFORMER

Styrelsen sammanträder på kallelse av ordföranden minst fyra gånger per år. Ordföranden är skyldig att sammankalla styrelsen så snart någon ledamot gör framställan därom. Styrelsen är beslutsmässig när minst halva antalet ledamöter är närvarande. Omröstningen är öppen om ej annat begärs. Vid lika röstetal gäller den mening ordföranden biträder. Ärenden kan avgöras vid sammanträde per capsulam om samtliga styrelsemedlemmar är ense om beslutet.

Beslut i ärenden som berör för Svenska läkaresällskapet gemensamma angelägenheter skall snarast tillställas Sällskapets nämnd.

§ 8 ÅRSMÖTE

Skriftlig kallelse till Sektionens årsmöte skall utsändas sex veckor i förväg till medlemmarna i samtliga ingående subsektioner. Sektionens årsmöte skall äga rum under första kvartalet på dag som bestämmas av styrelsen. Vid Sektionens årsmöte föredrages styrelse- och revisionsberättelse, beslutas frågan om ansvarsfrihet för styrelsen, fastställs årsavgiftens storlek samt väljes styrelsemedlemmar till bestämda poster i styrelsen. Dessutom väljes tre ledamöter till valberedningen, två revisorer och en suppleant för dessa, jämte för en tid av två år representant(er) i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleant(er) för denne(a) (dessa). Fullmäktige (suppleant) skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet.

§ 9 EXTRA MÖTE

Extra möte skall hållas när sektionsstyrelse, styrelse för svensk nationell förening, eller minst 10 medlemmar skriftligen begär sådant för att behandla uppgivet ärende.

Kallelse till extra möte skall vara medlemmarna tillhanda senast fyra veckor före mötet.

§ 10 PROTOKOLL

Vid möte, extra möte och styrelsesammanträde skall protokoll föras. Utdrag avseende beslut i ärende som berör för Sällskapet gemensamma angelägenheter skall snarast delges Sällskapets nämnd.

§ 11 SEKTIONENS FUNKTIONÄRER

Uppgifter om Sektionens funktionärer skall omedelbart efter förrättade val tillställas Sällskapet.

§ 12 MEDLEMSAVGIFTER

Sektionen har rätt att pålägga sina medlemmar, genom respektive subsektion, en årsavgift vars storlek beslutas på Sektionens årsmöte. Sektionen förvaltar med full äganderätt de gemensamma tillgångarna.

Sektionens räkenskapsår omfattar kalenderåret.

§ 13 OMRÖSTNING

Omröstning vid val sker öppet, då ej annat begärs. Vid lika röstetal avgörs val genom lottning.

Andra frågor avgörs, såvida omröstning begärs, genom öppen sådan. Vid lika röstetal gäller den mening som ordföranden ansluter sig till.

§ 14 TILLTRÄDE

Ledamot av Svenska Läkaresällskapet, vilken ej är sektionsmedlem, äger tillträde till Sektionens sammanträden med rätt att delta i förhandlingarna, men ej i Sektionens beslut.

Sektionsmedlem skall vara ledamot av Svenska Läkaresällskapet för att kunna delta i beslut om speciella frågor som avses i §3, andra stycket.

§ 15 STADGEÄNDRING

Beslut om ändring av stadgarna äger rum på årsmöte i Sektionen och kräver 2/3 majoritet. Skriftligt förslag om ändring insändes minst fyra månader före årsmötet till Sektionen.

Förslag till stadgeändring skall åtföljt av styrelsens yttrande tillställas subsektion samtidigt med kallelsen till årsmötet.

För ändring av stadgar fordras att 3/4 av styrelsen beslutat tillstyrka detta. Beslutad ändring träder i kraft sedan Svenska Läkaresällskapet fastställt densamma.

Kalendarium

16th International Balint Federation World Congress, Brasov, Rumänien, aug 2009,
se www.balintinternational.com

Balint School, Dubrovnik 2-7 juni 2008,
info: stanislava.stojanovic-spehar@zg.htnet.hr

Danska Balintsällskapet Selskab for samtale og supervision i almen praksis
Kurs i handledning och samtalsbehandling, Klitgaarden, 11-13 sept 2008
Info: 0000.000000000@00000000.00

HUR KAN PSYKOSOMATISK KOMPETENS BIDRA TILL MÄNNISKORS HÄLSA?

*Svensk Förening för Psykosomatisk Medicin arrangerar
7:e Nationella Kongressen i Psykosomatisk Medicin
1-2 september, Strand Hotell Borgholm*

För defintivt program: följ hemsidan www.psykosomatik.org
Eller kontakta: moren.hybbinette@bredband.net , birgitta.wikander@socarb.su.se eller
anders350@gmail.com .

Den sjätte kongressen för det Svenska Nätverket för Stressforskning

arrangeras i Uppsala den 19 och 20 maj 2008 på Uppsala Konsert och Kongress.
Kongressens tema är "*Stress - sårbarhet och motståndsfaktorer; ur individens, organisationens och samhällets perspektiv*".

Mer information på www.stressforskning.su.se/pub/jsp/polopoly.jsp?d=5493 .