Den barn- och ungdoms-psykiatriska verksamheten

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

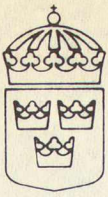
SOU 1985:14

Den barn- och ungdoms-psykiatriska verksamheten

Slutbetänkande från BFU -81

SOU 1985:14

130



Statens offentliga utredningar
1985:14
Socialdepartementet

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten

Slutbetänkande från BFU -81
Stockholm 1985

Omslag: Förlagsateljén, Johan Ogden
ISBN 91-38-08851-7
ISSN 0375-250X
Liber Tryck AB, Stockholm 1985 368019

Till statsrådet Sigurdsen

Den 26 juni 1980 bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Holm att tillkalla en kommitté med högst fem ledamöter för att utreda hur den verksamhet som bedrivs inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU/BUP) och den kommunala familjerådgivningen skulle kunna samordnas inbördes och med andra verksamheter med näraliggande arbetsuppgifter.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Holm den 20 februari 1981 som ledamöter justitieombudsmannen Tor Sverne, ordförande, utvecklingschefen Inger Claesson Wästberg, numera landshövdingen Bertil Göransson, riksdagsledamoten Siri Häggmark och dåvarande riksdagsledamoten, leg. sjuksköterskan Eivor Nilsson.

Genom beslut av regeringen den 11 november 1982 bemyndigades statsrådet Sigurdsen att tillkalla ytterligare en ledamot i kommittén. Med stöd av detta bemyndigande förordnade statsrådet Sigurdsen samma dag som ledamot riksdagsledamoten Yvonne Sandberg-Fries.

Göransson entledigades från sitt uppdrag den 26 mars 1984. Fr.o.m. sistnämnda datum förordnades landstingsrådet Lars Block som ledamot i kommittén.

Att som sakkunniga biträda kommittén förordnades den 20 februari 1981 utredningssekreteraren Ingemar Färm (LO), socionomen Emy Karlsson (SACO/SR), sekreteraren Marita Minell (Sv. Kommunförbundet), kuratorn Evi Sikell (TCO), sekreteraren Ina Villner (Landstingsförbundet), avliden den 16 januari 1982, och byråchefen Olle Östman (Socialstyrelsen), den 28 januari 1982 utredningssekreteraren Stig Malmström (LO) och numera planeringschefen Bengt Linder (Landstingsförbundet), den 15 februari 1982 kuratorn Anders Kärnekull (TCO), den 22 juni 1983 sektionschefen Bengt Wiktorin (Landstingsförbundet) och byråchefen Börje Lassenius (Socialstyrelsen) samt den 5 september 1983 sekreteraren Vivianne Primér (TCO) och sekreteraren Anita Sundin (Sv. Kommunförbundet). Färm och Sikell enledigades från sina uppdrag fr.o.m. den 31 januari 1982 resp. den 15 februari 1982, Linder och Östman fr.o.m. den 1 augusti 1983 samt Kärnekull och Minell fr.o.m. den 5 september 1983.

Som experter förordnades den 20 februari 1981 departementssekreteraren Birgitta Bratthall och överläkaren Ebba Neander samt den 3 april 1981 förbundsordföranden Inga Sylvander och familjerådgivaren Elisabeth Bergenheim. Bergenheim entledigades fr.o.m. den 1 augusti 1983.

Kommittén har antagit namnet BFU-81 (Barn- och ungdomspsykiatri- samt Familjerådgivnings- Utredningen 1981).

Som sekreterare i kommittén har tjänstgjort sekreteraren Uncas Serner, avliden den 25 januari 1982, fr.o.m. den 10 februari 1982 hovrättsassessorn Barbro Röst Andréasson och fr.o.m. den 1 februari 1985 experten i kommittén överläkaren Ebba Neander.

Kommittén har låtit göra en undersökning av efterfrågan på och behovet av tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Undersökningen har utförts av docenten Ulf Janson. Docenten Kristina Humble har varit knuten till arbetet med undersökningen som specialistkonsult. I arbetet har även fil.kand. Ylva Elfner medverkat. Sammanfattningar av undersökningen har medtagits som bilagor i betänkandet.

Kommittén har efter remiss yttrat sig över journalutredningens betänkande Patientjournaler (SOU 1984:13) och promemoria Rätten att ansöka om förstörande av journaler enligt 11 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.m.

Kommittén har i juni 1983 avgivit delbetänkandet Familjerådgivning — verksamhet och organisation (Ds S 1983:8).

Kommittén får härmed överlämna betänkandet Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. I vissa frågor har särskilda yttranden avgivits.

Utredningsuppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i april 1985

Tor Sverne

Inger Claesson Wästberg *Siri Häggmark*

Eivor Nilsson *Yvonne Sandberg-Fries*

Lars Block

/Barbro Röst Andréasson
Ebba Neander

Innehåll

Sammanfattning av kommitténs analyser och ställningstaganden .. 9

Författningsförslag 19

1 *Utredningsuppdraget* 21
1.1 Bakgrund och direktiv 21
1.2 Utredningsarbetet 23

2 *Barn- och ungdomspsykiatrins utveckling i vårt land* 25
2.1 Kort historik 25
2.2 Tidigare utredningar 26

3 *Något om barns behov och utveckling* 29
3.1 Inledning 29
3.2 Ett barns behov 29
3.3 När problem uppstår 32
3.4 Barns psykiska hälsotillstånd 34
3.5 Handikappade barns särskilda behov 36
3.6 Invandrarbarns särskilda behov 37

4 *Samhällets resurser för barn och ungdomar med psykiska störningar* 39
4.1 Inledning 39
4.2 Socialtjänst 39
4.3 Skola 41
4.4 Hälso- och sjukvård 43
4.4.1 Inledning 43
4.4.2 Primärvård 44
4.4.3 Länssjukvård och regionsjukvård 46
4.4.4 Primärvårdens samverkan med länssjukvården 47
4.5 Kompletterande resurser för vissa grupper av barn och ungdomar 48
4.5.1 Resurser för handikappade 48
4.5.2 Resurser för invandrare 51
4.5.3 Hem för vård eller boende 52
4.5.4 Familjerådgivning 52

5 *Barn- och ungdomspsykiatrins nuvarande arbetsuppgifter* .. 53
5.1 Målsättning 53
5.2 Kunskapsområde 55
5.3 Kompetensområde 57
5.4 Störningsformer 58
5.5 Handläggnings- och arbetsmetodik 64
5.5.1 Inledning 64
5.5.2 Direkt arbete med patienter 64
5.5.3 Indirekt arbete 68

6 *Barn- och ungdomspsykiatrins omfattning m.m.* 71
6.1 Inledning 71
6.2 Organisation 71
6.3 Sluten vård 73
6.4 Tvångsvård 74
6.5 Öppen vård 75
6.6 Åldersgränser 76
6.7 Patientavgifter 77
6.8 Tjänster 77
6.9 Barn- och ungdomspsykiatrins kontaktytor 78
6.10 Forskning och utbildning 80
6.11 Landstingens egna utredningar och beslut 81

7 *Värderingar av och problem inom barn- och ungdomspsykiatrin* 83
7.1 Tidigare framförda synpunkter 83
7.2 Aktuella synpunkter 84
7.2.1 Synen på barn- och ungdomspsykiatrin i stort 85
7.2.2 Behov av tjänster, hinder för samverkan samt framtidsbedömningar 85
7.2.3 Förebyggande insatser och samverkan i övergripande former 90
7.2.4 Sammanfattning 91
7.3 Barn- och ungdomspsykiatrins synpunkter 92
7.4 Överväganden 92

8 *Mål- och avgränsningsfrågor* 95
8.1 Mål 95
8.2 Avgränsningsfrågor 95
8.2.1 Allmänna synpunkter 95
8.2.2 Huvudmannaskap 98

9 *Samverkan* 101
9.1 Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och basorganisationerna 101
9.2 Samverkan kring handikappade 103
9.3 Samverkan kring invandrare 103
9.4 Vårdkrävande 104
9.5 Former för samverkan 105

9.6 Sekretessfrågor ... 107
9.7 Samverkansmodeller ... 108

10 *Lagar som berör den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten* ... 113
10.1 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ... 113
10.1.1 Hälso- och sjukvårdslagens tillämplighet på den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten ... 113
10.1.2 Politisk ledning ... 114
10.1.3 Medicinskt ledningsansvar ... 115
10.2 Tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal samt behörighetsbestämmelser m.m. ... 119
10.3 Lagen (1962:381) om allmän försäkring ... 122
10.4 Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) ... 125
10.5 Sekretesslagen (1980:100, omtryckt 1982:1106) ... 126

Särskilda yttranden ... 127

Bilagor
1 Efterfrågan på insatser och tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Sammanfattning, febr. 1984 ... 131
2 Barn- och ungdomspsykiatrins syn på samverkan kring psykisk och psykosocial problematik. Sammanfattning, febr. 1984 ... 169
3 Tabeller över antal tjänster m.m. ... 181
4 Analysmodell ... 187
5 Handledning, konsultation och förebyggande arbete ... 191

Sammanfattning av kommitténs analyser och ställningstaganden

Bakgrund

Av våra direktiv framgår att den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten utsatts för kritik i skilda avseenden. Det har sagts att den huvudsakligen tar emot motiverade klienter, att den på sina håll visar begränsat intresse för barn med sociala komplikationer, att den har svårt att ställa upp med kort varsel i akuta situationer samt att den slits sönder av interna strider mellan olika psykiatriska skolor och olika personalgrupper. Det har också gjorts gällande att den är alltför sjukhusanknuten och ägnar sig för mycket åt sluten vård. Barn- och ungdomspsykiatrin har även kritiserats för att samarbetet med andra verksamhetsgrenar inte har fungerat tillfredsställande, vilket resulterat i en splittring av tillgängliga resurser.

Sett mot här angivna bakgrund har förslag förts fram om att ändra huvudmannaskapet för och organisationen av barn- och ungdomspsykiatrin. Förslag har framförts att lägga barn- och ungdomspsykiatrin under kommunalt huvudmannaskap. I samband härmed har även framförts tanken på att införliva den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten med socialtjänstorganisationen. Ett annat förslag har varit att flytta barn- och ungdomspsykiatrins psykologer och kuratorer till socialtjänsten och att låta kommunerna köpa de medicinska insatser som behövs av landstinget genom konsultavtal. Slutligen kan nämnas att förslag även framlagts om att landstingens barnavårdande verksamheter — barnhälsovården, barnhabiliteringen och barn- och ungdomspsykiatrin — borde slås samman till ett barncenter.

Vårt uppdrag är att närmare undersöka barn- och ungdomspsykiatrins utformning och att analysera behovet av samarbete mellan olika verksamheter, som har att ta befattning med barn och ungdom eller får kännedom om deras problem. Vi bör också ta fram förslag till lämpliga modeller för den framtida verksamheten i syfte att ge de berörda huvudmännen uppslag och impulser till förändringar och förbättringar inom ramen för nuvarande eller ett ändrat huvudmannaskap.

För att fullgöra vårt uppdrag har vi — som framgår av redogörelsen i detta betänkande — tagit del av och i sammandrag redogjort för ett antal tidigare utredningar om psykiska störningar hos barn och ungdom och om barn- och ungdomspsykiatrin. Vi har också själva införskaffat

uppgifter om verksamhetens nuvarande organisation. Vidare har vi med hjälp av docenterna Kristina Humble och Ulf Janson samt fil kand Ylva Elfner låtit göra en undersökning av efterfrågan på och behovet av tjänster från barn-och ungdomspsykiatrin hos andra verksamheter som arbetar med barn och ungdomar. Vi har därjämte besökt ett flertal barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och mottagningar. Slutligen har vi hållit en hearing med företrädare för bl.a. barnhälsovården, socialtjänsten och skolan.

Bedömning av insamlat material

Av det material vi sålunda insamlat har vi dragit följande slutsatser. Psykiska störningar av olika art förekommer inte sällan hos barn och ungdom under uppväxtåren. I många fall är det fråga om enstaka beteendeavvikelser av övergående art. Barn och ungdomar med beteendeavvikelser och/eller psykiska störningar behöver dock ofta hjälp från samhällets sida. Stöd och hjälp lämnas då vanligen från de samhällsorgan, som normalt har kontakt med barnet eller den unge, eller på vad vi i detta betänkande kallar för basnivån. Vad vi i det sammanhanget framför allt tänker på är primärvården — särskilt barnhälsovården/distriktsvården —förskolan, socialtjänsten i övrigt och skolan.

Under de senaste årtiondena har hälso- och sjukvården genomgått en snabb utbyggnad. Primärvården — med bl.a. öppen vård vid vårdcentraler — har ställts i förgrunden. Inom primärvården ägnar man sig på ett helt annat sätt än tidigare åt patienter med symtom eller besvär, som inte direkt kan återföras till någon bestämd sjukdom utan där psykiska eller sociala faktorer har den största betydelsen. I detta sammanhang bör särskilt nämnas den utveckling som skett inom barnhälsovården där alltmer av tiden ägnas åt psykisk rådgivning.

Barnhälsovården arbetar med förebyggande insatser för barn upp till åldern 7 år. Vid en konstaterad störning i barnets utveckling går barnhälsovården ofta in genom att stödja föräldrarna på olika sätt, bland annat i samarbete med socialtjänsten. Till största delen sköts det förebyggande arbetet inom barnhälsovården av sjuksköterskor. Psykologer och i viss utsträckning även kuratorer inom primärvården arbetar både direkt förebyggande och som handledare. I specialistutbildningen för allmänläkare inom primärvården ingår viss utbildning i allmänpsykiatri. I barnläkarutbildningen ingår utbildning inom barn- och ungdomspsykiatri.

Socialtjänsten har ett stort ansvar, när det gäller barns och ungdomars utveckling. Inte minst gäller detta förskoleverksamheten, som socialtjänsten svarar för. Ansvarig för hälsovården vid förskolor är dock barnhälsovården.

Enligt de riktlinjer som statsmakterna lagt fast för förskoleverksamheten, skall förskolan sträva efter att i samarbete med föräldrarna ge varje barn bästa möjliga betingelser för att rikt och mångsidigt utveckla sina känslo- och tankemässiga tillgångar. Förskolan skall om möjligt lägga grunden till att barnet utvecklas till en öppen och hänsynsfull

människa. Detta kräver resurser också på psykologsidan. På vissa håll i landet finns inom socialtjänsten förskolepsykologer anställda, som ger stöd till förskolepersonalen. Handledning och arbetsledning ges av barnomsorgsassistenter, pedagogkonsulter och föreståndare. Detta är inte minst viktigt mot bakgrund av att barn med särskilda behov har rätt till plats i förskolan tidigare än andra barn och att en placering av sådant barn många gånger är ett led i socialtjänstens arbete med att hjälpa ett barn i en familj med sociala och psykiska problem.

Även beträffande äldre barn har socialtjänsten ett särskilt ansvar. Enligt 12 § socialtjänstlagen skall socialnämnden verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialnämnden skall också i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling hos barn och ungdom samt särskilt hjälpa dem som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Detta kräver kunskaper hos personalen, som ofta förvärvas genom fortbildning eller genom handledning från exempelvis psykologer eller vidareutbildade socionomer. I vissa kommuner finns också psykologer anställda för att biträda i dessa frågor.

Ett stort ansvar vilar på skolan. Enligt 1 kap 1 § skollagen skall skolan i samarbete med hemmet främja elevens utveckling till en harmonisk människa och till en duglig och ansvarskännande samhällsmedlem. Den skolpersonal som i detta sammanhang främst kommer i blickpunkten är klassföreståndaren, skolpsykologen, skolkuratorn, skolsköterskan och skolläkaren. Klassföreståndaren skall särskilt följa elevernas förhållanden. Uppkommer tecken på psykiska störningar bör klassföreståndaren i första hand ta kontakt med föräldrarna för att på den vägen försöka stödja och hjälpa eleven. När behov därav föreligger bör skolpsykolog, skolkurator, skolsköterska eller skolläkare underrättas, så att en planering vid s.k. elevvårdskonferens kan ske av hur eleven på bästa sätt skall hjälpas. Eleverna och deras föräldrar har givetvis också möjlighet att själva söka upp dessa personer för att få hjälp med elevens eller familjens problem.

När man på basnivån inte anser sig kunna ge barnet eller den unge den hjälp han behöver i psykiskt hänseende anlitas oftast den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten som en specialistresurs. Därjämte är det inte ovanligt förekommande att enskilda själva vänder sig direkt till barn- och ungdomspsykiatrin. Detta kan ske vare sig man tidigare anlitat resurserna på basnivån eller inte.

Av den undersökning vi gjort framgår att barn- och ungdomspsykiatrin under den senaste tioårsperioden genomgått en betydande utveckling. Från att tidigare i stor utsträckning varit klinikansluten har verksamheten alltmer inriktats mot öppenvård vid mottagningar ute i landstingen. De fristående mottagningarna och filialerna har, Stockholms och Göteborgs oräknade, under tiden 1975 till 1984 ökat från 7 till 80. I Stockholm och Göteborg har under samma period antalet ökat från 30 till 40. Antalet vårdplatser vid klinik har under perioden minskat från 660 till 379 medan behandlingshemsplatserna ökat från 147 till 223. De tre tidigare specialklinikerna på regional nivå i Lund, Uppsala och Stockholm för vårdkrävande barn och ungdom är avvecklade eller un-

der avveckling. På tjänstesidan har under tioårsperioden en ökning skett av specialistutbildade läkare från 146 till 210, av psykologer från 261 till 432, av kuratorer från 234 till 335 och av övrig personal från 1 195 till 1 402.

En avsevärd fortbildningsverksamhet pågår genom landstingens försorg. Många inom barn- och ungdomspsykiatrin har skaffat sig kompetens i psykoterapi steg 1 och steg 2 enligt den statliga psykoterapiutbildningens normer.

Forskningen inom skilda områden av barn- och ungdomspsykiatrin har ökat i omfattning.

Utvecklingen inom barn- och ungdomspsykiatrin har också i många avseenden medfört en förändring av verksamhetens inriktning. Personal inom barn- och ungdomspsykiatrin har under de senaste åren i allt större utsträckning — vid sidan av sitt arbete med barn- och ungdomar med allvarliga psykiska störningar — åtagit sig uppdrag som handledare och konsulter åt andra verksamheter. Även på annat sätt har barn- och ungdomspsykiatrin ökat sitt samarbete med andra verksamheter, inte minst genom att sprida kunskap om sin egen verksamhet.

Av den på vårt uppdrag av Humble, Janson och Elfner utförda undersökningen framgår att flertalet verksamheter som har med barn och ungdom att göra önskar behålla barn- och ungdomspsykiatrin som en samlad specialiserad verksamhet. Barn- och ungdomspsykiatrin bedöms genomgående som en principiellt viktig verksamhet.

Däremot har flera kritiska röster höjts beträffande hur samarbetet med barn- och ungdomspsykiatrin fungerar. Mycket stark kritik har kommit från omsorgsverksamheten. Det har från dess sida hävdats att barn- och ungdomspsykiatrin visar ett mycket bristfälligt intresse för de utvecklingsstörda barnen och deras familjer.

Från socialtjänsten har hävdats att barn- och ungdomspsykiatrin väljer att hjälpa barn och ungdomar med "lättare" problem och svårigheter medan socialtjänsten ensam får ta ansvaret för de barn och ungdomar som har de största och svåraste problemen och störningarna. Särskilt tänker man på barn och ungdomar som är aggressiva och asocialt utagerande eller som missbrukar beroendeframkallande medel samt på barn och ungdomar som har svårigheter på grund av socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad problematik i familjen (s.k. multiproblemfamiljer).

Företrädare för skolan har gjort gällande bl.a. att barn- och ungdomspsykiatrin endast tar emot "motiverade" föräldrar och barn och ungdomar, dvs. de som själva söker hjälp eller förklarar sig villiga att genomgå behandling.

Samtidigt har i den på vårt initiativ gjorda undersökningen av efterfrågan på insatser och tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten flera företrädare för socialtjänst och skola förklarat sig ha ett gott samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin och vara nöjda med hur verksamheten idag fungerar.

Ställningstaganden

Enligt vår mening bör barn och ungdom, som på grund av psykiska störningar behöver hjälp, i första hand få denna hjälp i sin normala omgivning. Vi syftar då på vad vi kallar basnivån, dvs de verksamheter som barnet normalt besöker. Hit hör barnavårdscentralen eller distriktsläkarmottagningen inom hälso- och sjukvårdens primärvård, förskolan och skolan. Stöd och hjälp bör även kunna lämnas av socialtjänsten i övrigt samt av barnhabiliteringen och omsorgsverksamheten. Vi vill starkt understryka värdet av en fortgående utveckling av insatser inom primärvården, förskolan och skolan i syfte att kunna möta psykiska störningar. Vi syftar då bl.a. på de förstärkningar som skett med personal, som har utbildning i att möta dessa problem, och den fortbildning som har skett och sker av personalen.

Särskild uppmärksamhet i detta sammanhang förtjänar invandrarbarnen. Den omflyttning familjen varit med om påverkar hela familjens situation. Vidare kan de skilda kulturmönstren mellan ursprungslandet och det nya landet skapa stora konflikter, som påverkar barnens situation. På de flesta håll är man väl medveten om dessa problem. Vi menar att det är särskilt viktigt att man observerar dessa problem redan på basnivån och där försöker komma till rätta med dem, innan de leder till allvarligare psykiska störningar.

Även om basnivån erhåller förstärkningar är det inte möjligt att denna kan ge de barn och ungdomar som har allvarliga störningar all den hjälp de behöver. I vissa fall krävs vård och behandling av specialister. Med denna utgångspunkt anser vi i likhet med vad majoriteten av enkätsvaren i vår undersökning ger vid handen att barn- och ungdomspsykiatrin bör vara en samlad specialiserad verksamhet för sådana insatser. Den bör sålunda enligt vår mening vara ett specialistorgan för utredning, vård och behandling av dem som har så svåra psykiska störningar att de inte kan avhjälpas på basnivån. Man bör alltså när möjligheterna att hjälpa den enskilde uttömts på basnivån eller när resurserna på basnivån redan från början befunnits otillräckliga ha möjlighet att remittera den enskilde till barn- och ungdomspsykiatrin. Detta hindrar inte att barn- och ungdomspsykiatrin även kan ta emot familjer och patienter som själva söker dit utan att ha utnyttjat basnivån. Verksamheten bör emellertid därvid uppmärksamma vilka som kan vara hjälpta med det stöd och den hjälp de kan få på basnivån och förmedla kontakten dit i stället för att i sådana fall själv ta hand om patienten.

Vi anser också att barn- och ungdomspsykiatrin bör arbeta i förebyggande syfte genom att på lämpligt sätt sprida sina kunskaper till bl.a. basnivån, så att man där får bättre förutsättningar att möta de psykiska problemen och avhjälpa dem.

Det specifika med barn- och ungdomspsykiatrin är att man arbetar i team enligt en tvärvetenskaplig metod. I teamet ingår barn- och ungdomspsykiatrer, psykologer och kuratorer. Teamet kan som gemensam bas tillgodose behovet av den grundkunskap av olika slag och de olika behandlingsinsatser som ofta krävs i de enskilda ärendena. Sjukvårdspersonal och pedagogisk personal kompletterar teamen.

En uppdelning och spridning av den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten till primärkommunerna, såsom föreslagits i vissa sammanhang, skulle innebära att endast de större kommunerna skulle ha ekonomiska möjligheter att skaffa sig denna särskilda kompetens. Små kommuner skulle antingen få gå samman för att kunna få nödvändiga enheter eller också få köpa tjänster av de större kommunerna. En sådan lösning framstår som mindre lämplig.

Vi anser att barn- och ungdomspsykiatrin är hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är landstingen ansvariga för sådan verksamhet. Det utredningsmaterial som vi införskaffat har inte gett oss anledning att föreslå någon specialreglering beträffande barn- och ungdomspsykiatrin utom på en speciell punkt som gäller Stockholms läns landsting.

Barn- och ungdomspsykiatrin hör således enligt vår mening till hälso- och sjukvården. Av 10 § hälso- och sjukvårdslagen följer då att ledningen över barn- och ungdomspsykiatrin utövas av en hälso- och sjukvårdsnämnd. Vi vill dock föreslå undantag i ett speciellt hänseende. Stockholms län intar främst genom sin befolkningsmässiga storlek en särställning i förhållande till övriga län. Detta förhållande har medfört att det i vissa fall har ansetts nödvändigt att i lagstiftning, som rör landstingskommunala verksamheter, göra undantag för Stockholms läns landsting.

När det gäller den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Stockholms län har denna på historisk grund utvecklat sig enligt två olika linjer. Man har sålunda en klinikanknuten barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet med vissa öppna mottagningar, som lyder under hälso- och sjukvårdsnämnden, och en öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet, som lyder under sociala nämnden (fr.o.m. 1986 omsorgsnämnden). Vi har under vårt arbete inte funnit skäl föreligga för att ändra på denna i landstinget politiskt väl förankrade ordning. Vi föreslår därför en särskild lag som gör det möjligt för Stockholms läns landsting att bibehålla denna ansvarsmässiga uppdelning.

En fråga som tilldragit sig stor uppmärksamhet under utredningsarbetet är vem som inom barn- och ungdomspsykiatrin skall ha ansvaret för den vård och behandling som ges. Enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen skall en läkare finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer, t.ex. öppenvårdsmottagning eller sjukhusklinik. Eftersom barn- och ungdomspsykiatrin är en verksamhet på vilken hälso- och sjukvårdslagen är tillämplig gäller bestämmelserna i 14 § hälso- och sjukvårdslagen även denna verksamhet och detta oavsett om det är en öppenvårdsmottagning eller sjukhusklinik.

Vi har diskuterat om det alltid skulle vara nödvändigt att ha ett medicinskt ledningsansvar för verksamheten. Frågan har aktualiserats bl.a. av att man inom den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom Stockholms läns landsting, PBU, bedriver en försöksverksamhet, där annan än läkare har det "övergripande behandlingsansvaret".

Frågan om ledningsansvaret inom barn- och ungdomspsykiatrin kan emellertid inte ses isolerad från andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Vi har därför inte ansett oss böra lägga något särförslag beträffande ledningsansvaret inom barn- och ungdomspsykiatrin utan föreslår att frågan om ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården blir föremål för en samlad utredning.

Vad angår målsättningen för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten vill vi ansluta oss till de riktlinjer som under senare år kommit till uttryck i olika landstingsplaner för verksamheten. Även vi anser alltså att barn- och ungdomspsykiatrin bör ha som mål att känna igen, bota, lindra och förebygga psykiska störningar. Barn- och ungdomspsykiatrin bör vara den specialistresurs inom landstinget, som har ansvar för diagnostik och behandling av de svårast psykiskt störda barnen och ungdomarna. Barn- och ungdomspsykiatrin bör ha hög tillgänglighet för de vårdsökande men även i förhållande till samverkande organisationer såväl inom landstinget som inom primärkommunen.

Behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatrin bör inriktas inte endast på barnet eller den unge utan också på familjen i dess helhet. Psykoterapin är ett av de viktigaste behandlingsmedlen. Därjämte måste den sociala närmiljön beaktas.

Om barn- och ungdomspsykiatrin skall ha möjlighet att nå de angivna målen är det emellertid nödvändigt att verksamheten inte är koncentrerad till kliniker utan att man för ut verksamheten i länet. Som framgår av tidigare redovisning har verksamheten under det senaste decenniet också decentraliserats med ett flertal mottagningar och filialmottagningar ute i kommunerna. Vi vill starkt tillstyrka en fortsatt sådan utveckling. Endast om barn- och ungdomspsykiatrin på det sättet breddar sin verksamhet kan den bli tillgänglig för alla som har behov av dess hjälp. Vi vill också framhålla att det med tanke på den samverkan som bör ske med andra myndigheter är lämpligt att barn- och ungdomspsykiatrin så långt möjligt söker gemensamma lokaler med angränsande vårdområden. Vårdcentraler utgör exempel på lämplig lokalisering även för barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar.

Vad angår samverkan med andra verksamhetsområden vill vi understryka att denna inte får medföra att barn- och ungdomspsykiatrin övertar det ansvar som bör vila på dessa områden. Som vi tidigare framhållit bör det i första hand åligga de verksamheter som barn och ungdom normalt kommer i kontakt med — vad vi kallat basnivån — att stödja och hjälpa de barn och ungdomar som på grund av psykiska störningar har behov härav. Barn- och ungdomspsykiatrins ansvar bör enligt vår mening vara dels att ge vård och behandling i sådana fall då det behövs specialistinsatser, dels att genom handledning och konsultation m.m. stödja andra verksamheter i deras arbete och härigenom sprida den barn- och ungdomspsykiatriska kompetensen. Genom sistnämnda verksamhet bör barn- och ungdomspsykiatrin också kunna fullgöra sin uppgift att verka i förebyggande syfte. Detta bör emellertid kunna ske även genom kontakter med huvudmännen för andra verksamheter som har med barn och ungdom att göra.

Inriktningen av barn- och ungdomspsykiatrin bör såsom framkommit i den av oss initierade undersökningen vara

a. En specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet till vilken man kan hänvisa barn och ungdom med grav psykisk problematik och till vilken man också kan hänvisa familjer med komplicerad psykisk problematik.
b. En barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet som besitter specialistkompetens för att göra avgränsade insatser i ärenden med komplex problematik, vilka i övrigt handläggs av andra verksamheter. Barn- och ungdomspsykiatrin skall göra psykiatriska, psykologiska och psykoterapeutiska insatser liksom utredning och diagnostiska bedömningar i ärenden med problembilder där andra aspekter dock ses som dominerande (somatiska, sociala, missbruksrelaterade, misshandelsrelaterade, pedagogiska, utvecklings- och inlärningsrelaterade etc).
c. En barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet, som besitter specialkunskaper i barn-, ungdoms- och familjepsykologi och är tillgänglig för alla sådana verksamheter som på något sätt kommer i kontakt med barn-, ungdoms- och familjeproblem av psykisk och social natur. Barn- och ungdomspsykiatrin skall genom konsultation, handledning, olika former av informellt stöd och i någon mån förebyggande arbete svara för en sådan kompetensspridning.

Beträffande två grupper av barn och ungdom vill vi framhålla behovet av ökad uppmärksamhet från barn- och ungdomspsykiatrins sida.

Den första gruppen är de handikappade barnen och ungdomarna. Detta är en grupp som kräver särskild uppmärksamhet och som på grund av sina förhållanden kan ha psykiska störningar av en sådan art att de inte alltid kan få det stöd och den hjälp de behöver på basnivån. Det har från dem som arbetar med de handikappade barnen i ovan nämnda undersökning riktats stark kritik mot att barn- och ungdomspsykiatrin inte gör tillräckliga insatser för dessa barn och ungdomar utan rent av försummar dem. Även om vi — som tidigare anförts — anser att alla barn och ungdomar i första hand bör få hjälp på basnivån, delar vi åsikten att barn- och ungdomspsykiatrin måste ägna större uppmärksamhet åt dessa barn och ungdomar.

En annan grupp som förtjänar särskild uppmärksamhet är invandrarbarnen och invandrarungdomarna. Påfrestningar i samband med flyttning från ett land till ett annat, språksvårigheter och kulturkonflikter kan skapa problem som bl.a. tar sig uttryck i psykiska störningar. När dessa störningar blir mer djupgående, måste barn- och ungdomspsykiatrin vara beredd till insatser. Som regel är det viktigt att arbeta med hela familjen. Detta kräver förutom yrkeskunskap inom barn- och ungdomspsykiatri kunskap om invandrarfamiljens språk och kulturmönster. Vi har idag inom vårdsektorn inte hunnit bygga upp en kunskap och kompetens så att det motsvarar behovet på detta område. Det är i detta hänseende inte bara fråga om att ställa ekonomiska resurser till förfogande utan även att utbilda lämplig personal. Enligt vår mening förtjänar denna fråga särskild uppmärksamhet från huvudmännens sida. Då det förefaller som utvecklingen på den här punkten kommit olika långt i olika landsting, skulle man genom ökat erfarenhetsutbyte landstingen

emellan kunna skapa förutsättningar för att bättre tillgodose invandrarnas behov.

Till socialtjänstens kritik mot barn- och ungdomspsykiatrin hör att man där inte tar emot och behandlar de svåraste fallen, dvs. de aggressiva och socialt utagerande ungdomarna som ingår i s.k. multiproblemfamiljer. I detta hänseende vill vi anföra följande. Enligt vår mening är det inte alltid självklart att barn- och ungdomspsykiatrin är mest lämpad att ta hand om dessa fall. Ofta finns i bilden många sociala problem som faller på socialtjänsten att själv ta hand om. Ambitionen måste vara att stödja och hjälpa dessa familjer så långt det går. Resurser härför bör i första hand finnas inom socialtjänsten. Men även barn- och ungdomspsykiatrin måste bidra med olika insatser. Barn- och ungdomspsykiatrin bör i större omfattning än som idag är fallet genom handledning, konsultation och avgränsade behandlingsinsatser bidra med sina kunskaper.

Vi har uppehållit oss mycket vid den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården. Detta beror på att vi menar att det finns skäl att rikta verksamheten mot den öppna vården och i så stor utsträckning som möjligt minska den slutna vården. Vi är emellertid samtidigt medvetna om att den slutna vården inte kan helt undvaras. Det behövs alltså resurser inom den slutna vården för observation, korttidsvård och längre tids behandling och vård, även om utvecklingen visat att man kunnat skära ned antalet vårdplatser på sjukhusen. I detta sammanhang bör också det fåtal ungdomar som behöver vård enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) tas med i beräkningen. De platser som behövs för observation och korttidsbehandling kan enligt vår mening lämpligen förläggas till länssjukhusen, där även resurser för jourmottagning och akutvård bör finnas. Lokalerna bör finnas i nära anslutning till somatisk barnsjukvård och allmänpsykiatri. Jourmottagningen av ungdomar kan då samordnas med den vuxenpsykiatriska jourmottagningen. Överhuvud taget bör man sträva efter att sektorerna för den barn- och ungdomspsykiatriska länssjukvården om möjligt sammanfaller geografiskt med områdena för den allmänpsykiatriska sjukvården. Större möjligheter finns då att komma överens om vem som skall ta hand om de ungdomar, som åldersmässigt ligger i gränsområdet mellan ungdoms- och vuxenpsykiatrin.

Krävs längre tids behandling inom den slutna sjukvården eller tidskrävande rehabilitering bör den enligt vår mening förläggas till små behandlingsenheter utanför sjukhuset. Ansvaret för vården och behandlingen på dessa enheter bör vila på barn- och ungdomspsykiatrin.

De tre specialklinikerna för regionvård i Lund, Uppsala och Stockholm bör, om så inte redan till fullo skett, avvecklas. Sluten vård av barn och ungdomar med omfattande psykiatriska vårdbehov bör enligt närhetsprincipen bedrivas i det egna landstingsområdet.

Sammanfattningsvis vill vi peka på att det under senare år skett en kraftig utveckling på det barn- och ungdomspsykiatriska området, vilket tagit sig uttryck i att framför allt den öppna vården med mottagningar ute i länet förstärkts. Huvudmännen har också tagit beslut om ytterligare utbyggnad av barn- och ungdomspsykiatrin utöver det som redan genomförts. Enligt vad vi erfarit är man också på olika håll i landet

intresserad av att pröva nya former för verksamheten. Vi vill tillstyrka att sådana försöksverksamheter sker och utvärderas. Det är först när sådan försöksverksamhet pågått en tid möjligt att göra en bedömning av om den valda formen är lämplig och kan sägas föra verksamheten framåt. Vi vill i det sammanhanget påminna om att den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten startade som försöksverksamheter på olika håll i landet och först så småningom fann sin nuvarande form. Vi redovisar i utredningen några samarbetsmodeller som uppslag för den framtida verksamheten inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Även om vi här angett vissa riktlinjer, enligt vilka vi anser att verksamheten bör utvecklas, är vi medvetna om att även andra former kan visa sig föra verksamheten framåt. Vi kan inte heller bortse från att verksamheterna på basnivån är olika utvecklade i landet då det gäller att ge barn och ungdom med psykiska störningar stöd och hjälp. Några kommuner har inom socialtjänsten tillgång till psykolog men många saknar denna resurs. Barnhälsovården är inte heller enhetligt utbyggd, även om under senare år särskilda psykologtjänster och i ett begränsat antal kuratorstjänster inrättats. Tillgången på kuratorer och psykologer inom elevvården varierar i hög grad i landet. Det är givet att allt detta måste påverka även vilka uppgifter som i praktiken faller på barn- och ungdomspsykiatrin. Det får närmast bli en fråga som bör lösas vid gemensamma överläggningar mellan huvudmännen för de olika områdena. Principen bör emellertid, som vi tidigare anfört, vara den att flertalet barn och ungdomar med psykiska störningar skall kunna få det stöd och den hjälp de behöver i den omgivning där de normalt lever. Barn- och ungdomspsykiatrin skall vara en specialistinstans inom hälso-och sjukvården, som skall dels ge vård och behandling i svårare fall, dels förmedla kunskaper och ge stöd till basnivån. En strävan i verksamheten bör vara att när dess speciella resurser inte längre behövs skall ansvaret för fortsatt stöd överföras/återgå till basnivån.

Våra förslag medför inte några särskilda kostnadsmässiga konsekvenser.

Författningsförslag

Lag med vissa bestämmelser om öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Stockholms läns landstingskommun

Härigenom föreskrivs följande.

Utan hinder av vad som är föreskrivet i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får Stockholms läns landstingskommun uppdra åt en annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnden att handha förvaltning och verkställighet av öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i landstingskommunen.

Denna lag träder i kraft den

1 Utredningsuppdraget

1.1 Bakgrund och direktiv

En bakgrund till vårt utredningsuppdrag utgör fosterbarnsutredningen. I ett betänkande av denna utredning (Barn- och ungdomsvård, SOU 1974:7) föreslogs att det vid social centralnämnd skulle inrättas en behandlingsenhet med socialarbetare, läkare, psykolog, vårdpersonal och fritidsledare. Syftet med en sådan enhet var att "tillgodose ett behov av samlade utrednings- och behandlingsresurser". I betänkandet framfördes att det borde vara ett nära samarbete mellan den psykiska barn- och ungdomsvården[1] och behandlingsenheterna. Det ifrågasattes också, om inte den psykiska barn- och ungdomsvården åtminstone i de större kommunerna organisatoriskt borde övergå till primärkommunerna.

Socialutredningen, som avlämnade sitt första betänkande år 1974 (SOU 1974:39), anförde att utredningen enligt sina direktiv särskilt skulle uppmärksamma bl.a. "möjligheten till samarbete mellan socialvården och PBU i mer fast organiserade former". Utredningen fann under sitt arbete att "PBU-verksamheten var så integrerad i sjukvårdsorganisationen att särskilda överväganden om PBU direkt berörde funktioner inom den mer renodlade sjuk- och hälsovården". Socialutredningen ansåg det därför inte möjligt att behandla dessa frågor utan att gå in i sådana bedömningar av sjukvårdsorganisationens olika delar som klart föll utanför dess uppdrag.

Vid remissbehandlingen av socialutredningens förslag anförde flera instanser skäl för närmare anknytning mellan den öppna barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten. Socialutredningen såg i sitt slutbetänkande positivt på dessa synpunkter. Utredningen ansåg sig dock inte beredd att tillstyrka en överflyttning av huvudmannaskapet från

[1] Begreppen psykisk barn- och ungdomsvård (PBU) och barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet (BUP) är benämningar på i grunden samma slags verksamhet. PBU har stått som benämning för de öppna mottagningarna (rådgivningsbyråer, rådgivningscentraler) som inrättades med hjälp av statsbidrag för psykisk barn- och ungdomsvård, en benämning som fortfarande används för den verksamhet i Stockholms läns landsting, där mottagningscentralerna är fristående från sjukvården och sorterar under landstingets sociala nämnd. I landet i övrigt har de öppna mottagningarna och slutenvården utvecklats inom sjukvården och benämnts BUP. I statliga utredningar har dock PBU ibland använts som beteckning på all barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

landstingen till primärkommunerna. Som skäl anfördes bl.a. att mindre kommuner inte kunde bygga upp egna specialistresurser. Vidare fruktade man att de knappa specialistresurserna skulle splittras på ett stort antal små enheter.

I propositionen till socialtjänstlagen (prop 1979/80:1) gjordes uttalanden om att till en socialtjänstenhet med rådgivande verksamhet, i vilken skulle ingå familjerådgivningen, skulle kunna knytas de kuratorer och psykologer som nu finns inom barn- och ungdomspsykiatrin och att kommunen skulle få köpa de rent medicinska insatser som behövdes av landstinget genom ett konsultavtal.

Under riksdagsbehandlingen av propositionen om socialtjänstlagen framfördes viss kritik mot tanken på att överföra huvudmannaskapet för familjerådgivningen och särskilt för barn- och ungdomspsykiatrin till primärkommunerna (mot. 1979/80:50 och 1219).

Socialutskottet anförde i sitt betänkande (SoU 1979/80:44) att "det får anses föreligga ett klart behov av en utredning av frågan om hur en samordning skall ske av det stöd och den hjälp som ges inom familjerådgivningen, PBU/BUP och annan verksamhet, bl.a. socialtjänsten". Ett sådant utredningsarbete borde enligt utskottet i fråga om huvudmannaskapet bedrivas förutsättningslöst.

Direktiv för en sådan utredning som socialutskottet föreslagit utfärdades av regeringen den 26 juni 1980. I dessa anförs bl.a. följande om vårt utredningsuppdrag.

Det ökande missbruket av alkohol och narkotika samt det stora antalet självmord, skilsmässor och aborter är tecken på att det föreligger ett stort behov av personlig rådgivning och stödjande behandling i krissituationer i vårt samhälle. Hjälp erbjuds f.n. på ett flertal olika sätt. Stora uppgifter fullgörs av läkare och annan sjukvårdspersonal både i allmän och enskild verksamhet. Olika kyrkliga företrädare har också påtagit sig ett stort ansvar. Viktiga insatser med inriktning just på barn- och ungdomsgrupperna och på familjernas problem görs av den psykiska barn- och ungdomsvården, skolans elevvårdande personal och familjerådgivningen. Det är dock uppenbart att dessa insatser inte räcker till för att fylla de faktiska behoven. Mycket talar för att en viktig orsak till det är just splittringen av de tillgängliga resurserna på olika områden med snäva gränser för sin verksamhet liksom brister i samarbetet mellan områdena. Samtidigt kan det ligga stora värden i att en viss verksamhetsgren eller yrkesgrupp får möjlighet att specialisera sig på att lösa vissa typer av särskilt svåra eller vanligt förekommande mänskliga problem.

Socialvården står inför sin förändring till en socialtjänst. På sjukvårdsområdet pågår f.n. arbetet med en ny hälso- och sjukvårdslagstiftning med hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1979:78) som grund. Omsorgskommittén (S 1977:12) överväger en omorganisation av omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda. I denna tid av omdaning av hela vårdområdets organisation faller det sig naturligt att också ta upp de mera specifika verksamhetsgrenar som jag här behandlar till särskild granskning och överväga hur de bäst skall vara organiserade i framtiden. Som riksdagen har anfört bör det därför nu tillsättas en kommitté för att göra en förutsättningslös bedömning av hur de nuvarande verksamheterna inom PBU/BUP, familjerådgivningen och annan verksamhet med liknande uppgifter, t.ex. socialtjänsten men även omsorgsverksamheten, bäst kan samordnas.

Kommitténs arbete måste därför huvudsakligen bli att undersöka de nuvarande verksamheternas utformning, att analysera deras roller inbördes och i förhållande till andra likartade verksamheter, samt att ange vilka organisatoriska och andra förbättringar som kan göras. Särskild vikt bör därvid läggas vid en analys av samarbetsbehov och planering av samarbetskanaler mellan de olika aktuella organen liksom vid behovet av en samordning mellan sluten och öppen barn- och ungdomspsykiatrisk vård med övriga medicinska verksamheter där barn vårdas samt med allmänpsykiatrin. Särskild uppmärksamhet bör även ägnas åt det problem, som en ökande efterfrågan på rådgivande behandling åt invandrargrupperna utgör. Kommittén bör ta fram förslag till lämpliga modeller för den framtida verksamheten, vilka kan ge de berörda huvudmännen uppslag och impulser till förändringar och förbättringar inom ramen för nuvarande eller ett ändrat huvudmannaskap.

Vi har i augusti 1983 genom avlämnande av delbetänkandet Familjerådgivning — verksamhet och organisation, Ds S 1983:8, slutfört vårt uppdrag såvitt avser familjerådgivningen.

Som framgått av det ovan anförda är vårt uppdrag i övrigt främst koncentrerat till frågor som rör samordning och samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola, omsorgsverksamhet, barnhabilitering och invandrarverksamhet.

Slutligen vill vi erinra om de tilläggsdirektiv som utfärdats till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående finansiering av reformer. Enligt dessa är det uppenbart att något nämnvärt utrymme för genomförande av kostnadskrävande kommittéförslag inte kommer att föreligga under de närmaste åren. Kommittéerna skall därför noga överväga hur eventuella kostnadskrävande förslag skall kunna finansieras genom omprövning av pågående verksamhet och omfördelning av befintliga resurser inom det område kommitténs förslag avser.

1.2 Utredningsarbetet

Vi har för att få ett bättre underlag för våra bedömningar låtit göra en undersökning hos andra verksamheter som arbetar med barn och ungdom av bl.a. efterfrågan på och behovet av tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Undersökningen har utförts av docent Ulf Janson. Docent Kristina Humble har varit knuten till arbetet med undersökningen som specialistkonsult. I arbetet har även fil.kand. Ylva Elfner medverkat. Rapporter om undersökningen är bifogad detta betänkande (bilagor 1 och 2).

För att få en aktuell bild av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i landet har vi genomfört en heltäckande enkätundersökning. Härvid har vi bl.a. frågat om antalet tjänster, antalet vårdplatser, mottagningar m.m. En redovisning av denna undersökning lämnas i avsnitt 6. Undersökningen utgör en uppföljning av delar av socialstyrelsens kartläggning av verksamheten i november 1975 (Socialstyrelsen redovisar 1980:2 Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige).

För att bilda oss en uppfattning om arbetet vid de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna har vi besökt klinikerna i Gävle och Halmstad.

Vid ett besök på PBU i Stockholm har vi informerats om den verksamhet som drivs av Stockholms läns landstings sociala nämnd. Ordföranden och sekreteraren Barbro Röst Andréasson har dessutom sammanträffat med representanter för de barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna i Karlstad, Visby, Malmö samt Lund. Ordföranden och sekreteraren har vid besök i Malmö sammanträffat med personer, anställda inom Malmö skolförvaltning. Experten Birgitta Bratthall och sekreteraren har under några dagar följt arbetet vid den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Skövde.

För att få en uppfattning om andra samhällsorgans syn på den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten har vi hållit en hearing med företrädare för socialtjänsten inklusive hem för vård eller boende, skolan, barnhälsovården, handikappvården och barn- och ungdomspsykiatrin.

Vi har vidare deltagit i en konferens, som Allmänna Barnhuset anordnat kring temat "barnpsykiatri, barnhälsovård, barnhabilitering".

2 Barn- och ungdomspsykiatrins utveckling i vårt land

2.1 Kort historik

Detta avsnitt innehåller en kortfattad redogörelse för barn- och ungdomspsykiatrins utveckling i vårt land. För en mer detaljerad bild av verksamhetens uppkomst och dess olika förgrundsgestalter hänvisas till Karl-Henrik Karléns bok Barn- och ungdomspsykiatrins utveckling i Sverige (1983), betänkande av ungdomsvårdskommittén (SOU 1944:30), betänkande av mentalsjukvårdsdelegationen Psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957:40) samt Socialstyrelsen redovisar 1980:2 Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige.

Föregångare på det barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetsfältet var enskilda personer från olika vetenskapsområden som började praktiskt intressera sig för mentalhygieniska frågor och barns psykiska situation. Därför uppvisar barn- och ungdomspsykiatrin olika delursprung både i fråga om behandlingsinnehåll och organisationsutveckling. Dess diagnostiska och behandlingsmässiga rötter finns inom medicin, psykiatri, psykologi, pedagogik och psykoanalys. På fältet har verksamheten utvecklats i nära anknytning till sjukvård, skola och socialvård.

Den förste, som i Sverige använde ordet "barnpsykiatri", var en psykiater på Gotland som hade studerat "The mental hygiene movement" i USA omkring 1920. Han ansåg att denna rörelse hade gjort klart "att miljön i synnerhet under barndomen, spelar en avgörande roll i individens utveckling".

År 1925 startades en poliklinisk verksamhet vid Allmänna Barnhuset i Stockholm. Denna verksamhet var avsedd för rådgivning i uppfostringsfrågor och vård av psykopatiska barn. Verksamheten lades ned efter ett par år i brist på pengar. År 1932 öppnades vid Norrtulls sjukhus i Stockholm en rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor, som kan betraktas som en direkt fortsättning på verksamheten vid Allmänna Barnhuset.

Stockholms stads barnavårdsnämnd startade i januari 1933 en rådgivningsverksamhet i uppfostringsfrågor.

År 1934 startades Ericastiftelsens läkepedagogiska institut. Institutet bestod av dels ett läkepedagogiskt seminarium, dels en rådgivningsverksamhet med behandling av barn och ungdomar med psykiska problem.

År 1935 startade folkskolestyrelsen i Göteborg en medicinsk rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor. Året därpå fick Göteborg ytterligare

en rådgivningsbyrå. Initiativ härtill togs av barnavårdsnämnden. Byrån fick lokal på stadens barnsjukhus.

Rådgivningsverksamhet för svårfostrade barn förekom sedan år 1936 också i Örebro.

År 1938 startades en rådgivningsbyrå i Värmland som hjälp till barnavårdsnämnderna i länet vid deras handläggning av frågor angående barn med psykiska rubbningar.

På 1940-talet började enstaka barnpsykiatriska vårdavdelningar vid sjukhus komma till. En föregångare var den barnpsykiatriska enhet som inrättades i Karlstad 1944 i anslutning till den psykiska barn- och ungdomsvården där. Några år senare inrättades särskilda barnpsykiatriska vårdavdelningar vid undervisningssjukhusen i Stockholm och Uppsala.

Öppna mottagningar, s.k. rådgivningscentraler, inrättades före eller jämsides med barn- och ungdomspsykiatriska vårdavdelningar.

Under 1950-talet, och speciellt under 1960-talet byggdes den barn- och ungdomspsykiatriska vården i landet ut så att alla landsting och kommuner utanför landsting år 1971 hade en organisation med självständiga barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, avsedda för såväl sluten som öppen vård. Som exempel på utbyggnaden under 1960-talet kan nämnas att år 1960 fungerade 10 helt självständiga barnpsykiatriska kliniker. År 1965 var motsvarande siffra 21.

År 1951 blev barnpsykiatri en egen medicinsk specialitet under beteckningen barnaålderns psykiska och nervösa sjukdomar. Sedan 1969 är benämningen för specialiteten barn- och ungdomspsykiatri.

Den första professuren i barnpsykiatri inrättades år 1954 vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Under 1966—1967 tillkom tre barn- och ungdomspsykiatriska specialkliniker med regionupptagningsområden. Dessa planerades för främst psykotiska barn och tonåringar med behov av psykiatrisk långtidsbehandling.

2.2 Tidigare utredningar[1]

Med anledning av den ökande kriminaliteten hos ungdomar under 1930-talet tillsattes den s.k. *ungdomsvårdskommittén* för att utreda bakgrunden till problemen och komma med förslag till åtgärder. Ungdomsvårdskommitténs uppdrag var ursprungligen begränsat till att framlägga förslag till åtgärder för bekämpande av ungdomsbrottsligheten men utvidgades sedermera till att omfatta en allmänt förbättrad ungdomsvård. Breddningen av uppdraget föranleddes av vissa motioner vid 1942 års riksdag, i vilka ungdomsvårdsproblemet belysts i ett större sammanhang. Även vid 1943 års riksdag uppmärksammades detta spörsmål.

[1] I detta avsnitt tas endast med de utredningar som direkt berört barn- och ungdomspsykiatrin. Ett flertal andra statliga utredningar och av socialstyrelsen gjorda undersökningar berör i viss utsträckning även barnpsykiatrin. En utförlig redogörelse för dessa finns i PBU-utvärderingen, Elsa Larsson, Rapport nr 5. Omsorgen om barns psykiska hälsa. PBU:s plats i vårdorganisationen enligt utredningar 1970-1979. Sociala nämnden, Stockholms läns landsting, 1980.

I motionerna erinrades om den enligt motionärernas mening utomordentligt framgångsrika verksamhet, som bedrivits sedan år 1933 vid en i Stockholm anordnad rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor. Det ifrågasattes om inte liknande verksamhet borde komma till stånd över hela landet, förslagsvis på så sätt att psykiatriskt utbildade barnläkare anställdes i länen med uppgift att bistå skoldistrikten och barnavårdsnämnderna i dessas arbete med anpassningssvårigheter hos barn och ungdom. Ungdomsvårdskommittén föreslog också i sitt betänkande år 1944 att statsunderstödda "centraler för psykisk barn- och ungdomsvård" skulle inrättas.

Enligt förslaget skulle centralerna tillgodose behovet av rådgivning i uppfostringsfrågor samt behandling av missanpassade, psykiskt felutvecklade eller intellektuellt efterblivna barn och ungdomar. Den förebyggande karaktären underströks.

Utredningen ledde till ett beslut om statsbidrag till "tjänster för psykisk barn- och ungdomsvård" för att stimulera inrättandet av rådgivningsbyråer. Kungörelse härom utfärdades den 22 juni 1945 (SFS 1945:489). Statsbidraget upphörde i och med utgången av år 1975.

Nästa utredning som hade stor betydelse för barn- och ungdomspsykiatrin var *mentalsjukvårdsdelegationen.* Delegationen avgav år 1957 betänkandet om "den psykiska barna- och ungdomsvården (SOU 1957:40)". Enligt denna utredning var målsättningen för "den psykiska barna- och ungdomsvården att åt unga människor skänka så goda förutsättningar för en gynnsam personlighetsutveckling, som omständigheterna kan medge". Man betonade betydelsen av "de relativt unga vetenskaperna psykiatri, psykologi och sociologi".

Det förebyggande arbetet i form av rådgivning i uppfostringsfrågor var enligt utredningen det viktigaste men därtill kom diagnostik och behandling av de redan sjuka barnen och ungdomarna. Man betonade också att verksamheten under de gångna åren fått en allt mer sjukvårdande karaktär. Utredarna anförde "att erfarenheten gett dem den uppfattningen att verksamhetens innersta karaktär är av sjukvårdande art". Utredningen föreslog, att det inom varje landsting och i de landstingsfria städerna skulle inrättas barn- och ungdomspsykiatriska lasarettsavdelningar med därtill anslutna öppna mottagningar. I mån av behov och personaltillgång kunde sedan fristående centraler och filialer inrättas. Vikten av behandlingshem betonades.

Som en följd av mentalsjukvårdsdelegationens betänkande upprättades en promemoria inom inrikesdepartementet angående den framtida organisationen av barn- och ungdomspsykiatrin.

I promemorian konstateras, att huvudmannaskapet vilar på landstingen och de landstingsfria städerna. Basorganisationen för barn- och ungdomspsykiatrin skulle ha sin tyngdpunkt i barn- och ungdomspsykiatriska lasarettsavdelningar med tillhörande mottagningar. I storstäderna förutsattes dock tyngdpunkten vara förlagd till de fristående centralerna, vars ledning även skulle kunna uppdras åt barnavårdsmyndighet eller stiftelse.

År 1970 tillsatte socialstyrelsen en arbetsgrupp för utredning av *den psykiatriska vårdens målsättning och organisation.* Resultatet redovisades

1973. Den förebyggande vården togs upp till behandling i denna utredning liksom även psykiatrins integrering med samhällets resurser i sin helhet vad gällde den psykiatriska omvårdnaden.

Vad beträffar barn- och ungdomspsykiatrins organisation hade utredningen en del förslag.

På mindre vårdcentraler skulle i första hand en barnpsykolog svara för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i samarbete med allmänläkare, distriktssköterskor och socialassistenter. Vid större vårdcentraler och till klinikernas mottagningar skulle den barn- och ungdomspsykiatriska öppna specialistvården förläggas. Det föreslogs ett barn- och ungdomspsykiatriskt team (läkare, psykolog, kurator) per 50 000 invånare.

Vidare ansåg man att barn- och ungdomspsykiatriska kliniker borde ha ett utskrivningshem på 3—4 platser för färdigutredda barn och ungdomar, som ännu inte kunnat placeras.

Två typer av behandlingshem diskuterades. Den ena typen skulle ha ca 8 platser för patienter i behov av miljöterapi och psykoterapi samt oftast också familjeterapi. Den andra typen skulle vara mindre, 1—4 platser, av familjekaraktär men mer kvalificerad än vanliga fosterhem.

I utredningen föreslogs också inrättandet av ungdomsmottagningar som skulle vända sig framför allt till socialt svårnådda ungdomar, i synnerhet missbrukare. Vidare föreslogs inrättande av tjänster för länsskolpsykiater, som skulle vara rådgivare till skolläkare och skolpsykologer.

I november 1975 gjorde socialstyrelsen en kartläggning avseende den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. I en rapport år 1980, *Socialstyrelsen redovisar, Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige*, beskrivs först den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetens övergripande organisation, struktur och innehåll, vård- och behandlingsmodeller, arbete inom verksamheten och samverkan med samhällets olika andra serviceorgan. I ett andra avsnitt redovisas en patientgrupp inom verksamheten med vissa bakgrundsdata, administrativa vårddata, kontakter med andra vårdorgan och serviceinstanser. Patienternas psykiska störningar redovisas också liksom behandlingsinsatser. I en tredje del framläggs data om personalen, dess utbildning och om vissa attitydfrågor.

3 Något om barns behov och utveckling

3.1 Inledning

Att få barn är oftast en stor och lycklig upplevelse. De flesta barn som föds idag är önskade och välkomna. Föräldrar samarbetar för sina barns bästa. Fäderna är mer engagerade än tidigare även i sina späda barns vård. Föräldrautbildning och upplysning har givit bättre insikt om barns, ungdomars och föräldrars behov från medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk synpunkt.

Flertalet barn och ungdomar har en god miljö att växa upp i, de är öppna och frimodiga och har goda relationer till sina föräldrar, andra vuxna och jämnåriga. Samhället bistår också i dag på ett helt annat sätt än tidigare barn och deras familjer med stödinsatser på väsentliga områden. Insatserna går inte bara ut på att lindra nöd, utan också på att skapa positivt utvecklingsbefrämjande betingelser.

Samtidigt med denna utveckling omvittnas från flera håll att många barn far illa. I vad mån det har skett en ökning av barn, ungdomar och familjer som inte har det bra eller om antalet i stort sett är lika som för några decennier sedan är dock svårt att avgöra.

Frågan om den psykiska problematikens utbredning i dagens samhälle har vid skilda tillfällen gjorts till föremål för undersökningar. Skiftande undersökningsmetoder och olika uppfattningar i definitionsfrågor har lett till mycket varierande undersökningsresultat. Oberoende av hur det exakt förhåller sig är det dock ett faktum att ett stort antal barn och ungdomar har sociala och psykiska problem av sådan art och grad att de och deras anhöriga behöver hjälp och stöd från samhällets sida.

3.2 Ett barns behov[1]

Ett litet barn behöver anhöriga som kan ge det värme och trygghet. Det späda barnet, som är helt beroende av de vuxna för sitt liv och sin hälsa, måste få utveckla en "dialog" med någon som kan hjälpa det ur dess stundtals kaotiska upplevelser av hunger och ensamhet. Om det lilla barnet upplever att det finns någon som kan mätta och trösta det, byggs successivt in en trygghet och tillit i barnet. Barnet lär sig att lita på andra människor.

[1] Redogörelsen i detta avsnitt bygger främst på följande litteratur: Bergman A, Mahler M S & Pine F: Barnets psykiska födelse, Natur och Kultur, Stockholm, 1984, samt Erikson E H: Ungdomens identitetskriser, Natur och Kultur, Stockholm, 1977.

Barnet har under de första åren en viktig period av aktivt undersökande av sin värld och behöver då vuxna som skyddar det mot faror och som samtidigt stödjer det att pröva sina egna krafter och sin förmåga att klara sig själv. Det utvecklas då hos barnet en växande självständighet, tillit till sin förmåga att bemästra sin tillvaro och så småningom möjlighet att kunna ta ansvar för sina handlingar.

Barnet börjar alltmer imitera de vuxna i sin omgivning. Det lär sig genom erfarenhet. Nu grundläggs barnets uppfattning bl.a. om vad som är manligt och kvinnligt och om hur samspelet mellan människor sker, men också om vad som är rätt och orätt.

I skolåldern vidgas barnets värld, intellektuellt, socialt och psykologiskt. Det är viktigt att dess vetgirighet och behov av att lära sig tillgodoses både i och utanför skolan. Det är under denna period väsentligt att barnet får en grundläggande upplevelse av att lyckas, att duga, att gå vidare och att de krav som ställs stimulerar barnet till utveckling och inte gör att barnet tappar självförtroendet. Kamraterna spelar en allt större roll, liksom utomstående vuxna, även om familjen fortfarande utgör själva grunden för barnets liv och utveckling.

I puberteten söker den unge sin egen identitet. "Vem är jag" och "vad skall det bli av mitt liv" är de väsentligaste frågorna.

Frigörelsen och så småningom etablerandet av känslomässiga relationer till andra människor och till en partner är en viktig del av pubertetsutvecklingen, liksom orienteringen mot ett framtida yrkesliv.

Barnets utveckling från de tidigaste barnaåren till vuxenåren kan betraktas som ett förlopp, som genomlöper en serie utvecklingsstadier. Under varje stadium möter barnet karakteristiska problem och kriser, betingade av både fysiska och psykiska förutsättningar. Hur dessa problem och kriser löses hänger samman med barnets känslomässiga stabilitet, samspelet med föräldrar och andra viktiga personer och förhållanden i barnets hemmiljö.

Modern forskning visar att störningar i barnets tidiga jagutveckling medför risker för allvarliga störningar i ungdomsåren och vuxenlivet. Barnets utveckling och successivt förändrade behov ställer stora krav på föräldrars och andra uppfostrares förmåga att förstå, att ge, att kunna sätta gränser och att kunna engagera sig. Samtidigt utgör barnen en stor tillgång för föräldrarna och andra fostrare. De ger känslomässig tillfredsställelse, stimulans och möjlighet till egenutveckling. Barnet får dock inte finnas till enbart för att tillgodose föräldrarnas egna behov.

Människor med normalt stora påfrestningar i sin tillvaro och med en rimlig social och psykologisk trygghet kan både ge till barnet vad det behöver av och ta emot vad det har att ge av känslor, stimulans och kraft så att samspelet mellan barn och vuxna blir berikande för alla parter.

Samspelet mellan barn och vuxna påverkas även av hur samhället är beskaffat. Under de senaste decennierna har det skett stora förändringar i vårt samhälle. Det har i andra sammanhang getts omfattande beskrivningar av samhällsförändringarna under detta sekel och hur dessa påverkat människors hälsotillstånd (se bl.a. SOU 1979:6. Förslag till ny hälso- och sjukvårdslag). Vi anser det därför inte nödvändigt att närmare gå in på dessa förändringar. Däremot vill vi betona att olika sociala

förhållanden, t.ex. förändringar i familjens struktur, skiftarbete, dubbelarbete, lång resväg, arbetslöshet, ofrivillig geografisk omplantering, torftig boendemiljö, bostadssegregation, frånvaro av socialt kontaktnät har psykiska och sociala konsekvenser för enskilda individer och familjer.

För det stora flertalet vuxna innebär graviditet, förlossning och det nyblivna föräldraskapet en stor positiv upplevelse. Men även om barnet är efterlängtat innebär denna period en stor omställning för föräldrarna. Det är inte ovanligt att det första barnet kommer under den tidsperiod då föräldern/föräldrarna är under utbildning eller har sin första anställning. Arbetslöshet kan också vara ett problem i detta sammanhang. Bostadsförhållandena kan vara mindre bra särskilt om de innebär en social isolering. Föräldrarna kan känna osäkerhet inför situationen och barnet, de är spända, de känner rädsla men samtidigt förväntan.

Som vi framhållit ovan kan olika sociala förhållanden ha psykiska konsekvenser för den enskilde och för familjen. Sker stora förändringar i föräldern/föräldrarnas sociala situation eller inträffar i samband med förlossning och graviditet något som på annat sätt avviker från vad som är gängse kan det finnas risk för störningar i barnets utveckling.

Genom att ett barn kommer till en familj förändras också familjens mönster. Föräldern/föräldrarna måste anpassa sitt liv till det faktum att de nu har ett barn att ta hand om. De måste kunna se till att barnets behov i fysiskt och psykiskt hänseende blir tillgodosett. De skall ge barnet mat och näring. Barnet måste få kärlek och omvårdnad. Det gäller för föräldrarna att se till att barnet får den stimulans som det behöver. Men de måste också kunna sätta gränser för vad barnet får göra. Barnet behöver också relationer till andra än föräldrarna.

Under barnets småbarnsår skall föräldrarna finna sina roller som föräldrar och hitta ett gemensamt förhållningssätt gentemot barnet. Härtill kommer att småbarnsföräldrar skall möta andra krav, exempelvis från arbetslivet. Barnfamiljerna — särskilt de familjer som består av endast en förälder och barn — är vanligen de familjer som har sämst ekonomi.

Mer än 70 procent av alla kvinnor med barn under sju år arbetar utanför hemmet. Småbarnsfäder har som regel längre arbetstid än män i samma ålder utan barn.[1] För flertalet föräldrar som arbetar och/eller studerar utgör en väl fungerande barnomsorg en hörnsten i tillvaron. Barnomsorgen är också mycket betydelsefull när det gäller barnens utveckling. Det är dock inte alla föräldrar som har ett förvärvsarbete. Under senare år har arbetslösheten ökat i vårt land. Arbetslöshet utgör en sådan faktor som kan leda till en upplevelse av att inte vara en fullgod medlem i samhället. Detta kan i sin tur angripa självkänslan och leda till isolering, rädsla och misstänksamhet, vilket i sin tur påverkar den arbetslöses familj.

När barnet kommer upp i skolåldern ställs föräldern/föräldrarna inför nya förändringar. Föräldrarna förväntas engagera sig i barnets skolsituation, liksom i dess fritidsaktiviteter. Det kan hos föräldrarna finnas en oro för barnets utveckling i skolan. Det kan grunda sig i egna och/eller samhällets förväntningar. Även föräldrarnas egna erfarenhe-

[1] Barn i Skaraborg, Allmänna Barnhuset, 1984.

ter från deras skoltid spelar här en roll. Också under denna tidsperiod kan föräldrarna slitas emellan sina roller som föräldrar och som yrkesmänniskor.

För flertalet barn är det en positiv upplevelse att börja skolan. För en del kan dock skolan kännas oroande och främmande och för vissa till och med skrämmande. Skolans inre och yttre miljö är av mycket stor betydelse när det gäller elevernas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Psykiska problem och avvikande beteende kan uppkomma på grund av sådana förhållanden som otrygghet i skolsituationen, isolering, mobbning samt sociala problem av skilda slag. Hälsoproblem och inlärningsproblem hos eleverna i skolan hänför sig oftast inte enbart till brister i skolmiljön utan har i allmänhet även ett starkt samband med förhållandena i familjen och andra sociala förhållanden.

När barnet kommer i tonåren börjar en period som präglas av att det överger sin beroendeställning i förhållande till föräldern/föräldrarna och anpassar sig till vuxenrollen. Frigörelsen från föräldrarna kan, även för dem som haft en relativt problemfri barndom, bli komplicerad. Det är ofta en mycket svår period för de unga och deras föräldrar. De ungas reaktioner kan ta sig uttryck i hämningar eller i utlevelser av olika art. Utagerande beteende i form av normöverträdelser, våld, brott m.m. påverkar i sin tur de ungas omgivning.

Tonåringar söker sig under frigörelseperioden ut från familjen till ungdomsgrupper. Föreningsverksamhet i olika former kan under denna tid vara en positiv faktor i den unges utveckling.

3.3 När problem uppstår

Som vi anförde inledningsvis kan människor med normalt stora påfrestningar i sin tillvaro och en rimlig social och psykologisk trygghet ge till barnet vad det behöver av och ta emot vad barnet har att ge av känslor, stimulans och kraft så att samspelet mellan barn och vuxna blir utvecklande för alla parter. De flesta problem hos barn och ungdom går spontant över eller kan avhjälpas inom familjen. Men inträffar händelser som innebär stora förändringar eller utsätts familjen för långvariga påfrestningar kan detta medföra att föräldrarna varken orkar eller klarar att själva ge barnet det stöd och den hjälp barnet behöver.

Väsentlig är inställningen att det inte är föräldrarnas "fel" när barn och ungdomar får problem. Problem är ofta en fråga om samspel inom familjen och mellan familjen och omvärlden. De flesta föräldrar tar hand om sina barn med omsorg och ansvar och så långt förmåga och resurser räcker. Det är ytterst sällan som barns problem uppstår genom enkla samband såsom att föräldrar är nonchalanta, ointresserade eller dylikt.

Föräldrar påverkas i sin föräldraroll av hur de själva har det och har haft det. Orsaker till psykiska problem hos barnen kan ligga i påfrestningar i den yttre situationen med arbetslöshet, dålig ekonomi, överkrav, dåliga bostadsförhållanden etc eller i samspelet inom familjen. Konflikter i äktenskapet om ekonomi, barnuppfostran, arbetsfördelning osv.,

sexuella svårigheter, brister i samspel och mognad gör det svårare för föräldrarna att samarbeta om barnen.

Barn är också olika. Några barn är "lättfostrade" och ger sällan bekymmer medan andra är oroliga, överkänsliga eller lättirriterade. Föräldrar kan dessutom antingen ha lättare att förstå eller svårare att fördra det barn som liknar dem själva i temperament, reaktionssätt etc.

I en familj påverkar man varandra ömsesidigt. Ibland kan uppstå "negativa cirklar" och problemen fixeras. Ett litet spädbarn kan t.ex. vara skrikigt, oroligt och avvisande i kontakten. Modern blir spänd och ängslig, vilket barnet känner och blir ännu oroligare. Modern kanske känner sig misslyckad och irriterad på ett barn som inte svarar positivt på hennes omsorger, vilket gör att barnet spänner sig än mer. En del tidiga störningstillstånd har börjat på detta sätt och hade troligen kunnat undvikas om mor och barn fått hjälp med sin interaktion redan från början.

Att ha ett barn som är handikappat, fysiskt eller psykiskt stört kan innebära stora påfrestningar för familjen. Föräldrars eller syskons sjukdomar och svårigheter samt inte minst konflikter mellan föräldrarna påverkar också familjebilden. Ekonomiska problem och missbruk inom familjen kan ge upphov till psykiska problem. När ett barn eller en ungdom av någon anledning måste skiljas från sina föräldrar eller en av dem kan detta utlösa psykiska störningsfenomen hos den unge.

De flesta barn får någon gång uppleva att vara skilda från sina anhöriga — även om det t.ex. bara gäller en kort tids sjukhusvistelse. Separationen kan emellertid vara mera varaktig, exempelvis då föräldrarna skiljer sig/separerar eller då samhället griper in på grund av missförhållanden i hemmet eller på grund av den unges eget beteende och omhändertar barnet. Separationen kan också vara definitiv som vid dödsfall.

Hur ett barn reagerar på en separation hänger samman med vad som har orsakat den och hur man handskas med den. Hur barnet klarar separationen beror också i hög grad på vilken förståelse barnet möter i sin nya miljö och på de vuxnas förmåga att hjälpa och stödja barnet samt på barnets ålder och utvecklingsnivå och tidigare upplevda separationer.

Ett mycket stort antal barn får i dag uppleva att deras föräldrar skiljer sig/separerar. Man räknar med att ca 25 000 barn/år får uppleva att föräldrarna flyttar från varandra. Det har också blivit allt vanligare att föräldrarna efter skilsmässan/separationen flyttar samman med ny partner eller ingår i någon annan ny familjekonstellation. För barn är en skilsmässa mellan föräldrarna alltid en svår upplevelse. Detta gäller även i de fall föräldrarna försöker ordna skilsmässan så att barnen skall ta minsta möjliga skada.

Man har från samhällets sida under senare år försökt hjälpa föräldrar som har svårigheter att lösa sina konflikter i samband med skilsmässa och vid tvist om vårdnad om barn. (Se härom bl.a. den redogörelse som finns i SOU 1979:63 Om föräldraansvar m.m. och prop. 1981/82:168). Genom de insatser som gjorts från samhällets sida, när det gäller att hjälpa föräldrar som inte kan enas i vårdnadsfrågan, har antalet tvister inför domstol minskat. Det finns dock alltjämt föräldrar som strider i flera år i olika rättsliga instanser eller på annat sätt för att få vårdnaden om barnen.

En annan form av separation som debatterats mycket under senare år är den som sker då samhället anser det vara nödvändigt att mot föräldrarnas vilja omhänderta ett barn och skilja det från hemmet.

Många av de barn som omhändertas har under en lång tid dessförinnan farit illa. Det kan gälla barn i socialt väl etablerade familjer med grav problematik, där barnet utsatts för fysisk och/eller psykisk misshandel. Det kan också vara barn som växer upp i familjer som har både dålig ekonomi, dåligt känsloklimat och i övrigt svåra sociala förhållanden. Sådana familjer är i vårdsammanhang kända under många namn: multiproblemfamiljen, den utstötta familjen, den resursfattiga familjen, lågstatusfamiljen, den försummade familjen. Det är fråga om familjer där social isolering, våld och kriminalitet, missbruk av alkohol och narkotika, fysisk och psykisk ohälsa förekommer i stor utsträckning och ofta återkommer i generation efter generation. För att skydda dessa barn kan det, om andra hjälpåtgärder inte räcker till, vara nödvändigt att skilja barnet från hemmet. Det förhållandet att barnet skiljs från hemmet innebär inte att barnet skall förlora kontakten med sina föräldrar. Tvärtom betonas i förarbetena till den lag som reglerar samhällets möjligheter att omhänderta barn (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU) vikten av att barnet om möjligt har umgänge med sina biologiska föräldrar.

När äldre barn måste beredas vård utanför det egna hemmet sker detta oftast på grund av deras eget beteende. Det kan vara fråga om ungdomar som genom brottslig verksamhet eller genom missbruk av beroendeframkallande medel utsätter sin hälsa och utveckling för allvarlig fara.

Den ovan givna redogörelsen för de omständigheter och situationer som kan inträffa under ett barns uppväxt och som kan medföra problem är inte fullständig. Att ge en mer utförlig beskrivning av barnets utveckling skulle ta alltför stort utrymme. Jämtlands läns landsting har med anledning av en översyn av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom länet (1984) utarbetat en analysmodell, som vi här bifogar (bilaga 4). Modellen utgår från barnets behov i olika åldrar. Åldersintervallerna är valda utifrån utvecklings-psykologiskt relevanta principer. Familjens livssituation ser olika ut beroende av barnets ålder och utvecklingsfas samt även familjens egen utvecklingsfas. Barnet möter olika risker för felutveckling i de olika åldrarna och har ett mycket mångfasetterat sätt att uttrycka att något är fel. Barnet uppvisar ett symtom, som är ett tecken på eller en signal om att det ej mår bra. Dessa symtom ser olika ut i olika åldrar och betydelsen av ett visst symtom varierar också med barnets ålder.

3.4 Barns psykiska hälsotillstånd

Gustav Jonsson och Anna-Lisa Kälvesten gjorde 1954—1955 en barnpsykiatrisk epidemiologisk studie av 222 stockholmspojkar.[1] Genom ingående föräldra- och lärarintervjuer beträffande sammanlagt 50 olika beteenden fastställdes att 25 procent av pojkarna, 8 — 16 år gamla, hade så uttalade beteendeproblem att de ansågs vara i behov av barnpsykiat-

[1] Jonsson G & Kälvesten A L: 222 Stockholmspojkar. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1964.

risk vård i någon form. Ytterligare 33 procent av pojkarna hade liknande symtom, dock ej så svåra att omedelbar hjälp ansågs nödvändig.

Ingvar Nylander och Lena Burman gjorde 1968 en studie av samtliga grundskolebarn i Umeå, 5 865 elever.[2] Man intervjuade lärarna som fick ange de problembarn, som ej kunde tillgodogöra sig undervisningen, genom sitt beteende störde denna och/eller hade klart avvikande beteende utan att störa undervisningen. 9 procent av samtliga barn uppgavs visa sådana symtom, 12 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna.

Britta Ericson studerade emotionell störning hos cirka 500 st 6-åringar 1970 och två år senare cirka 500 av dem vid 8-år ålder i Täby.[3] Förskollärare respektive lågstadielärare fick skatta barnen ifråga om 44 olika typer av beteendeavvikelser. 19 procent av 6-åringarna, 22 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna, betraktades som emotionellt störda. Motsvarande siffror i 8-årsåldern var 14 procent, 17 procent pojkar och 11 procent flickor.

Under 1970-talet har socialpediatrer gjort tre studier avsedda att mäta hälsotillståndet hos svenska skolbarn. I alla tre studierna ingår en bedömning av barnets psykiska hälsa. Ragnhild Kornfält undersökte samtliga elever i årskurs 1—9 i Dalby rektorsområde 1975.[4] Föräldrarna till 10- och 12-åringarna (223 respektive 187 elever) fick fylla i en enkät om barnens beteende. Dessa barns lärare intervjuades av skolläkaren och barnen intervjuades av skolsköterskan om anpassningssvårigheter och psykomatiska besvär. Föräldrarna uppgav att barnen var svårfostrade eller hade psykiska besvär i 6 procent, lärarna angav 13 procent av eleverna som problembarn med framför allt utagerande beteende och inlärningsproblem. Av barnen själva uppgav 18 procent att de hade psykomatiska symtom eller vantrivdes i skolan. Det var mycket dålig överensstämmelse mellan föräldrars och lärares bedömning.

Tore Mellbin, Claes Sundelin och Jean-Claude Vuille undersökte 5 454 barn i Uppsala 1975—77, då barnen var 10 år gamla.[5] Sjuksköterskor intervjuade lärare och skolsköterskor om 6 olika beteendeavvikelser. 11 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna visade många och/eller svåra problem enligt lärarintervjun, medan 26 procent av pojkarna och 21 procent av flickorna visade psykiska problem enligt skolsköterskeintervjuerna.

Bengt Jorming studerade 3 899 elever i årskurs 1, 4 och 8 i Eskilstuna 1978—79.[6] Uppgifterna om psykosociala symtom erhölls genom den information som skolsköterskan automatiskt får om eleverna via olika instanser i skolan samt genom intervju med eleverna i samband med läkarundersökningen. Baserat på detta material samt direkt intervju med eleven gjorde skolläkaren en bedömning av barnets grad av psykisk störning. Bedömningen innefattade 19 olika beteendeavvikelser. 10 procent av barnen, 13 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna, noterades för måttliga eller svåra psykosociala avvikelser.

Marianne Cederblad och Börje Höök gjorde 1981—82 en undersökning av 345 barn i åldern 3—15 år boende i Östergötland.[7] Barnens föräldrar och lärare intervjuades av barnpsykolog om 51 olika beteenden. Barnen var slumpvis utvalda ur befolkningen i Linköping/Norrköping samt i 8 mindre orter. 18 procent visade psykiska störningar,

[2] Burman L & Nylander I: Inlärningsproblem, disciplinsvårigheter och psykisk insufficiens. Socialmedicinsk tidskrift 46:256, 1969.

[3] Ericson B: Lässvårigheter och emotionell störning. Akad. avhandling, Uppsala Universitet, nr 12, 1980.

[4] Kornfält R: Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Akademisk avhandling, Studentlitteratur, Lund, 1981.

[5] Mellbin T, Sundelin C & Vuille J-C: Från 4 år till 10. Socialstyrelsen redovisar, 1982:10.

[6] Jorming B: Hälsotillståndet hos elever i grundskolan. Epidemiologisk studie. Akad. avhandl., Karolinska Inst., Stockholm, 1983.

[7] Cederblad M & Höök B: Östgötastudien. Stencil. Laboratoriet för klinisk stressforskning, Karolinska Institutet, Stockholm, 1984.

21 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna. De 9-åriga barnen visade högst frekvens psykisk störning. De vanligast förekommande symtomen var ångest (30 procent) samt nervösa magbesvär och huvudvärk (cirka 20 procent). Många barn visade också trots, aggressivitet och dålig självkänsla.

Av ovanstående framgår att olika undersökningsmetodik ger stora skillnader ifråga om frekvensen psykiska störningar hos barn och ungdom. Ju flera symtom som berörs, ju mer ingående intervjuer som görs och ju mer kvalificerade intervjuare som används desto högre frekvenser får man. Samtliga studier visar emellertid att det är vanligt med psykiska störningar hos barn och ungdom, betydligt vanligare än kroppsliga sjukdomar. Särskilt ångest och psykosomatiska besvär förekommer hos många barn och ungdomar i olika åldrar.

Studier har gett vid handen att enstaka beteendeavvikelser ofta uppträder övergående under utvecklingen och inte har någon större betydelse för barnens anpassning. I många fall kan också de psykiska störningarna avhjälpas i barnets normala omgivning. Den anhopning av olika symtom samt större svårighetsgrad av de enskilda symtomen som vägts in i begreppet "psykisk avvikelse" i de citerade studierna utgör däremot en betydande belastning för barnet och dess omgivning. I vissa fall orsakas symtomen av övergående psykiska och sociala påfrestningar i barnets livssituation. Symtomen kan försvinna om dessa tillfälliga påfrestningar förändras. Exempel på sådana påfrestningar är övergående relationsstörningar i familjen, skilsmässa, byte av bostadsort och skola, tillfälliga sjukdomar i familjen etc. I andra fall är symtomen mera varaktiga. Det gäller framför allt asociala symtom men även ångestsymtom i tonåren.

Sammanfattningsvis utgör psykiska och sociala beteendeavvikelser hos barn och ungdom ett väsentligt problem i Sverige i likhet med andra västeuropeiska länder. Förebyggande och behandling av sådana störningar är därför en viktig del av samhällets insatser för barn och ungdom.

3.5 Handikappade barns särskilda behov

Barn och ungdomar med svåra handikapp har behov av särskilda hjälp- och stödinsatser för att kompensera och motverka sitt handikapp. De får naturligtvis stort stöd av sina föräldrar men därtill har de behov att få hjälpmedel, speciella habiliteringsinsatser och andra former av stöd från samhällets sida.

Det handikappade barnet är hela sin uppväxttid mer eller mindre beroende av sina anhöriga eller andra vårdare. Detta är psykiskt påfrestande för både barnet och dess omgivning. Frigörelseprocessen hos handikappade tonåringar blir ofta komplicerad med djupa depressioner eller andra svåra störningar. Barnen och ungdomarna funderar mer än andra på om livet är värt att leva.[1]

Det är känt genom undersökningar av vissa grupper handikappade barn och ungdomar, som jämförts med icke handikappade, att frekven-

[1] Lagerheim B: "Why me?" — a depressive crisis at the age of nine in handicapped children. Jerringsymposium Psychosomatic diseases in childhood, mars 1983.

sen beteendestörningar och psykiska problem är betydligt större hos de handikappade. I England har Shaffer och Rutter undersökt cp-barn.[1, 2] I Sverige har Gillberg och Rasmussen undersökt barn och ungdomar med MBD (Minimal Brain Dysfunction).[3] Bland utvecklingsstörda skolelever finns ett större behov än hos andra av särskilda specialklasser för barn med psykiska särdrag.[4]

Att bli förälder till ett handikappat barn är en tung upplevelse, en chock. Den kris som följer kan vara svår att bearbeta. Många föräldrar kämpar med en kronisk sorg. Att vara förälder till ett svårt handikappat barn är under alla förhållanden en krävande uppgift såväl praktiskt som psykologiskt. Föräldrarna har därför stort behov av stöd och hjälp från samhällets sida. Även det handikappade barnets syskon har ofta en psykiskt påfrestande situation. Hela familjen behöver stöd.

3.6 Invandrarbarns särskilda behov

Det är känt att barn reagerar med psykiska symtom på flyttningar även inom det egna landet. Barn, som är starkt mottagliga för nya intryck, kommer i en invandrarsituation i kläm mellan olika förväntningar, normer och värderingar. Även de olika språken kan skapa problem.

I vad mån invandrarbarnens psykiska hälsa påverkas av flyttningen till vårt land synes vara starkt beroende av hur föräldrarna klarar omställningen och deras förmåga att trots svåra yttre påfrestningar ge barnen trygghet. Många faktorer under själva migrationsprocessen och de ofta svåra levnadsförhållandena som rått i hemlandet, förenade med otrygghet inför hur framtiden skall gestalta sig i det nya landet kan medverka till depression hos de vuxna. Barnens behov riskerar därmed att inte tillgodoses. För flyktingbarnen kan särskilda påfrestningar uppstå.

Redan mycket små barn kan börja känna ett ansvar för familjens situation. Detta kan föra med sig att barnet belastas mer än det orkar med och har mognad för.

I tonåren då man normalt frigör sig från föräldrarna och de vuxnas värderingar kan frigörelsen för invandrarungdomarna också innebära ett avståndstagande från den etniska gemenskapen och ett förkastande av föräldrarnas värderingar. Barns och ungdomars tilltagande frigörelse och försvenskning kan medföra att föräldrarna tillgriper hårdare normer och regler än de tillämpade i hemlandet före emigrationen och att ungdomarna reagerar med tilltagande avståndstagande. Det är dock inte ovanligt att ungdomar, som i tonåren bryter sig loss från sina föräldrar, söker sig tillbaka till föräldrarnas kulturella bakgrund i ett senare skede i samband med sin egen familjebildning. Å andra sidan finns det exempel på att ungdomar, som försökt leva ett självständigt liv, missbedömt sina chanser att klara sig på egen hand.[5]

Identitetskonflikterna i tonåren kan speciellt för invandrarungdomarna leda till psykiska störningar.

I en studie från ungdomskliniken på Långbro sjukhus, som tillhör barn- och ungdomspsykiatrin i Stockholms län, framgick att 30 av 100

[1] Shaffer D: Psychiatric aspects of brain injury in childhood. Developmental Medicine and Child Neurology, vol. 17, 1975.

[2] Rutter M: Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. J of Child psychology and psychiatry, vol. 18, 1977.

[3] Gillberg C & Gillberg I C & Rasmussen P: MBD-problematik bland Göteborgsbarn — en långtidsuppföljning. Developmental Medicine and Child Neurology, vol. 25, 1983, vol. 27, 1985.

[4] Björkman M: Redovisning av personalresurs och personalutbildningssituation vid enheter för barn med psykiska särdrag. PM 84-12-17, Habiliteringsnämnden, Stockholms läns landsting.

[5] Lithman Y: Några forskningsfrågor om andragenerationen. Projektet Invandringens Långtidseffekter — PIL. Expertgruppen för invandrarforskning — EIFO. Stencil 1981.

efter varandra intagna patienter hade invandrarbakgrund. Denna siffra låg betydligt över andelen invandrare i befolkningen.[1] Aktuella siffror från samma klinik beträffande nyintagna 1983 och 1984 visar att 35 procent utgörs av invandrarungdomar.

En liknande undersökning företogs i mitten av 70-talet i Västmanlands län. Även i detta län var invandrarungdomarna överrepresenterade. Många av dessa patienters familjer hade dessutom svåra sociala problem och missbruksproblem.[2]

Psykiska problem hos barn och ungdomar i flykting- och invandrarfamiljer kan ha många orsaker. Det kan vara fråga om svåra traumata, en social problematik eller depression hos föräldrarna, identitetskonflikter, språksvårigheter och diskriminering. Härtill kommer att det från samhällets sida föreligger starka krav på anpassning.

[1] Laurén K: Nationellt främlingskap och tonårsidentitetsproblem Socialmedicinsk tidskrift, nr 6/1973.
[2] Fredriksson E & Wistedt B: Nationellt främlingskap och risk för psykiska sjukdomar. Socialmedicinsk tidskrift nr 3/1976.

4 Samhällets resurser för barn och ungdomar med psykiska störningar

4.1 Inledning

Socialtjänsten, skolan och hälso- och sjukvårdens primärvård är de verksamheter som i första hand tillgodoser behovet av hjälp och stöd vid psykiska störningar hos barn och ungdomar och deras familjer.

I detta avsnitt redogör vi till en början kortfattat för de primärkommunala verksamheterna socialtjänst och skola.

Med hänsyn till att barn- och ungdomspsykiatrin är en del av hälso- och sjukvården redogör vi därefter mer utförligt för hälso- och sjukvårdens olika nivåer.

Uppgifterna för specialistresursen inom hälso- och sjukvården för barn- och ungdomar med psykiska störningar, dvs. barn- och ungdomspsykiatrin, beskrivs i avsnitt 5.

För vissa grupper av barn och ungdomar finns kompletterande samhällsinsatser inom omsorgsverksamhet, barnhabilitering, invandrarverksamhet, hem för vård eller boende samt inom familjerådgivning. I detta avsnitt lämnar vi avslutningsvis en kort redogörelse för dessa verksamheter.

4.2 Socialtjänst

Primärkommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Inom ramen för detta sitt ansvar har kommunen att arbeta på olika nivåer: med strukturinriktade insatser, allmänt inriktade insatser samt individuellt inriktade insatser. De vägledande målen för socialtjänstens arbete finns angivna i socialtjänstlagens första paragraf. På demokratins och solidaritetens grund har socialtjänsten att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten har att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

Till de *strukturinriktade insatserna* hör att aktivt delta i samhällsplaneringen genom att tillföra social kunskap om människors levnadsförhållanden och villkor och att särskilt verka för grupper som i olika avseenden har det sämre ställt. Socialtjänsten har att vidarebefordra

kunskap och erfarenhet till beslutsfattarna. Till de strukturinriktade insatserna hör också fält- och grannskapsarbete samt en uppsökande verksamhet innefattande information och erbjudande av tjänster.

Informationen är en viktig del också av de *allmänt inriktade insatserna.* Informationsbegreppet är brett. Socialtjänsten har dels att informera om sin verksamhet och i detta arbete nå så utsatta grupper som möjligt, dels att via information söka påverka attityderna till samhällets socialtjänst i så positiv riktning som möjligt. Att verka för att människor bereds arbete via kontakt med arbetsförmedling etc. är en viktig del av de allmänna insatserna. Likaså är det viktigt att människor ges möjlighet till ett så fullvärdigt boende som möjligt trots sjukdom, handikapp eller hög ålder.

Bland de *individuellt inriktade insatserna* som socialtjänsten har att ansvara för är omsorgen om barn och ungdom en av de mer väsentliga. Socialtjänstlagens § 12 har följande lydelse:

> Socialnämnden skall
>
> verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden,
>
> i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom och
>
> sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om hänsynen till den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Socialtjänsten har att i samarbete med föräldrarna ge varje barn och ungdom bästa möjliga betingelser att rikt och mångsidigt utveckla sina känslo- och tankemässiga tillgångar. Barnet bör utvecklas till en öppen, hänsynsfull människa med förmåga till inlevelse och till samverkan med andra samt med en vilja att söka och använda kunskap för att förbättra såväl egna som andras levnadsvillkor.

Socialtjänsten har till uppgift att på olika sätt underlätta för familjen att ge barnen trygghet såväl vad avser materiella behov som känslomässiga. Insatserna skall ta tillvara barnets möjligheter till identitetsutveckling och självständighet. Men barnet behöver inte bara trygghet, stöd och stimulans. Det måste också lära sig samhällets normer och värderingar samtidigt som det bör uppmuntras till att skaffa sig egna uppfattningar.

I sitt arbete med barn och ungdom och deras familjer skall socialtjänsten ge stöd till familjer eller enskilda familjemedlemmar, som har problem med ekonomin, och ge bidrag till familjer med stor försörjningsbörda, t.ex. till hemutrustning, lekredskap eller utrustning för olika sportaktiviteter om det behövs för att barnet skall få en för sin utveckling nödvändig stimulans. Socialtjänsten har att erbjuda social hemtjänst till familjer som t.ex. på grund av tillfällig sjukdom har svårt att ge barnet den omvårdnad som behövs men har också att på annat sätt stödja familjer där relationerna av olika skäl sviktar.

Ett av socialtjänstens mest betydelsefulla instrument i arbetet med att erbjuda barn stimulans och utveckling är förskoleverksamheten. Socialnämnden har ansvar för förskola, dvs. daghem och deltidsgrupper samt fritidshem och kommunala familjedaghem inom kommunen. Om behovet inte tillgodoses på annat sätt skall kommunen sörja för att de barn

som på grund av förälders förvärvsarbete, studier eller andra skäl behöver omvårdnad får det. Kommunen är skyldig att anvisa plats i förskola för barn fr.o.m. höstterminen det år barnet fyller sex år. Genom uppsökande verksamhet skall socialnämnden ta reda på vilka barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling. Dessa barn skall anvisas plats i förskola tidigare.

Via förskoleverksamheten underlättas familjens uppgift att ge barnen en materiell och känslomässig trygghet. I regeringens prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten säger föredragande statsrådet (s. 254):

Socialtjänstens medverkan i de ungas sociala fostran bör gå ut på att förankra de grundläggande värderingar som kommer till uttryck i de sociala målen. En viktig uppgift blir att medverka till att ge barn och unga förmågan att analysera konfliktsituationer, diskutera olika sätt att lösa problem och att klarlägga konsekvenser av olika handlingssätt. Jag tror att bl.a. en sådan inriktning av insatserna kommer att ge barn och ungdom förutsättningar att förebygga och lösa olika konfliktsituationer och bidra till att motverka sociala svårigheter och avvikelser som kan skada dem själva eller andra.

Socialnämndens speciella ansvar beträffande insatser för barn och ungdom gäller upp till ca 20 års ålder. Beträffande de allmänt förebyggande och stödjande insatserna finns ingen åldersgräns — ett sådant ansvar har kommunen för alla sina invånare.

Vad gäller handikappade barn slår socialtjänstlagen fast kommunens förstahandsansvar för denna grupp i 21 §. Paragrafen behandlar kommunens ansvar för att personer med olika handikapp får de särskilda omsorger som de behöver. Bestämmelsen tar sikte inte bara på rörelsehindrade, syn- eller hörselskadade utan också på personer med psykiska handikapp och på dem som har missbruksproblem eller andra svåra sociala problem (prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten, spec. motiv sid. 534).

4.3 Skola

I vårt land råder skolplikt fr.o.m. det år då barnet fyller sju år. Den upphör i princip vid utgången av vårterminen det år barnet fyller 16 år.

Den undervisning som barnet ges har till syfte att meddela barnet kunskaper och öva dess färdigheter samt i samarbete med hemmet främja dess utveckling till harmonisk människa och till en duglig och ansvarskännande samhällsmedlem (1 kap 1 § skollagen).

Den grundsyn som skall prägla skolans arbete uttrycks av statsrådet i utbildningsdepartementet på följande sätt (prop. 1984/85:100, bil. 10):

Skolan måste möta eleverna med en positiv människo- och kunskapssyn som präglas av respekt och tilltro till alla elevers förmåga att både kunna och vilja lära sig. Ett positivt klimat för utbildning innefattar en anda av respekt för kunskap och beslutsamhet att nå gemensamt uppställda mål för skolarbetet. I ett sådant pedagogiskt klimat finns förutsättningar för *alla* elever att utvecklas.

Om ett barn har sociala och/eller psykiska problem är det som regel klassföreståndaren som först uppmärksammar detta. Klassföreståndaren är den person som har det allmänna ansvaret för en klass. Det åligger honom särskilt att ha tillsyn över elevernas skolgång samt att söka kontakt med föräldrarna om eleven försummar skolgången. Klassföreståndaren har att i samverkan med elevens föräldrar söka vända en negativ utveckling till det bättre. Om så inte sker skall klassföreståndaren anmäla detta till rektor. Om utslagning från skolan och elevsvårigheter säger statsrådet i ovannämnda proposition:

> En skola som syftar till att ge alla barn och ungdomar goda utvecklingsbetingelser och en god utbildning måste vara beredd att se skolsvårigheter som en utmaning. Skolan kan därvid inte nöja sig med att ge eleverna stöd och hjälp utifrån deras behov, utan måste också inrikta sig mot att förändra hela utbildningsmiljön med avseende på arbetssätt och värderingar så att alla elever får det stöd och den uppmuntran som krävs för att de skall kunna tillägna sig kunskaper och färdigheter. Kravet på en sådan inriktning av skolans arbete måste vara något som beaktas av alla i skolan. Den positiva människosyn som är grunden för 1980 års läroplan för grundskolan (Lgr 80) måste enligt min mening innebära att ingen elev någonsin betraktas som ett 'hopplöst' fall. I stället måste alla elevers förutsättningar tas tillvara och vidareutvecklas.
>
> Det är viktigt att understryka att skolan endast är en del av barns och ungdomars uppväxtmiljö. Skolan har därvidlag störst chans att lyckas med sin uppgift om den möts med respekt och stöd från det omgivande samhället samt kan möta varje elev med grundläggande tilltro. Lärarna, som har den viktigaste och svåraste arbetsuppgiften i skolan, måste känna det omgivande samhällets tillit — först då kan de i kraft av sitt yrkeskunnande fullt ut ta sitt yrkesansvar. Skolan kan emellertid inte ensam kompensera en i övrigt svår uppväxtmiljö, men den kan tillsammans med insatser på andra håll — framför allt från föräldrarna bidra till att förbättra möjligheterna också för elever med sämre förutsättningar.

När det gäller barn som går i grundskolan finns särskilda bestämmelser om skolhälsovård. Skolhälsovården har till ändamål att följa elevens utveckling, bevara och förbättra dennes själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos eleven. Skolhälsovården skall främst vara av förebyggande natur (5 kap. 25 § skollagen).

Skollagen innehåller särskilda bestämmelser om när elever skall läkarundersökas. Ytterligare bestämmelser härom samt att det för skolhälsovården skall finnas skolläkare och skolsköterska återfinns i skolförordningen.

Några särskilda bestämmelser om att det skall finnas skolpsykologer och skolkuratorer finns varken i skollagen eller skolförordningen. Vissa bestämmelser, exempelvis stadgandet om att det för varje arbetsområde för rektor vid grundskolan som omfattar ledningen av en eller flera skolenheter skall finnas en elevvårdskonferens, förutsätter mer eller mindre att det finns skolpsykolog och skolkurator. I bestämmelsen sägs nämligen att i elevvårdskonferensen ingår som självskrivna ledamöter bl.a. skolpsykolog och skolkurator. Tillgången till skolpsykologer och skolkuratorer är mycket varierande i landet.

Överhuvud taget åligger det huvudmannen för grundskolan att tillse att skolan har den personal som behövs för att kunna ge en god elevvård.

Häri ligger att det oftast krävs att det inom skolan finns tillgång till skolpsykolog och/eller skolkurator.

Den hälsovårdande verksamheten i skolan syftar till att bevara och förbättra elevernas fysiska, psykiska och sociala hälsa och till att förebygga och uppspåra sjukdom och handikapp.

Skolläkaren och skolsköterskan hjälper eleverna med medicinska problem och stöder även vid psykiska och sociala störningar. Skolpsykologen och skolkuratorn gör insatser inom sina speciella kompetensområden. Det är önskvärt att denna elevvårdande personal utvecklar ett lagarbete kring elever med svårigheter av olika slag.

En ytterligare resurs inom skolan för barn med psykiska och sociala störningar är de skoldaghem som finns på många håll i landet, anordnade i skolstyrelsens regi. I dessa skoldaghem får eleverna under ett eller flera läsår individuell pedagogisk hjälp och speciellt stöd i sin sociala och känslomässiga utveckling. Även elevernas föräldrar får stöd. 1979 fanns 67 skoldaghem, 1983 var det 98.[1]

Det finns dessutom primärkommunala speciella klasser för olika handikappgrupper.

4.4 Hälso- och sjukvård

4.4.1 Inledning

Ansvariga för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen landstingen och de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland. Hälso- och sjukvården har under de senaste årtiondena genomgått en snabb utbyggnad. Under 1960-talet och förra delen av 1970-talet koncentrerades insatserna på att förbättra och bygga ut sjukhusresurserna. Resultaten av denna utveckling präglar resursanvändningen i dag och kommer att göra det under lång tid framåt. Vid en internationell jämförelse är tillgången på akutvårdsplatser mycket hög i Sverige samtidigt som antalet läkarbesök i öppen vård är relativt lågt. Huvuddelen av besöken i öppen vård sker fortfarande vid sjukhus.

Vårdpolitiken har emellertid under de senaste decennierna i allt högre grad inriktats på att få till stånd en ändrad struktur på hälso- och sjukvården mot öppen och decentraliserad vård. Politisk enighet har rått om behovet av en sådan omstrukturering. Primärvården — med öppen vård vid vårdcentraler och sjukhems- och hemsjukvård — har ställts i förgrunden. Den slutna somatiska korttidsvården har ålagts en större återhållsamhet. Även inom den psykiatriska vården har öppna vårdformer prioriterats.

Innehållet i vårdverksamheterna förändras successivt. Det finns en strävan att allt starkare profilera vårdarbetet mot förebyggande insatser samt att ge det en offensivt hälsopolitisk prägel. Därmed menas för hälso- och sjukvårdens del att den skall ägna sig inte bara åt att utreda och behandla redan uppkomna sjukdomar och skador utan även åt att förebygga ohälsa samt att på annat sätt främja hälsan bl.a. genom att

[1] Svedin, C-G: Skoldaghemmen i Sverige — historik, organisation och verksamhet. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Linköping Rapport nr 3, 1984. Skolöverstyrelsen, stencil, 1983.

försöka påverka andra samhällssektorer att undanröja eller minska konstaterade sjukdoms- eller skaderisker.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som är en målinriktad ramlag, trädde i kraft den 1 januari 1983. Lagen ger landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa men också större frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Landstingskommunerna har enligt lagen att planera hälso- och sjukvården utifrån människornas behov. Landstingen skall också aktivt medverka i samhällsplaneringen och på så sätt bidra till en bättre livsmiljö och bättre levnadsvillkor för befolkningen.

Staten har inom ramen för sitt ansvar för samhällsekonomi och välfärdspolitik ett ansvar för övergripande planering och samordning av hälso- och sjukvården. Tillsynen över hälso- och sjukvården åvilar socialstyrelsen. Tillsynen omfattar såväl förebyggande insatser som vård, omsorg och rehabilitering och sker främst genom allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning.

Trots den växande tyngd som under det senaste decenniet lagts på omstruktureringar inom hälso- och sjukvården har förändringarna hittills gått relativt långsamt.

Kravet på förändringar av hälso- och sjukvården har ytterligare skärpts under 1980-talet. Av särskild betydelse är det allt hårdare ekonomiska klimat, som kommit att råda också för denna verksamhet. Förbättringar inom hälso- och sjukvården måste i huvudsak ske genom effektivisering och omstrukturering.

Hälso- och sjukvården är uppbyggd på tre vårdnivåer, som vardera har ett särskilt ansvarsområde. De vanligast förekommande sjukvårdsbehoven tillgodoses inom primärvården. Sjukvårdsbehov som är mindre vanligt förekommande och som ställer större krav på specialiserad kunskap och teknisk utrustning tillgodoses inom länssjukvården. De mest krävande men samtidigt relativt sällsynta sjukdomstillstånden hänvisas till regionsjukvården. Några skarpa gränser finns dock inte mellan dessa vårdnivåer. All hälso- och sjukvård ses som en sammanhängande verksamhet, en vårdkedja, där de olika länkarna är sammankopplade med varandra. Arbetsfördelningen i vårdkedjan skall i första hand syfta till att ge rätt vård på rätt vårdnivå.

4.4.2 Primärvård

I hälso- och sjukvårdsorganisationen har primärvården det primära ansvaret för hälsotillståndet hos befolkningen. Med primärvårdens helhetssyn innebär detta ett ansvar för såväl fysiska som psykiska hälsoproblem. Därtill kommer att primärvården har ett ansvar för att sociala faktorer som har samband med individens hälsotillstånd uppmärksammas i vården. Kring de sociala frågeställningarna behövs samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Vanligen tillämpas härvid kompetensprincipen, vilket innebär att sjukvårdshuvudmannen svarar för personal med sjukvårdsutbildning och medicinsk kompetens och primär-

kommunen för personal med kompetens i socialt arbete. Ett viktigt område för samordnade insatser utgör stöd och hjälp till vårdbehövande i form av hemsjukvård och social hemtjänst.

Primärvården har huvudansvaret för det förebyggande arbetet. I regeringens proposition (prop. 1984/85:181) Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. ägnas stort utrymme åt diskussion om förebyggande arbete för att hindra ohälsa att uppstå. En ändring i hälso- och sjukvårdslagen har föreslagits så att det särskilt markeras att vården bör inriktas mot att förebygga ohälsa. Det framhålls att det är väsentligt att ägna speciell uppmärksamhet åt grupper i samhället som är utsatta för hälsorisker, s.k. riskgrupper. En sådan riskgrupp som lätt drabbas av sjukdom eller dålig hälsa är barn i familjer med låg inkomst samt sociala och psykiska problem.

Indelningen i primärvårdsområden överensstämmer som regel med indelningen i primärkommuner eller, i större kommuner, med socialdistriktindelningen. Inom ett primärvårdsområde finns vanligen flera vårdcentraler med ett antal distriktsläkare. Vårdcentralen svarar ofta för en befolkning på 10 000—20 000 invånare. Till vårdcentralen är knutna ett antal distriktssköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor för sjukvård i hemmet, distriktssjukgymnaster och distriktsarbetsterapeuter. På många håll kopplas till vårdcentralen lokala sjukhem med somatisk och psykiatrisk långtidssjukvård. I primärvården kan förutom distriktsläkare med specialistkompetens i allmänmedicin också finnas tillgång till specialister i långvårdsmedicin, barnmedicin, gynekologi m.m.

Primärvården är relativt väl utbyggd i flera landstingsområden och enligt planerna förutsätts en fortsatt utveckling komma att ske under 1980- och 1990-talen. Huvudsyftet är att säkerställa en närservice och hög tillgänglighet inom verksamhetsområden som öppen vård, dagvård, sjukvård i hemmet och sjukhemsvård. Primärvården skall tillgodose sådana för patientens trygghet viktiga faktorer som helhetssyn, innebärande hänsynstagande till den totala situationen och kontinuitet. Detta innefattar också en ökad tillgänglighet i form av hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst.

Primärvårdens roll har understrukits i förarbetena till HSL. Primärvården skall således svara för primärt omhändertagande och för hälsotillståndet hos befolkningen. Tillfälligt — när primärvårdens resurser kunskapsmässigt eller tekniskt är otillräckliga för de åtgärder som fordras för en viss patient — övergår ansvaret till länssjukvården eller regionsjukvården.

En av primärvårdens huvuduppgifter är att med en överenskommen och samordnad fördelning gentemot andra primära vårdgivare tillgodose befolkningens behov av basal sjukvård. Det har i skilda sammanhang framhållits att det därför måste finnas en hög medicinsk kompetens för att klara vården av alla de vanliga akuta och kroniska sjukdomar och besvär som befolkningen söker vård för.

En betydande andel av patienterna inom primärvården har symtom eller besvär som inte direkt kan återföras till någon bestämd sjukdomsdiagnos men där bl.a. psykiska och sociala faktorer kan vara av stor betydelse. Så långt det finns kompetens hos personalen och tekniska

förutsättningar för diagnostik och behandling skall patientansvaret kontinuerligt ligga kvar hos primärvården.

Primärvårdens personal möter ofta patienten upprepade gånger för olika problem under loppet av en längre tidsperiod och får därigenom en ingående kännedom både om de medicinska problemen och om de sociala villkoren. I primärvårdens vardagsarbete ingår som en naturlig del att stödja patientens egenvård.

De flesta barn och ungdomar undersöks och behandlas inom primärvården, antingen av allmänläkare eller av distriktsläkare med specialistkompetens i barnaålderns sjukdomar. Primärvården möter alla slag av sjukdomar hos barn och ungdomar, bl.a. den stora gruppen psykosomatiska sjukdomar, där psykiska och sociala faktorer spelar stor roll för det kroppsliga symtomets uppkomst eller fixering.

För patienter med sammansatta vårdbehov har primärvården ofta en nyckelroll när det gäller att samordna olika vårdinstansers arbete. Med tillgång till en samlad information om patientens hälsotillstånd och de olika vårdinstansernas insatser är det primärvårdens uppgift att svara för överblick och kontinuitet.

En väsentlig uppgift för primärvården är förebyggande arbete, bl.a. hälsovård för mödrar och barn. Inte minst viktigt när det gäller barns och ungdomars psykiska hälsa är de insatser som görs inom mödra- och barnhälsovården. En av mödra- och barnhälsovårdens viktigaste uppgifter utgör kontakter med alla föräldrar individuellt eller i form av föräldrautbildning före och efter förlossningen.

Barnhälsovården arbetar även med sekundärt förebyggande insatser för barn i åldern upp till 7 år. Vid en konstaterad störning i barnets utveckling går barnhälsovården in genom att stödja föräldrarna i deras ofta svåra situationer med enskilda samtal, gruppsamtal eller kontakter med socialtjänsten. Detta sekundärt förebyggande arbete har som mål att ändra den skadliga miljö som kan ge bestående störningar i barnens sociala, intellektuella och känslomässiga utveckling.

Till största delen sköts det förebyggande arbetet inom barnhälsovården av sjuksköterskor. Primärvården har på många håll också anställt psykologer (t.ex. barnhälsovårdspsykologer eller vårdcentralspsykologer), som arbetar förebyggande inom barnhälsovården. På vissa håll finns även kuratorer inom barnhälsovården.

Inom Stockholms läns landsting arbetar PBU:s mödravårds-, barnhälsovårds- och förskoleteam med rent förebyggande arbete inom nämnda verksamhetsområden.

Barnhälsovården ansvarar också för all hälsovård i förskolorna.

4.4.3 Länssjukvård och regionsjukvård

Länssjukvårdens ansvar skall omfatta patienter med sjukdomstillstånd, som kräver tillgång till personella och tekniska resurser, vilka måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom sjukvårdsområdet. Länssjukvårdens somatiska och psykiatriska korttidsvård bedrivs vid länssjukhus och i viss utsträckning vid länsdelssjukhus. Endast en mindre del av långtidssjukvården faller inom länssjukvården.

Länssjukvårdens huvudsakliga psykiatriska arbetsuppgifter omfattar de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetenser som primärvården inte förfogar över, inkluderande bl.a. psykiatrisk dygnet-runt-vård. I vissa fall är kravet på behandlingskontinuitet av särskilt stor betydelse inom psykiatrin, vilket kan göra att behandling i öppen vård behöver fortsätta inom länssjukvården även mellan upprepade perioder av psykiatrisk slutenvård.

Regionsjukvården svarar för det fåtal patienter vars speciellt svårbemästrade problem kräver samverkan mellan högt utbildade specialister och eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. För barn- och ungdomspsykiatrin har inte någon särskild regionsjukvårdsnivå definierats.

4.4.4 Primärvårdens samverkan med länssjukvården

Primärvården skall se till att de patienter som behöver tillgång till länssjukvård också får sådan vård. Detta förutsätter att samarbetet mellan primärvården och länssjukvården fungerar väl. På samma sätt måste det finnas fungerande rutiner för att överföra eller återföra patienter från länssjukvården till primärvården när sjukhusets resurser inte längre behövs. Ansvaret för fortsatt behandling och stöd skall således återgå till primärvården.

Den fortsatta utvecklingen av primärvården är starkt beroende av samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Sjukvårdshuvudmännen har försökt styra och påverka verksamheten genom tilldelning av resurser. Erfarenheterna har emellertid visat att verksamheten inte kan styras och utvecklingen inte kan påverkas enbart genom anvisandet av resurser. Utökade resurser för primärvården leder således inte utan vidare till ändrad fördelning av uppgifterna mellan primärvård och sjukhusvård. Det krävs därför också riktlinjer för arbetsfördelning mellan vårdenheterna. I HS 90 famhålls att sådana riktlinjer måste utformas i samförstånd och i samverkan. En förutsättning för arbetsfördelningen bör vara att varje vårdenhet skall ha sig tilldelat vissa vårduppgifter. Det bör därför finnas lokala överenskommelser om arbetsfördelning mellan vårdcentralerna och sjukhusens olika kliniker. I den mån vårdprogram upprättas bör dessa ange vilken arbetsfördelning som skall gälla.

En omfördelning av arbetsuppgifter mellan kliniker och primärvård förutsätter kunskaper vid resp. kliniker och vårdcentraler om hur vården totalt fungerar. Gemensamma patientinventeringar vid vårdcentraler och på sjukhusmottagningar är därför en viktig del av verksamhetsplaneringen i ett sjukvårdsdistrikt. Sådana gemensamma patientinventeringar kan ge viktiga utgångspunkter för förändrad arbetsfördelning.

Sådana studier har på senare tid genomförts på olika håll i landet. I flera fall har arbetet lett fram till gemensamma riktlinjer för hur arbetet skall fördelas mellan primärvård och sjukhuskliniker. Exempel på sådana gemensamma riktlinjer har redovisats i Spri-rapport 148:1983.

I socialstyrelsens underlag för vårdprogram, som föreligger för flera sjukdomstillstånd, anges ofta riktlinjer för hur arbetet kan delas upp mellan allmänläkare och andra specialister. Sådana centralt utarbetade

förslag till arbetsfördelning är viktiga grunddokument för de lokala diskussioner som måste föras för att man skall kunna komma överens om hur arbetsuppgifterna skall fördelas.

4.5 Kompletterande resurser för vissa grupper av barn och ungdomar

4.5.1 Resurser för handikappade

Det finns omkring 33 000 handikappade barn och ungdomar i åldern 0—19 år som är i behov av särskilda insatser från samhällets sida. Dessa kan efter sitt huvudhandikapp indelas på följande sätt. Det angivna antalet barn och ungdomar i åldern 0—19 år är approximativt.[1]

□ Psykiskt utvecklingsstörda (inkl. tilläggshandikapp)	12 600
□ Rörelsehindrade	5 500
□ Hörselskadade och döva	4 000
□ Synskadade	1 000
□ Psykotiska barn	1 100
□ Barn med svåra röst-, språk- och talstörningar	?
□ Barn med MBD (Minimal Brain Dysfunction)	?
□ Barn med handikapp som fordrar särskild medicinsk tillsyn (astma, allergi, epilepsi, cystisk fibros, diabetes, medfödda hjärtfel, blödarsjuka, njursjukdomar, psoriasis samt stomiopererade)	6 700

Enligt principen om normalisering bor handikappade barn numera oftast hemma hos sina familjer och går i den vanliga förskolan och grundskolan (eller särskolan). Behovet av stöd och hjälp till barn och föräldrar är stort för att de skall klara av situationen. Enligt socialtjänstlagen har socialtjänsten ett särskilt ansvar för denna grupp av barn.

Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen reglerar i viss utsträckning den service som handikappade barn och ungdomar har rätt till. Det finns emellertid vid sidan härom annan lagstiftning som kompletterar dessa lagar och som närmare anger samhällets ansvar för barn med handikapp.

När det gäller *psykiskt utvecklingsstörda* barn och ungdomar anges i omsorgslagen landstingens ansvar. Landstingens insatser gäller såväl boende som vård, undervisning, psykologiskt och kurativt stöd m.m.

För att utvecklingsstörda barn skall få den individuellt avpassade träning och undervisning som de enligt omsorgslagen har rätt till är landstingen skyldiga att anordna särskolor. Särskolan omfattar förskola, skola för grundundervisning, träningsskola och yrkesskola. För de utvecklingsstörda barn som inte kan delta i förskola erbjuder landstingen s.k. hemmavård och särskild undervisning.

[1] Uppgifterna hämtade ur Socialstyrelsens kommande allmänna råd: "Socialtjänstens stöd till barn och ungdomar med handikapp och deras familjer."

Många utvecklingsstörda har komplicerande andra handikapp — rörelsehinder, synskador, hörselskador, epilepsi m.m.

Förslag till ny omsorgslag har förelagts riksdagen våren 1985 (prop.1984/85:176).

Barnhabilitering[1] för *rörelsehindrade* barn bedrivs av landstingen och omfattar i regel barn och ungdomar i åldern 0—20 år. Habiliteringsinsatserna består för rörelsehindrade förskolebarn dels av inledande medicinsk utredning, initiering av utvecklingsstimulering och övrig behandling, dels av fortsatt regelbunden medicinsk kontroll, sjukgymnastik, habiliteringsträning, talträning, social rådgivning, psykologisk behandling samt förskolepedagogiska insatser.

Barnhabiliteringen bedrivs på region-, läns- och distriktsnivå. En central habiliteringsorganisation finns nu i samtliga län. På länsnivå brukar verksamheten utgå från särskilda behandlingscentraler, antingen fristående eller belägna vid barnklinikerna vid länssjukhusen.

Verksamheten bedrivs huvudsakligen som öppenvård och man strävar efter decentralisering av insatserna så att de skall vara tillgängliga för barnet i närmiljön. På distriktsnivå finns på flera håll lokala behandlingscentraler eller distriktsteam/mottagningar. Man använder sig ofta av distriktssjukgymnaster för barnets dagliga träning som oftast sker hemma, i förskolan/skolan eller i nära anslutning därtill. Specialförskolor för rörelsehandikappade som alternativ till den primärkommunala förskolan är under avveckling. På många håll bibehåller man dock viss förskolepedagogisk verksamhet vid habiliteringscentralerna eller lekoteken.

En relativt stor andel av de rörelsehindrade barnen är också psykiskt utvecklingsstörda (ca 24 procent), vilket innebär att vissa av de psykiskt utvecklingsstörda barnen återfinns även bland gruppen rörelsehindrade.

Landstinget har sålunda åtagit sig ett ganska omfattande ansvar för stödet till handikappade barn. Landstingets insatser skall komplettera, inte ersätta den hjälp kommunerna skall ge.

Landstingen har ursprungligen byggt upp separata habiliteringsorganisationer för olika grupper handikappade barn.

För närvarande genomförs dock i allt fler landsting, en samordning av insatserna för framförallt de rörelsehindrade och de psykiskt utvecklingsstörda barnen till en gemensam habiliteringsorganisation.

Syftet är att föräldrar med ett handikappat barn ska kunna vända sig

[1] Ordet *habilitering* har från början endast syftat på landstingens verksamhet för rörelsehindrade barn. Inom verksamheten för psykiskt utvecklingsstörda barn talar man dels om undervisning, dels om habilitering. Man har dock börjat använda begreppet habilitering som ett samlingsord för alla de stödinsatser landstingen gör för olika grupper handikappade barn.

I habilitering kan ingå medicinsk kontroll med bedömning och behandling, sjukgymnastik, hjälpmedelsutprovning, språk- och talträning, förskolepedagogiska insatser, psykologiska utvecklingsbedömningar och psykoterapi samt social rådgivning. I habilitering ingår även lekrådgivning till föräldrar samt kostnadsfritt lån av särskilt avpassat lekmaterial. Föräldrarna får stöd och vägledning av habiliteringspersonalen: läkare, syn- och hörselvårdskonsulenter, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopeder, talpedagoger, specialutbildade förskollärare samt kuratorer och psykologer.

till *en* organisation oavsett vilket handikapp barnet har. De anställda inom habiliteringsorganisationen arbetar på distriktsnivå enligt principen att stödet ska ges i barnets naturliga miljö och vara geografiskt lättillgängligt. Ett stort ansvar tillskrivs den samordnade habiliteringsorganisationen för att förmedla kunskaper och erfarenheter till personal inom socialtjänst, skola etc. där man kommer i kontakt med familjer med handikappade barn.

De *hörselskadade* barnen går i regel i vanliga klasser eller specialklasser. Landstingets pedagogiska hörselvård och hörselvårdskonsulenter utgör stödorganisationen för dessa barn. För de gravt hörselskadade och döva barnen finns också de statliga specialskolorna.

Vad beträffar döva och hörselskadade har utvecklingen gått i något annan riktning än för synskadade och rörelsehindrade. Erfarenheterna visar att integreringen i normalmiljö skolmässigt för denna grupp bör komma något senare än för andra handikappgrupper. Antalet elever vid de statliga specialskolorna för döva och hörselskadade har totalt sett varit ungefär detsamma under de två senaste decennierna.

När det gäller barn med *röst, tal- och språkstörningar* som inte är förorsakade av annat handikapp finns ej idag utbyggda habiliteringsresurser och entydigt ansvar. De får främst hjälp inom hälso- och sjukvården.

För *synskadade* barn och ungdomar finns inte på samma sätt som för övriga grupper handikappade barn någon utbyggd habiliteringsorganisation på landstingsnivå. Stöd och hjälp ges vid ögonklinikerna genom syncentraler och genom resande statliga konsulenter, gemensamma för flera landsting.

De barn som är enbart synskadade går praktiskt taget alltid i vanliga förskolegrupper. De som går i specialgrupper har i regel också andra handikapp, företrädesvis psykisk utvecklingsstörning.

De synskadade barnen undervisas numera i regel i den vanliga skolan.

Vård och behandling av barn med astma, allergi, epilepsi, diabetes, cystisk fibros, blödarsjuka m.fl. s.k. *medicinska handikapp* sker huvudsakligen inom ramen för barnklinikernas ordinarie verksamhet.

De *barndomspsykotiska* barnen utgör en liten men mycket svårt handikappad grupp. En stor del av de psykotiska barnen är förtecknade inom omsorgsverksamheten och får del av de resurser som finns inom denna verksamhet. På många håll inom omsorgsverksamheten och inom barn- och ungdomspsykiatrin har utvecklats speciell kompetens för vård och behandling och skolundervisning för denna grupp. Särskilda behandlingsinstitutioner för de psykotiska barnen finns bl.a. inom anthroposofernas läkepedagogiska verksamhet.

Förslaget till ny omsorgslag omfattar även de barndomspsykotiska barnen och ungdomarna.

Barn med *motoriskt-perceptuella handikapp av typ MBD* (Minimal Brain Dysfunction) utgör en speciell handikappgrupp. Diagnosen har ofta använts opreciserat vilket gjort den kontroversiell. Utredning och viss behandling sker inom barnhabiliteringen, inom barn- och ungdomspsykiatrin samt inom skolan.

Lekoteken, inom landstingens sociala nämnd, är ytterligare en speciell resurs att stödja understimulerade barn i deras utveckling.

4.5.2 Resurser för invandrare

Antalet invandrare i Sverige uppskattas idag till omkring en miljon. Begreppet invandrare omfattar då de som är utländska medborgare och som är födda utomlands, de som är födda utomlands men erhållit svenskt medborgarskap samt de s.k. andragenerationens invandrare, dvs. personer som har minst en förälder född utomlands. (SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården).

Om man med invandrarbarn även avser barn med minst en förälder född i utlandet så fanns vid årsskiftet 1979/80 300 000 invandrarbarn i åldern 0—17 år.

Den största invandrargruppen utgörs av finländare.

Det som karakteriserat de senaste årens invandrarmönster är att den utomnordiska invandringen ökat från 8 procent till 31 procent under 1970-talet. Dagens invandrare kommer i allt större utsträckning från länder avlägsna både i geografiskt och kulturellt avseende. Under 1970-talet har invandrare från Afrika ökat från 2 000 till 7 000, de från Sydamerika från 1 000 till 13 000 och de från Asien utom Turkiet från 4 000 till 15 000.

Riktlinjer för den nuvarande invandrarpolitiken antogs år 1975 och bygger på målen jämlikhet, valfrihet, samverkan. Tidigare strävanden att verka för en assimilering av invandrare ("försvenskning") fick vika för ett synsätt, som ser värdet av att olika etniska grupper lever sida vid sida med bevarande av sin egen kultur. Full valfrihet och jämlikhet är dock inte helt förenliga. Vissa normer och värderingar måste godtas av alla för att samhället skall kunna fungera väl.

De generellt kompletterande samhällsresurserna till invandrarbarn och ungdomar avser främst deras rätt till undervisning i sitt hemspråk.

Alltsedan år 1976 är kommunerna skyldiga att ordna viss träning och undervisning i invandrarbarnens modersmål. Utbyggnaden av hemspråksträningen i förskolan och hemspråksundervisningen i skolan har därefter fortsatt såväl kvantitativt som kvalitativt. I flertalet kommuner, där underlaget och tillgången på utbildad personal är tillräcklig, har enspråkiga grupperingar prioriterats. Detta har resulterat i en kraftig ökning av antalet enspråkiga grupper i förskolan. Antalet hemspråksklasser eller sammansatta klasser i grundskolan har också ökat under de senaste åren.

I många kommuner finns särskilda invandrarbyråer som har till uppgift att hjälpa invandrarna inte minst att få tillgång till den service som samhället erbjuder. En av invandrarbyråernas viktigaste uppgifter är att ordna tolkhjälp.

Vid psykiska störningar hos invandrarbarn och invandrarungdomar skall samhällets basresurser i första hand ge hjälp — socialtjänsten, skolan och primärvården.

Flyktingomhändertagandet innebär från och med 1985 en snabbare utslussning till landets olika kommuner av asylsökande och flyktingar än tidigare. Spridningen över landet blir också större. Detta ställer krav på basresurser och specialresurser på ett annat sätt än tidigare.

4.5.3 Hem för vård eller boende

Barn och ungdomar med sociala störningar och missbruksproblematik, som är i behov av sluten vård, tas emot på de institutioner som benämns hem för vård eller boende. Vissa av dessa, några av de f.d. ungdomsvårdsskolorna, är hem "för särskild tillsyn", där inlåsning av den intagne under vissa villkor kan ske. De kallas också "§ 12-hem", syftande på 12 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), där förfarandet regleras. — Övriga hem för vård eller boende är f.d. spädbarnshem, upptagningshem, barnhem och ungdomshem av olika slag. Huvudman är mestadels landstingens sociala nämnd. Hemmen för vård eller boende tillhandahåller socialtjänsten vårdplatser för barn och ungdomar med övervägande sociala störningar. Socialtjänsten har under intagningstiden vårdansvaret för den intagne medan institutionen har behandlingsansvaret.

Institutionerna tar emot barn och ungdomar både akut och efter förberedelse. Både korta och långa vårdtider förekommer. En del institutioner kan ta emot hela familjer.

Enligt socialtjänstförordningen (1981:1226) skall det vid hem för särskild tillsyn finnas tillgång till läkare som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmänpsykiatri.

4.5.4 Familjerådgivning

En ytterligare kompletterande resurs som indirekt kan vara till hjälp för psykiskt störda barn och ungdomar är familjerådgivningsbyråerna. Här får vuxna, ofta föräldrar, hjälp med sina relationsproblem, vilket kommer barnen i familjen tillgodo. Ibland tas även familjer med barn emot vid familjerådgivningsbyråerna.

För ytterligare beskrivningar av familjerådgivningen hänvisar vi till vårt 1983 avgivna betänkande (DsS 1983:8) Familjerådgivning — verksamhet och organisation.

5 Barn- och ungdomspsykiatrins nuvarande arbetsuppgifter

5.1 Målsättning

I mentalsjukvårdsdelegationens år 1957 avlämnade betänkande om den psykiska barn- och ungdomsvården anfördes att "inom den psykiska barn- och ungdomsvården har man ingen annan målsättning för sitt arbete än den som varje ansvarskännande person kan acceptera. Den vill sålunda bidraga till att åt unga människor skänka så goda förutsättningar för en gynnsam personlighetsutveckling, som omständigheterna kan medge".

I den några år senare, 1962, tillkomna instruktionen för den statsunderstödda psykiska barn- och ungdomsvården angavs målet för verksamheten sålunda

... att genom medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder bland barn och ungdom upp till 20 års ålder undanröja sådana förhållanden, som visat sig leda till eller kunna befaras leda till psykiska störningar, samt behandla uppkomna sådana. Genom undersökning, rådgivning och behandling vill PBU söka hjälpa de unga att växa upp till friska och harmoniska individer. De åtgärder som vidtagits gälla ofta hela familjen. I förekommande fall skall samarbete ske med andra samhällsorgan.

Sedan detta skrevs har det skett stora förändringar i samhället. Inom barn- och ungdomspsykiatrin liksom inom övriga vårdområden har skett en fortlöpande utveckling. Det har också ställts krav på ett större samarbete mellan olika samhällsorgan samtidigt som verksamheter som barn- och ungdomspsykiatrin försökt att tydligare klargöra sina arbetsuppgifter i förhållande till andra verksamheter. Det har därför varit naturligt att man inom verksamheten har sökt formulera vilka mål man har för sitt arbete och vilken målgrupp man riktar sig till.

I Socialstyrelsen redovisar 1980:2 formuleras målet för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten vara

att känna igen, bota och lindra psykiska störningar hos barn/ungdomar/familjer att förebygga psykiska störningar.

Vidare anförs i samma skrift följande.

Ur helhetssynpunkt är det väsentligt med en koppling mellan förebyggande mentalhygieniskt arbete och behandlingsarbete. Kunskaper om individens normalutveckling och behov är viktiga för bådadera.

Problemidentifieringar och erfarenheter genom behandlingsarbete ger infallsvinklar som kan belysa hur störningar uppkommer. Genom återkoppling av kunskapen till förebyggande arbete kan den komma individen och samhället till godo ur allmän mentalhygienisk synpunkt.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri angav 1978 följande mål.

Målsättningen med barn- och ungdomspsykiatrins verksamheter är att igenkänna, bota, lindra och förebygga psykisk sjukdom och störning som utgör hinder för personlig tillväxt och mognad hos barn, ungdomar och deras familjer. I målsättningen ingår också att tillvarata barnens intresse i samhället.

I de av landsting gjorda lokala utredningarna om barn- och ungdomspsykiatrin anges också målet för verksamheten.

Den psykiska barn- och ungdomsvården, PBU-verksamheten inom Stockholms läns landstings sociala nämnd, har antagit följande "operativa" målsättning för sin verksamhet (1980).

PBU är landstingets öppenvårdsorganisation för att förebygga, utreda och behandla psykiska störningar hos barn och ungdomar i åldern 0—20 år och deras familjer.

I detta syfte och med medicinsk-psykiatrisk, psykologisk, social och pedagogisk kompetens som utgångspunkt, arbetar PBU med psykodiagnostik, psykosocial och psykoterapeutisk verksamhet och behandling vid PBU-mottagningar, miljöterapeutisk verksamhet vid dagbehandlingsavdelningar, terapiskolor och terapikolonier samt konsultation och informationsgivning till angränsande verksamheter inom hälso- och sjukvård, barnhabilitering, primärkommunal socialvård med barnomsorg och skola/elevvård.

Behandlingsverksamheten är inriktad på enskilda individer (barn, ungdomar och i förekommande fall föräldrar), grupper (barn, ungdomar och vuxna) samt hela familjer. Det direkta klientarbetet är baserat på frivillighet.

Genom indirekt klientarbete via konsultverksamheterna vid MVC/BVC och förskola samt konsultverksamhet i samverkan mellan PBU-mottagningar och ovan nämnda primär- och landstingskommunala verksamheter söker PBU bredda kontaktytan med den potentiella klientgruppen och nå grupper som inte på eget initiativ söker hjälp vid PBU-mottagningen. Det indirekta klientarbetet har också som syfte att sprida PBU:s kompetens så långt det är realistiskt till andra verksamheter genom konsultation och information.

PBU:s målgrupp är alltid barn och familjer medan uppdragsgivare i förekommande fall dessutom kan vara representanter för andra samhälls- och vårdorgan.

I Värmlands läns landstings rapport från 1982 sägs följande.

Målsättningen för barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet är att igenkänna, bota, lindra och förebygga psykisk sjukdom och störning som utgör hinder för personlig tillväxt och mognad hos barn, ungdomar och deras familjer. I målsättningen ingår också att tillvarata barnets intresse i samhället.

Barn- och ungdomspsykiatrins målgrupp är barn och ungdomar upp till myndig ålder, deras familjer och övrig närmiljö.

I barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet ingår arbetet med barn och ungdomar med akuta eller långvariga psykiska störningar, t.ex. neuroser, psykoser, psykosomatiska symtomkomplex, missbruksproblematik och andra kristillstånd som fordrar behandling.

När familjens psykiska resurser är otillräckliga behövs adekvat hjälp. Kriser kan uppstå genom mer genomgripande förändringar i familjens situation, t.ex. vid födsel av handikappat barn, vid sjukdom, dödsfall eller skilsmässa. Förändringar i kulturella, sociala och ekonomiska förhållanden eller av annat slag i familjens situation kan medföra eller orsaka (utlösa) psykiska kriser och störningar hos barn och ungdomar.

För Jämtlands läns barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet har år 1984 följande mål antagits.

Barn- och ungdomspsykiatrin skall genom medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska åtgärder bland barn och ungdomar upp till 18 år undanröja eller medverka till att undanröja förhållanden, som leder till eller befaras leda till olika psykosociala problem samt behandla uppkomna sådana.
Barn- och ungdomspsykiatrin skall vara den specialistresurs i länet, som har ansvar för diagnostik och behandling av de svårast störda barnen och ungdomarna.
Barn- och ungdomspsykiatrin skall ha hög tillgänglighet dels i förhållande till allmänheten som direkt skall kunna vända sig till barn- och ungdomspsykiatrin, dels i förhållande till samverkande organisationer såväl inom landstinget såsom barnhälsovård, samordnad habilitering, barnmedicin och vuxenpsykiatri som i förhållande till primärkommunala verksamheter såsom socialtjänst och skola
Barn- och ungdomspsykiatrin skall genom bedömning, rådgivning och behandling hjälpa barn och ungdomar till en harmonisk utveckling.

Barn- och ungdomspsykiatrins målgrupp utgörs i dag av barn och ungdomar upp till 18 års ålder, deras familjer och närmiljö. Gränsen 18 år är flexibel och insatserna i praktisk verksamhet anpassas efter problematik samt tillgängliga behandlingsmöjligheter.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de målbeskrivningar som getts för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom skilda landsting och av bl.a. socialstyrelsen inte skiljer sig nämnvärt från varandra. Den enda mer väsentliga skillnaden rör den övre åldersgränsen för vård och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin.

5.2 Kunskapsområde

Kunskapsområdet behandlas i Socialstyrelsen redovisar: Barn och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige 1980:2. Vår framställning i detta avsnitt bygger i det stora hela på denna redovisning.

Det som utmärker barn- och ungdomspsykiatrin och som skiljer denna verksamhet från andra samhällsorgan är att dess kunskapsområde är av tvärvetenskaplig natur. Det förenar biologisk-medicinsk kunskap med psykologisk-social kunskap i en tillämpad helhetssyn på människan i hennes samhälle.

Kunskapen om människan som biologisk varelse samt de ärftliga faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom kopplas med kunskap från psykologiska och sociala vetenskapsområden. Utvecklingspsykologiska aspekter och insikt om psykodynamiken i störningars uppkomst är av grundläggande betydelse för förståelse av funktion och symtom. Inlärningspsykologi och pedagogik är likaså väsentliga kunskapsområden.

Socialpsykologi och kommunikationsteori är viktiga då det gäller att förstå samspelets och kommunikationens betydelse för normalutveckling och avvikelser.

Barn- och ungdomspsykiatrins tvärvetenskapliga inriktning speglas i personalsammansättningen och i personalens utbildningsbakgrund. Barn- och ungdomspsykiaterna har utöver sedvanlig grundutbildning som läkare fem års specialutbildning som omfattar ett års tjänstgöring inom pediatrik (barnmedicin), ett års tjänstgöring inom allmänpsykiatri samt tre års tjänstgöring inom barn- och ungdomspsykiatri. Psykologerna är legitimerade och har utöver en grundutbildning, som omfattar fem års teoretiska studier, ett års praktisk tjänstgöring under handledning. Därutöver har de flesta psykologer vidareutbildning i psykodiagnostik och/eller psykoterapi. Kuratorerna har socionomexamen som omfattar en utbildningstid om tre och ett halvt år. Flertalet av de barnpsykiatriska kuratorerna har vidareutbildning i psykosocialt behandlingsarbete och/eller psykoterapi.

De i det barnpsykiatriska teamet ingående medlemmarna medverkar var och en utifrån sin speciella kompetens vid bedömning och behandling av enskilda individer och deras familjer.

Dessutom bidrar övriga kategorier inom barn- och ungdomspsykiatrin med sina speciella kunskaper — sjuksköterskor, skötare och annan vårdpersonal samt den pedagogiskt skolade personalen.

Genom att det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet kräver en sammansatt teoretisk och praktisk kompetens har det utvecklats till ett markerat lagarbete, där olika kategorier av personal med olika kunskapsbakgrund och erfarenhet ingår.

Teamet som gemensam bas kan tillgodose behovet av den grundkunskap av olika slag och de olika behandlingsinsatser som kan krävas i ett enskilt ärende. Ett team, vars medlemmar har nära samarbete, kan lära sig att på bästa möjliga sätt använda och utveckla de enskilda medarbetarnas resurser, samtidigt som teamets gemensamma kompetens utvecklas till att motsvara mer än summan av de enskilda delarna.

För ett fungerande gruppsamarbete fordras att teammedlemmarna har förmåga till självständighet och avgränsning jämsides med öppenhet för att ge och ta emot sinsemellan. Var och en behöver känna såväl sin egen som de övriga medlemmarnas kompetens för att man inom teamet skall kunna komma fram till bästa sättet att utnyttja varandras kunskap och samtidigt utveckla teamets sammanlagda kompetens. Enskilda personer i teamet kan vara huvudkontakt i behandlingsarbetet med en individ/familj, men ha tillgång till teamets totala kompetens när det krävs information/konsultation eller en konkret insats från någon annan medlem i teamet. På likartat sätt kan en enskild medlem i teamet vara huvudkontakt utåt i samarbete med skola, socialtjänst etc.

För att ett arbetslag med denna form skall bli väl samarbetat krävs tid för utveckling. Konsultation medlemmarna emellan, samråd och inbördes fördelning av arbetsuppgifter fungerar bäst i ett lag med väl etablerat samarbete. Ju större gemensam arbetserfarenhet teamet har, desto lättare är det att utnyttja teammedlemmarna på lämpligaste sätt.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns stor samlad kunskap om

barns och ungdomars utveckling och behov samt om psykiska störningar och deras uppkomst.

5.3 Kompetensområde

I Socialstyrelsen redovisar 1980:2 sägs

"Barn- och ungdomspsykiatrin har vad som kan kallas ett primärt kompetensområde i fråga om identifiering och behandling av psykiska störningar hos barn/ungdomar/familjer."

Även i andra målformuleringar anges att verksamheten har till uppgift att förebygga, utreda och behandla psykiska störningar hos barn och ungdomar samt deras familjer.

Beträffande vad som avses med psykiska störningar kan följande anges.[1] Psykiska störningar under barn- och ungdomsåren kan på ett övergripande sätt definieras som resultatet av störningar i individens betingelser för personlig mognad och växt. Sådana betingelser kan vara konstitutionella, intrapsykiska eller förankrade i eller utanför familjen. Oavsett betingelsernas objektiva lokalisering — inom eller utanför individen — påverkar de på ett eller annat sätt individens medvetna eller omedvetna psykiska föreställningsvärld. Det är genom denna påverkan de får en störande inverkan på individens utveckling.

Vid identifieringen, utredningen eller kartläggningen av den psykiska störningen använder man ett multifaktoriellt synsätt. Psykologiska och sociala faktorer samt ärftliga och somatiska - speciellt neurologiska faktorer undersöks.

Störningar kan i individens handlings- och reaktionsmönster gestaltas på en mångfald olika sätt. Med hänsyn till förklarings- och behandlingsteori kan de grupperas i tre kategorier: tidiga störningar, neuroser och relationsstörningar. Dessutom tillkommer tillstånd med organiska hjärnskador.

Till de tidiga störningarna räknas psykotiska tillstånd. En annan tidig skada är primär karaktärsstörning, vilken antas uppstå något senare än psykoserna. Infantil jag-svaghet kan betraktas som en något lättare tidig störning.

Neuroserna utvecklas enligt teorin senare under barndomen och kan inte sägas vara fast utformade förrän under senare delen av adolescensen.

Identitetskriser i ungdomsåren är vanligen godartade men kan hos en del ungdomar innebära djupgående störningar.

Psykosomatiska tillstånd är störningar som grundläggs tidigt och förekommer hela uppväxttiden i lindrigare eller allvarligare former.

En svårighet i allt behandlingsarbete är att många individer företer blandformer av tidiga störningar och neurotiska tillstånd.

Vi vill här exemplifiera störningstillstånd där diagnostisering och behandling ligger helt eller delvis inom barn- och ungdomspsykiatrins kompetensområde. För översiktlighetens skull nämner vi störningarna åldersgrupperade.

[1] Hämtat från Mål och handlingsprogam för PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting, 1980.

0—1 år	spädbarn med kontaktstörningar, depressiva tillstånd samt grava psykosomatiska tillstånd
2—6 år	barn med avvikande beteende såsom ängslan eller aggressivitet, hyperaktiva barn, barn med allvarliga psykosomatiska tillstånd, barn med komplicerade utvecklingsstörningar, grava fall av enures (ofrivillig urinavgång) och encopres (ofrivillig avgång av avföring), organiskt skadade barn med psykiska pålagringar, barndomspsykotiska småbarn
7—12 år	passiva, ängsliga, deprimerade barn, utagerande, impulsdrivna barn, barn med svåra psykosomatiska tillstånd, barn med grava inlärnings- och beteendeproblem i skolan, skolfobier
13—17 år	isolerade, depressiva tonåringar, ofta med självmordsproblematik, tonåringar med fobiska symtom och tvångsneuroser, med grava identitetskriser, med psykosomatiska sjukdomar t.ex. anorexia nervosa, ungdomar med förvirringstillstånd, borderline (gränspsykos) samt rena psykoser — ibland i behov av tvångsvård kortare tid, utagerande ungdomar med inslag av missbruksproblem och asocialitet,
17—20 år	ungdomar med problem vid övergång till vuxenvärlden såsom försenad pubertet, problem med könsidentitet, med anpassning till utbildning och arbete, existentiella problem, psykosgenombrott.

Speciella problemområden kan förekomma inom alla åldersgrupper. När det gäller de speciella problemområdena medverkar barn- och ungdomspsykiatrin vid bedömning, utredning och ofta även vid behandling.

Till dessa områden hör problem med barn till utvecklingsstörda, psykiskt störda eller omogna föräldrar, till missbrukande föräldrar, barn i multiproblemfamiljer, barn utsatta för misshandel, speciellt sexuella övergrepp. Vanligt är relationsstörningar inom familjer med psykiskt stört barn eller tonåring. Hit hör också problem med handikappade barn samt akut och kroniskt sjuka barn med komplicerande psykiska störningar. Ett speciellt område är barn och ungdomar i invandrarfamiljer där kulturkonflikter kan manifestera sig som konflikt föräldrar/barn.

Ett ytterligare område är vårdnads- och umgängestvister efter skilsmässa eller separation mellan föräldrar.

Till barn- och ungdomspsykiatrins kompetensområde hör även att på begäran utfärda intyg eller utlåtanden till socialnämnd, polismyndighet, tingsrätt och länsrätt inför omhändertaganden enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), vid vårdnadstvister, umgängestvister samt vid trovärdighetsbedömningar.

5.4 Störningsformer

Inledning

Alla barn och ungdomar har problem någon gång. Problemen kan vara

lätta eller allvarliga, övergående eller fixerade. Många problem hos barn och ungdomar hänger samman med utvecklingskriser eller med konflikter som uppstår av och till i de flesta familjer.

Vissa utvecklingsperioder är besvärligare än andra. Trotsåldern och 6-årsåldern är perioder då barnet utvecklas mot större självständighet och kan reagera med beteendestörningar innan det funnit sig till rätta på den nya utvecklingsnivån. Även under förpuberteten och puberteten går många igenom utvecklingskriser som har med frigörelse från familjen och utvecklandet av en egen identitet att göra. Därutöver är många barn av naturen känsligare och oroligare än andra och kräver mer av sin omgivning.

De flesta barn- och ungdomsproblem går över spontant antingen genom att barnet kommit in i ett nytt mognadsskede eller genom att situationen förbättrats. Som regel förstår föräldrar och andra varför barnet har problem. Svårigheterna brukar inte vara värre än att man kan reda upp dem inom familjen eller med hjälp av samhällets basala stödverksamheter för barn, ungdomar och familjer.

Om problemen är allvarligare och symtomen mer fixerade behöver barnet och familjen i många fall hjälp från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Ett symtom hos ett barn eller en tonåring säger mycket litet om vilken typ av störning vederbörande lider av. Ett självmordsförsök kan t.ex. vara uttryck för en djupgående depression, en desperat handling i en olidlig livssituation eller en ren impulshandling hos en i övrigt frisk individ vid en kärleksförlust i tonåren. Likaså kan ett barns snatterier vara uttryck för omognad, för behov av självhävdelse och möjlighet att köpa kamratkontakt, för bristtillstånd i familjen eller för familjens bristande normsystem. Det kan också vara en protesthandling eller en neurotisk symbolhandling.

Graden och arten av störning kan endast bedömas efter ingående utredning av barnet och av familjesituationen. Till detta kommer att många störningstillstånd hos barn och unga är av en relativt diffus karaktär och kan vara svåra att passa in i gängse diagnoskategorier.

Vi önskar här nedan ge en bild av olika former av psykiska störningar som man möter hos de barn och ungdomar som kommer till barn- och ungdomspsykiatrin. För att ge en redogörelse som skulle kunna stå oemotsagd skulle fordras en omfattande beskrivning av de olika störningarna. Vi anser emellertid inte detta vara möjligt och inte heller nödvändigt för vårt ändamål. Därför har vi stannat för att kortfattat och förenklat ange något om en del störningsformer. Redogörelsen i det följande bygger på den beskrivning som finns i Mål och handlingsprogram för PBU-verksamheten inom Stockholms läns landstings sociala nämnd och är avsedd att ge en illustration av hur några av de psykiska störningarna kan te sig.

Orsakerna till de psykiska störningar som grundläggs tidigt och utvecklas till allvarliga tillstånd är ofta komplexa. Det kan röra sig om grava störningar i den tidiga jagutvecklingen och brist på trygghet och kontinuitet i den tidiga barndomen. Orsakerna kan också finnas i ärftliga, i konstitutionella eller somatiska/organiska faktorer. Ofta är det en kombination av flera av dessa olika faktorer.

Barndomspsykoser

En form av barndomspsykos är infantil autism

Redan tidigt kan misstankar uppstå, att det är något fel på barnets förmåga att uppfatta, det reagerar inte på ljud, inte heller tar det emot eller ger ögonkontakt. Det "ser igenom", räcker inte upp armarna för att bli upplyft, svarar inte på joller. Rytmiska gungningar och vaggningar i långa perioder är vanliga. Då barnet växer upp blir det allt tydligare att det är inneslutet i sig själv, tar kontakt med ting men inte med människor. Stereotypa lekar, där samma mönster upprepas är typiska. En del barn utvecklar ett språk, men detta kommer sent och är primitivt, ofta med felaktig ljudbildning. Motoriken är däremot ofta välutvecklad. Sorg, smärta och förvirring, som drabbar alla barn, blir ovanligt svårt att hantera för det autistiska barnet, då det har svårt att ta emot tröst.

Övriga psykosliknande tillstånd hos barn

Föräldrar söker för att barnet "är underligt, beter sig konstigt". Det fungerar ologiskt, lär sig inte orsak och verkan, har bisarra idéeer, slår och biter andra utan synbar orsak, "lyder inte".

Det utmärkande för psykosen är bristen på verklighetsanknytning och helhetssyn. Upplevelsen av omvärlden och den egna personen är kraftigt störd. Andra människor ses inte som en helhet utan kanske som en uppsättning tänder och armar med händer på. Den psykotiska ångesten är oerhörd och svår att dämpa. De yngre barnen är impulsdrivna. Hos de äldre tar sig impulserna ofta uttryck i sadistiska fantasier, vilka kan levas ut hänsynslöst, eftersom "de andra" inte upplevs som realiteter.

Försjunkenhet i sig själv med dagdrömmar, ibland hallucinationer är utmärkande. Fysisk aktivitet försvinner mer och mer, spontaniteten ersätts med rigiditet och upprepningar. Hos en del barn försvinner språket alltmer, somliga blir mutistiska. Eftersom den logiska tankeförmågan invaderas av bisarra föreställningar fungerar barnet allt sämre i förskola och skola.

Primär karaktärsstörning

Barn och ungdomar med primär karaktärsstörning saknar tillit till andra människor. De kännetecknas av att de saknar förmåga att leva sig in i andra människors känslor. De kan inte uppleva skuldkänslor för vad de än gör. Något medvetet upplevande av ett "du" finns inte. Sådana barn handskas ofta med människor i sin omgivning på ett starkt provocerande sätt, de tycks inte se andra människor som likaberättigade, de manipulerar dem, anser dem vara till för att ge det som behövs av det timligt goda, av uppskattning, känslor etc.

En primärt karaktärsstörd människa blir oerhört ensam. En stor del av den psykiska energin går åt till att tränga bort ur medvetandet sorgen och besvikelsen över att så tidigt ha blivit övergiven, psykologiskt sett. Den hotande depressionen och längtan till beroende och kontakt måste hållas undan, eftersom närhet upplevs som ett hot mot den innersta kärnan av personligheten på grund av risken att åter bli övergiven.

En följd av detta är att dessa barns relationsmönster brukar präglas av maktsträvanden. Strävan efter att vara mäktigast, störst, smartast synes styra deras handlande.

De upplevda effekterna är ytliga. Den inre tomheten ger behov av att utnyttja andras känsloupplevelser, ofta på ett sentimentaliserande sätt. Brister på adekvata skuldkänslor döljs av ett ofta starkt moraliserande som får en manipulativ prägel. I stället för skuldkänslor bildas överjagskomponenter med sadistiska tendenser. Detta kan leda till en destruktivitet som blir förödande exempelvis i samband med asocialitet.

Primärt karaktärsstörda människor upplever medstadels inte medvetet ångest. Den ageras ofta ut, så snart den uppstår, exempelvis i rastlös aktivitet, men den kan också vara bunden i psykosomatiska symtom.

Självkänslan är ytterst ömtålig. Kritik, berättigad eller ej, innebär en allvarlig kränkning av självbilden och reaktionen kan bli hänsynslös.

Försvaret är primitivt, förnekande, projektion, introjektion.

Relationsmönstret präglas av allt-eller-intet-modellen. Antingen är du för mig eller emot mig. Människorna i omgivningen upplevs som antingen goda eller onda.

Infantil jagsvaghet

En infantilt jagsvag person kännetecknas ofta av att vara aktiv men också av sin brist på kontroll av impulser och affekter. Förmågan att stå ut med påfrestningar är låg, besvikelser kan lätt resultera i aggressiva utbrott. Uthålligheten är minimal. Så fort man ser ut att misslyckas eller om man inte genast förstår en uppgift, väcks omedvetna, primitiva skuldkänslor och ångest, och man rusar därifrån eller ägnar sig åt planlös aktivitet. Barn med denna störningsbild vållar med sin lättväckta aggressivitet ständiga problem för sig själva och för sin omgivning. I många avseenden lyckas dessa barn och ungdomar "ta för sig" av vuxnas intresse, de skaffar sig utrymme i gruppen. De vädjar om kontakt, ofta på bakvända, manipulativa vis, eller med destruktivt beteende. Deras omnipotensföreställningar hindrar en realistisk bedömning av omvärlden.

Neuros

Kännetecknande för neuroser är enligt den psykoanalytiska teorin, att omedvetna konflikter inom individen ständigt trängs bort. Ångesten blir hotande och smärtsam om konflikterna tillåts bli medvetna. Mycket av den tillgängliga psykiska energin binds i det försvar mot de förbjudna impulserna som konstant mobiliseras. Neurotikern kan aldrig göra sig själv rättvisa, han lever med en jaginskränkning.

Fullt utvecklade neuroser är mycket sällsynta före den senare adolescensen, men neurotiska drag förekommer hos barn.

Det finns barn som redan i den tidigare skolåldern utvecklar ritualer kring sänggående, matsituationer, när de ska göra uppköp, läsa läxor och så vidare. Dessa ritualer tenderar ibland att utvecklas så att de tvingar in hela familjen i systemet. Fobiska reaktioner är vanliga. Varje hot om att rutinerna kommer att brytas väcker ångest hos barnet, som får

attacker av gråt och vrede. Upprepningarna och ritualerna kan vara ett led i bemästrandet av starka omedvetna aggressiva impulser. Nattångest, oförmåga att vara ensam är vanligt, liksom psykosomatiska symptom.

Barn med denna störningsform är ensamma. De har ofta överkompenserande fantasier om hemlig makt, och att bli framstående och eftersökta. I kontakten med jämnåriga är de ospontana, skygga och ibland både misstänksamma och förstucket nedlåtande. I skolarbetet är de flitiga, spänner sig mycket och är aldrig nöjda med sina prestationer. De begåvade observeras vanligen i skolan, men de medelmåttiga sitter oftast i skymundan och uppfattas som tröga och osäkra.

Neurotiska och jagsvaga drag

Många av barns och ungdomars störningar företer blandformer med neurotiska symtom och tendenser samtidigt med brister i jagutvecklingen. Oro, bristfällig impulskontroll, allmän omognad och utagerande beteende hör ofta till bilden. Många barn är gruppomogna långt upp i skolåldern och fungerar bättre i närkontakter än med flera tillsammans, medan andra inte klarar intimkontakter.

Psykosomatiska störningar

De psykosomatiska tillstånden bedöms mer och mer som hörande till barnpsykiatrin. Klassisk är anorexia nervosa, självsvälten, hos flickor i adolescensfasen. Denna störning förekommer även bland pojkar. Bakgrundsfaktorerna kan vara en djup identitetskris under puberteten med frigörelseproblem och relationsstörningar i familjen.

Andra sjukdomar med starka inslag av psykiska komponenter är allergier som astma och eksem, spänningshuvudvärk, anfallsjukdomar, en del sjukdomar med symtom från magen eller tarmkanalen.

Spädbarnens och småbarnens psykosomatiska sjukdomstillstånd diagnostiseras och behandlas fortfarande övervägande inom pediatrikens ramar. Insikterna har numera ökat om att barns psykosomatiska symtom kan orsakas av t.ex. störningar i relationerna mellan barn och föräldrar och därför bör behandlas med övervägande psykologiska metoder.

Krisreaktioner

Många barns och ungdomars psykiska störningar är en följd av kriser och akuta konflikter i omgivningen. Förlust av anhörig genom dödsfall eller skilsmässa, sjukdom i familjen, föräldrars arbetslöshet och yttre otrygghet, barnets egen vistelse på sjukhus eller annan placering, alla sådana händelser innebär för barn svåra påfrestningar som gör att de kan reagera med psykiska störningar. Nattskräck, sängväta och andra nervösa symtom är t.ex. vanliga i samband med en skilsmässa. Som regel går symtomen över då situationen stabiliserats. Men är reaktionerna starka och går de inte över inom rimlig tid behöver barnet eller tonåringen hjälp för att komma ur krisen.

Familjestörningar

Psykiska störningar kan beskrivas och behandlas utifrån olika teoretiska utgångspunkter. Ett familjedynamiskt synsätt är allmänt accepterat inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

De familjer som blir föremål för familjeterapi inom den öppna eller slutna vården inom barn- och ungdomspsykiatrin har sökt hjälp på grund av problem med ett oftast allvarligt psykiskt stört barn eller tonåring.

Inom barnpsykiatrin har man alltid haft som utgångspunkt att barnet inte kan ses som en isolerad individ utan som medlem av en familj. Barnet präglas av och präglar sin familj. Hur familjemedlemmarna har det tillsammans, vilket "familjeklimat" som råder, är av största betydelse för både vuxnas och barns välbefinnande.

Att barn reagerar på öppna konflikter och svårigheter inom familjen är självklart men i den familjedynamiska synen ligger någonting mer, nämligen att även outtalade och ibland omedvetna konflikter och spänningar återverkar på barnets psykiska tillstånd. Vanligen blir ett av barnen den "identifierade patienten", dvs den som ger öppet uttryck åt de latenta problem som finns i hela familjen.

Man talar också om "subgrupper" inom familjen, där några är nära lierade och andra lämnas utanför, t.ex. en nära bindning mellan mor och barn medan fadern är utanför eller att ett av barnen upplevs som annorlunda och utanför familjegemenskapen. Inte sällan ser man hur ett av barnen får en "syndabocksroll", dvs är den i familjen som är besvärlig och problematisk medan syskonen utvecklas väl. Barnets symtom fyller här en balansfunktion. Man talar också om olika "familjemönster", t.ex. den slutna familjen som isolerat sig mot omvärlden.

Av detta följer att de olika familjemedlemmarna har olika psykologisk situation och att syskonen i en familj inte växer upp under likadana betingelser. Det är dock inte sagt att den som får alarmerande symtom är mest störd. Tvärtom kan dessa alarmsignaler vara tecken på önskan om hjälp och förändring.

Det finns olika modeller för familjeterapeutiskt arbete.

Man kan använda en intrapsykisk modell, i vilken man beskriver familjen i individtermer utifrån psykoanalytisk utvecklingsteori. Man kan då tala om familjens funktionsnivå och beskriva den som tidigt störd eller neurotisk.

Ett annat angreppssätt är det interpersonella, där man iakttar i första hand familjens strukturer, de vuxnas make-maka-relation, föräldrastrukturen och barnstrukturen.

En tredje aspekt är att beskriva familjens kommunikationsmönster.

Vilket synsätt man än väljer är utgångspunkten, att barnen präglas av och präglar sin familj. De vuxnas mognadsgrad är utslagsgivande för deras förmåga till emotionell inlevelse och hänsynstagande till barnens behov i olika åldrar liksom till den grad av vägledning och struktur de kan ge.

5.5 Handläggnings- och arbetsmetodik

5.5.1 Inledning

Barn- och ungdomspsykiatri är en verksamhet med tvärvetenskaplig inriktning. Man arbetar utifrån olika teorier; teorin om det psykiska utvecklings- och mognadsförloppet, teorier om personlighetens struktur och dynamik samt teorier om individen i samspel med familj, med gruppbildningar utanför familjekretsen och med samhället i stort.

"Få teorier inom den barn- och ungdomspsykiatriska referensramen är exklusiva i den meningen att de helt utvecklats inom, och bara tillämpas inom, barn- och ungdomspsykiatrin. Denna är dock unik så till vida som det vardagliga arbetet med barn och deras familjer innebär, att aspekter av somatisk, psykologisk och social natur ständigt måste vägas samman".[1]

Denna referensram, detta synsätt med både teoretisk och praktisk aspekt ger barn- och ungdomspsykiatrin dess speciella tvärvetenskapliga karaktär.

Organisationen kräver en bred och särskilt sammansatt kompetens för att denna sammanvägning skall kunna ske.

Varje barn är en specifik individ med egna kroppsliga och psykiska grundförutsättningar. Barnet genomgår i sitt växande olika utvecklings- och mognadsfaser. Varje fas präglas av sina speciella behov, som söker sin tillfredsställelse hos den egna familjen i ett ständigt, nära samspel. Familjen befinner sig också i en utveckling, som påverkas av de olika familjemedlemmarnas välbefinnande och inbördes relationer. Dess situation varierar med barnens åldrar och utvecklingsfaser. Barnet och familjen befinner sig dessutom i ett ständigt samspel med ett socialt nätverk och lever i ett samhälle i ständig förändring.

Det barn- och ungdomspsykiatriska kompetensområdets mångsidighet och föränderlighet avspeglar sig i den handläggnings- och arbetsmetodik som utvecklats inom barn- och ungdomspsykiatrin. Basen för denna arbetsmetodik utgörs av det barnpsykiatriska teamet.

I det barnpsykiatriska teamet skall finnas medicinsk/barnpsykiatrisk, psykologisk och social kompetens. Beroende på arten av insatser kan teamet behöva kompletteras med pedagogisk och/eller miljöterapeutisk kunskap. Detta är regelmässigt fallet inom den slutna vården, där teamet utvidgas till ett barn- och ungdomspsykiatriskt arbetslag.

Teamarbetet utövas vid regelbundna team- eller behandlingskonferenser, där samtliga deltagare utifrån yrkesroll, kompetens och praktisk erfarenhet bidrar med sina synpunkter på diagnostik och behandling. Teamkonferenserna används också för ömsesidig konsultation under behandlingsarbetets gång.

[1]Björn Wrangsjö "Teorier och synsätt i psykiatrisk-psykologisk verksamhet" Natur och Kultur, Stockholm, 1984, sid 11.

5.5.2 Direkt arbete med patienter

Ärenden aktualiseras hos den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten antingen genom direktkontakt från föräldrar/tonåringar, från olika myndigheter eller i form av remisser från den övriga sjukvården,

t.ex. primärvården eller den barnmedicinska verksamheten.

Flertalet ärenden aktualiseras först inom den barn- och ungdomspsykiatriska öppna vården och måste där bemötas olika beroende på hur brådskande och komplicerat ärendet är. Vissa ärenden aktualiseras som jourfall till den slutna vården och kan efter ett inledande omhändertagande behöva öppenvårdsinsatser. Andra kan efter en inledande kontakt med öppenvårdsmottagningen kräva insatser från slutenvårdens sida.

Detta förutsätter en nära samverkan mellan öppen och sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård.

Handläggningsmetodiken kan självklart variera mellan olika mottagningar och kliniker, men vissa principer, vilka vi nedan försöker illustrera, torde vara allmängiltiga inom det barn- och ungdomspsykiatriska arbetsområdet.

Ett ärende som aktualiseras på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning diskuteras inom teamet på grundval av de uppgifter som finns tillgängliga vid anmälan eller i remissen och tilldelas en eller två teammedlemmar för bedömning.

I bedömningsskedet kan ingå ett eller flera besök av patienten med familj, innan terapeuterna i samråd med familjen bestämmer sig för eventuell fördjupad diagnostik eller behandling och i det senare fallet även behandlingens mål och uppläggning.

I bedömningen försöker man också klarlägga om andra verksamheter är berörda eller kan tänkas bli berörda, t.ex. skola, socialtjänst eller annan sjukvård. Man gör vidare en bedömning om arbetet kan bedrivas med tillgängliga öppenvårdsresurser eller om slutenvårdsinsatser behövs.

Efter detta första bedömningsskede återför teammedlemmarna ärendet till teamet för ytterligare synpunkter på fortsatt handläggning. Härigenom garanteras den helhetssyn som präglar det barnpsykiatriska arbetet.

Diagnostik

Som tidigare nämnts innefattar barn- och ungdomspsykiatrisk diagnostik bedömning av

a. barnet som individ
b. det familjesystem som barnet lever i
c. samspelet med den sociala närmiljön

a. Bedömningen av barnet görs utifrån olika aspekter. Exempel på aktuella frågeställningar är:

   Är barnet normalutvecklat för åldern, fysiskt och psykiskt? Är barnet fysiskt friskt? Hur reagerar barnet i olika situationer, vad är karakteristiskt för just detta barn? Finns tecken på speciell känslighet eller psykiska särdrag? Hur reagerar barnet kroppsligt och psykiskt på påfrestningar? Har barnet utsatts för traumatiska upplevelser (separationer, olyckshändelser, sjukdoms- eller dödsfall etc)? Har barnet fått sina grundläggande behov tillfredsställda eller finns bristsymtom?

I denna bedömning ingår att skaffa information om barnets livshistoria, utveckling och relationer, en barnpsykologisk undersökning och en somatisk/neurologisk undersökning.

b. En bedömning av barnets familj kan innehålla följande frågeställningar:

Hur mår de övriga familjemedlemmarna fysiskt och psykiskt? Finns konflikter mellan föräldrarna av mer djupgående natur? Finns brister i normer och gränssättning? Finns beroendeförhållanden som binder och hämmar barnet? Hurudan är familjedynamiken?

Kan barnet leva åldersadekvat eller bemöts det i familjen som ett betydligt yngre eller betydligt äldre barn än åldern anger? Får barnet ta för stort ansvar för andra familjemedlemmar eller för sig själv?

I vissa fall kan det bli nödvändigt med en individuell diagnostik av någon av föräldrarna.

c. Den sociala närmiljöns betydelse för barnets/familjens svårigheter kan belysas av frågor av typen:

Lever barnet med båda föräldrarna? Med mamma eller pappa? I familjehem? Hur ser skolan på problemet? Har tonåringen arbete? Förekommer asocialitet eller missbruk? Hur ser familjens sociala situation ut (arbete, bostad, ekonomi m.m.)? Finns andra sociala omständigheter av vikt för barnet/familjen (t.ex. en 8-åring som åker skolskjuts 2 ggr 3 mil per dag)?

Behandling

Inom barn- och ungdomspsykiatrisk mottagningsverksamhet bedrivs den direkta behandlingen enligt två huvudlinjer, individinriktat resp. familjeinriktat arbete. Parallellt med dessa insatser sker i de flesta fall ett indirekt arbete, riktat till den sociala miljön runt barnet/familjen.

Individinriktat arbete

Individinriktat arbete riktar sig i allmänhet till barnet eller tonåringen men kan även avse en förälder, som behöver hjälp för egen del, men där vuxenpsykiatrisk behandling ej är indicerad. Vid längre tids arbete med barn finns alltid en samtidig kontakt med föräldrarna.

En individinriktad insats kan bestå av en serie stödsamtal eller av en kontakt med mer pedagogisk inriktning. Ofta krävs psykoterapi, som går ut på att genom bearbetning av djupare liggande konflikter och problem lösgöra positiva krafter, som hjälper individen att utnyttja egna inneboende resurser.

Barn och ungdomar befinner sig i utveckling och terapins syfte blir att underlätta denna utveckling och förhindra att den bromsas eller förvrängs. Behandlingen kan fokuseras på vissa traumatiska upplevelser, kan vara mer av stödjande karaktär eller syfta till en mer djupgripande förändring av personligheten.

Psykoterapiformerna måste avpassas till individens utvecklingsnivå och uttrycksmöjligheter. Olika psykoterapeutiska metoder har därför utvecklats för barn, ungdomar och vuxna.

I psykoterapi med barn använder man olika lekmaterial, teckning, målning m.m., där barn med stöd av terapeuten kan uttrycka och bearbeta sina känslomässiga problem och få stöd att finna nya problemlösningar.

Tonåringar behöver ofta behandling av stödjande karaktär, som huvudsakligen bedrivs i samtalsform.

Psykoterapi är en oftast långsiktig behandlingsform som ställer stora krav på resurser och kompetens. Kunskap och handledningsmöjligheter har många gånger inte räckt till att möta det faktiska psykoterapibehovet.

Somatiska och psykiatriska insatser är viktiga. Barn och ungdomar skiljer ofta inte på kroppsliga och psykiska upplevelser. De är därför i behov av att man möter hela människan med alla hennes funderingar, oro och symtom av både kroppslig och psykisk natur. Kroppsliga sjukdomar, psykosomatiska tillstånd, resttillstånd efter skador, fysiska handikapp av olika slag, psykomotoriska störningar m.m. behöver inte bara identifieras utan om och om igen förklaras och i lämpliga utvecklingsfaser bearbetas.

Åtskilliga barn och ungdomar uppvisar svåra psykiska tillstånd såsom depressioner, psykoser, grava orostillstånd m.m. som kräver psykofarmakologisk behandling kortare eller längre tider. Denna behandlingsform förekommer inom barn- och ungdomspsykiatrisk praxis aldrig som enda behandlingsform utan kombineras med andra behandlingsinsatser.

Familjeinriktat arbete

I familjer med problem har ofta låsningar inträtt som omöjliggör för familjerna själva att använda sina faktiska resurser för problemlösning. Positionerna kan vara låsta och familjemedlemmarna kan ha svårt att kommunicera med varandra. Psykiska problem kan på detta sätt skapas eller förvärras. Familjeterapeutiska insatser kan då bidra till en förändring till hopp, konstruktivitet och förbättrade relationer inom familjen.

Liksom för individen kan terapi för familjer innebära insatser av mycket skiftande långvarighet och intensitet. Familjeterapeutiska tekniker har utvecklats som kräver sin speciella kompetens hos utövarna.

Till den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, som omfattar ca 90 procent av ärendena, finns på olika håll alternativa behandlingsformer kopplade såsom terapiförskola, terapiskola, dagvård, gruppverksamhet av olika slag.

Sluten vård

Inom den barn- och ungdomspsykiatriska vårdkedjan utgör den slutna vården den del, där den tyngsta insatsen och den per patient mest resurskrävande behandlingen bedrivs. Inom den slutna vården bedrivs behandlingen enligt en vid skala alltifrån akutvård med omhändertagande av jourfall, kortare utredningsperioder, avdelningsbehandling med medellånga vårdtider till barn- och ungdomspsykiatrisk långtidsvård på till klinikerna knutna, mer eller mindre specialiserade behandlingshem.

Avdelningsvistelsen kan vara tyngdpunkten i behandlingen i vissa fall, i andra sker den som ett led i en behandlingskedja, där den ibland utgör en kortare tids förberedelse för andra insatser. En strävan i den slutna vården är alltid att begränsa vårdtidens längd.

Omvårdnad, diagnostik och behandling utgör avdelningsarbetets huvuduppgifter. Diagnostiskt specifik är observationen av patienten på avdelningen. Denna observation utgör ett fruktbart komplement till den information som man får av individuella utredningar och vid de familjekontakter vilka regelmässigt är kombinerade med avdelningsvistelsen.

Det barn- och ungdomspsykiatriska teamet är inom slutenvården utvidgat till ett arbetslag, där förutom läkare, psykolog och kurator även vårdpersonal, lärare, arbetsterapeuter m.fl ingår.

Behandlingen utgörs huvudsakligen av miljöterapi, där personal och patienter arbetar via de vardagliga situationer och konflikter som naturligt uppstår på avdelningen.

Inom slutenvården finns en större andel allvarligt psykiskt störda patienter än inom den öppna vården. De behöver ofta psykofarmaka under längre eller kortare tider. Under vissa skeden av behandlingen dominerar den fysiska och psykiska omvårdnaden. En grupp patienter som tenderar att behöva långa vårdtider är de som har "flerhandikapp", där svåra psykiska störningar kombineras med svåra sociala problem.

Behandlingshemmen är som regel knutna till barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. De är avsedda för barn och ungdomar med grava känslomässiga störningar, där långvarig miljöterapeutisk behandling krävs vid sidan om övriga insatser för individ och familj.

Erfarenheter av och kunskaper om familjeinriktad behandling har medfört att man mer och mer beaktar familjeaspekterna även vid behandling inom slutna vårdformer. Föräldrar finns allt oftare med i behandlingen på de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna och behandlingshemmen. Inom vissa landsting finns speciella familjebehandlingsavdelningar.

5.5.3 Indirekt arbete

Det indirekta arbetet, som innebär samarbete med andra samhällsorgan i olika former, utgör en väsentlig beståndsdel av de barn- och ungdomspsykiatriska insatserna och tenderar att ta en allt större del av den samlade tiden i anspråk. I det enskilda fallet är det av yttersta vikt att kartlägga och i samförstånd med patienten knyta kontakt med de samhällsorgan som bör vara och kan bli patientens speciella länkar i "vårdkedjan".

Kontakter med andra samhällsorgan aktualiseras i större eller mindre utsträckning i de flesta fall. Ibland blir det fråga om en samordning och fördelning av de insatser som görs eller planeras, ibland får kontakterna mer prägel av konsultation eller enklare handledning. (Beträffande begreppen konsultation och handledning hänvisas till bilaga 5.)

I vissa fall kan dessa kontakter medföra att de direkta barnpsykiatriska behandlingsinsatserna kan minimeras eller t.o.m. göras obehövliga. Barn- och ungdomspsykiatrisk kunskap och erfarenhet efterfrågas i

ökande utsträckning från andra samhällsorgan och regelbunden konsultationsverksamhet har blivit en allt betydelsefullare del av det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet.

Barnmedicinska kliniker och mottagningar, primärvård med barnhälsovård, övrig sjukvård, omsorgsverksamhet, barnhabilitering, familjerådgivning, ungdomsmottagningar, socialbyråer, förskolor och skolor utgör exempel på fasta samarbetspartners för barn- och ungdomspsykiatrin. Stora lokala skillnader finns dock i fråga om samverkansformer och samverkansfrekvens. Erfarenheterna av det barn- och ungdomspsykiatriska problemområdets komplexitet visar emellertid, att den verkliga helhetsbilden och problemlösningen många gånger först kan uppnås i fungerande samverkan med andra samhällsorgan som arbetar med barn, ungdomar och deras familjer.

6 Barn- och ungdomspsykiatrins omfattning m.m.

6.1 Inledning

I våra direktiv framhålls att vi bör ta tillvara den kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin som gjorts av socialstyrelsen år 1975.

Vi har ansett det angeläget att göra en uppföljning av vissa delar av socialstyrelsens undersökning. Samtliga barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter har därför under hösten 1984 tillställts ett frågeformulär. I detta har vi begärt vissa uppgifter om främst organisation, vårdstruktur och tjänster. Uppgifterna avser förhållandena den 1 oktober 1984. Vi har också frågat efter eventuella utbyggnadsplaner, antagna av huvudmannen.

Den följande redogörelsen av den nuvarande barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten följer i vissa delar redovisningen av socialstyrelsens undersökning.

6.2 Organisation

Samtliga 26 huvudmän har sedan 1971 barn- och ungdomspsykiatrisk vård organiserad i både öppen och sluten form. Ansvarig för verksamheten är hälso- och sjukvårdsnämnd. Dock sorterar större delen av den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Stockholms län, vilken benämns PBU, under landstingets sociala nämnd. (Principbeslut har fattats i Stockholms läns landsting om att sociala nämnden och habiliteringsnämnden i januari 1986 skall vara samorganiserade med benämningen omsorgsnämnden.)

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, som är en del av hälso- och sjukvården, är administrativt inordnad på olika sätt inom landstingen.

I 8 landsting tillhör den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten psykiatri-blocket.
I 14 landsting är verksamheten en egen enhet.
I Stockholms läns landsting ingår vissa enheter i ett psykiatriblock och andra i ett pediatrikblock.
I Södermanlands läns landsting tillhör den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom ett sjukvårdsdistrikt psykiatriblocket, inom andra sjukvårdsdistrikt är verksamheten självständig.

I Älvsborgs läns landsting tillhör verksamheten ett blandat block med pediatrik, medicin, m.m.
I Göteborgs och Bohus läns landsting är barn- och ungdomspsykiatrin en egen enhet i norra delen; i södra delen ligger de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna inom primärvården.

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten ingår i länssjukvården — med ovan angivet undantag för södra delen av Göteborgs och Bohus län, där den hör till primärvården.

I de flesta landsting har klinikchefen ett överordnat, samordnande ansvar för all barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet inom landstinget, såväl sluten som öppen vård. I svaren på frågeformuläret har många påtalat vikten av en sammanhållen barn- och ungdomspsykiatrisk specialitet inom landstinget. I vissa landsting har verksamheten dock delats upp på olika sjukvårdsområden.

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten är anordnad så att det i varje landsting för den slutna vården finns en, i några fall mer än en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik med vårdavdelningar samt oftast ett eller flera behandlingshem. För den öppna vården finns en eller flera barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar med filialer samt dagvård i olika former. Den öppna och den slutna vården utgör en vårdkedja med tät kommunikation i bägge riktningar.

Den slutna vården har oftast hela landstinget som upptagningsområde medan den enskilda öppenvårdsmottagningen i allmänhet ansvarar för ett visst geografiskt område inom landstinget med vanligen 40 000—60 000 invånare totalt eller ca 10 000—15 000 i åldrarna 0—17 år.

De allra flesta patienter med anhöriga kommer i första hand i kontakt med den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningen inom "sitt" område. Vid behov anlitar öppenvården de olika formerna av slutenvård för kompletterande utredning och behandling. En del patienter kommer dock direkt till slutenvården.

Barn- och ungdomspsykiatrisk jourverksamhet dygnet runt anordnas med egna läkarkrafter eller i vissa fall i samarbete med allmänpsykiatrin eller den barnmedicinska verksamheten.

Som ett exempel på omfattningen av verksamheten kan nämnas att inom ett "normallandsting" med 250 000—300 000 invånare totalt, varav ca 60 000—70 000 invånare i åldrarna 0—17 år har den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten årligen kontakt med ca 900 patienter med familjer, varav ca 500 är nyanmälda under året. (Uppgifterna är hämtade från Skaraborgs län och avser år 1983).

Dessa 900 patienter med anhöriga utreds och behandlas vid omkring 7 000 besök. Varje besök tar vanligtvis 1—1 1/2 tim. i anspråk. Inom den öppna dagvården, terapiförskolor och terapiskolor vistas patienterna ofta hela eller halva dagar under en längre tid.

Av det totala antalet patienter är endast en mindre del, ca 10 procent, i behov av slutenvård för kortare eller längre tider; på klinikens vårdavdelningar någon vecka — några månader; på behandlingshem några månader — några år. Siffrorna för antalet patienter inom slutenvården varierar dock kraftigt mellan landstingen.

Genomgång av patientmaterial från olika håll antyder att genomsnittligt 12—15 procent av samtliga 18-åringar haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin någon gång under sin uppväxttid.

6.3 Sluten vård

Vid kartläggningstillfället 1975 fanns 30 allmänna barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och tre specialkliniker för sluten vård inrättade.

1984 fanns det 29 kliniker enligt vår undersökning.

Av de tidigare 30 allmänna klinikerna har två övergått till dagvård (Karolinska sjukhuset och Helsingborgs lasarett).

Vid Huddinge sjukhus är en klinik under uppbyggnad.

De tre specialklinikerna är under avveckling som specialkliniker. Sålunda är ungdomskliniken i Lund sammanförd med den allmänna barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund. Den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Kronåsen är sammanförd med den allmänna barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Uppsala. Den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Långbro sjukhus har f.n. ungefär samma funktion som tidigare — långtidsbehandling av psykotiska barn och ungdomar.

Bakgrunden till avvecklingen av specialklinikerna är att närhetsprincipen alltmer tillämpas även när det gäller psykotiska barn och ungdomar. Utredning och behandling bör ske så nära den unges vanliga miljö som möjligt.

De 29 klinikerna är så fördelade att i Stockholms län finns tre (vid S:t Görans, Danderyds och Långbro sjukhus), i Älvsborgs län två (Borås och Vänersborg) samt i övriga landsting vardera en klinik.

Vårdplatsutvecklingen kan sammanfattas enligt följande tabell.

Slutenvårdsplatser	1975	1984
Vårdplatser vid klinik	660	379
Behandlingshemsplatser	147	223
Summa	807	602

Anledningen till nedgången av slutenvårdsplatser är en satsning på öppenvård och ambitioner att både utreda och behandla barnet i dess naturliga miljö. Man vill undvika sjukhusvistelsens negativa effekter, framför allt för mindre barn.

Klinikernas vårdavdelningar har också fått färre vårdplatser. Tidigare förekom ofta avdelningar med 10—12 platser. Det vanliga nu är 6—8 platser. Andra förändringar är att 7-dygnsavdelningar har gjorts om till 5-dygnsavdelningar och att några avdelningar har blivit dagvårdsavdelningar.

På flera håll har man gjort om "allmänna" vårdavdelningar till akutavdelningar. På en del håll planerar man nya akutavdelningar — med

målsättning att snabbt kunna utreda och planera för olika typer av störda barn och ungdomar med akuta vårdbehov.

Slutenvårdspatienterna utgörs nu till stor del av gravt störda tonåringar som behöver långa behandlingstider. Detta förhållande har motiverat inrättande av allt fler behandlingshem. Sådana behandlingshem fanns år 1975 i femton landsting. Det finns nu ett eller flera inom tjugo landsting. Det finns vidare beslut om inrättande de närmaste åren av ytterligare ett 15-tal behandlingshem.

Avvecklingen av specialklinikerna medför ökat tryck på landstingen att ta hand om vårdkrävande barn och ungdomar på hemorten.

Variationerna i vårdplatstillgång är fortfarande betydande. Länens struktur, den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetens totala resurser, graden av utbyggnad av öppenvården, tillgång till dagvård i olika former samt vårdtradition inom verksamheten jämte resursläget inom angränsande verksamheter är olika inverkande faktorer.

Inom några landsting finns dygnet-runt-vård av en speciell typ: dagvård på klinik kombinerad med nattvård i speciellt utbildade professionella familjehem, kontrakterade av landstinget. Detta förekommer i Skaraborgs och Östergötlands län. I Västmanlands län och på Gotland finns liknande vårdkonstruktioner.

Enstaka behandlingshem finns för enbart yngre barn, speciellt barndomspsykotiska. De flesta behandlingshemmen är avsedda för tonåringar. Platsantalet är 4, 6 eller 8. I några få landsting finns utskrivningshem och träningslägenhet. Professionella familjehem, kontrakterade av hälso- och sjukvården, fungerar som små behandlingshem i flera landsting, Kalmar, Blekinge och Skaraborgs. Narkotikaenheten inom Örebro län använder också sådana platser.

I vårdplatsredovisningen har endast medtagits platser inom hälso-och sjukvården. Sålunda finns ej med institutionsplatser som sorterar under landstingens sociala nämnd eller primärkommun. Ej heller medräknas vårdplatser på enskilda vårdhem — t.ex. antroposofernas läkepedagogiska institutioner.

6.4 Tvångsvård

1975 tillämpades lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) vid tre allmänna barn- och ungdomspsykiatriska kliniker samt vid de tre specialklinikerna. De allmänna klinikerna hade 6 intagningar och specialklinikerna 39 under 1974.

1984 tillämpades LSPV vid 12 av de 29 barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna. År 1983 tvångsvårdades vid dessa sammanlagt 22 ungdomar.

Anledningen till att de övriga 17 barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna ej tillämpat LSPV uppges vara flera: otillräckliga och olämpligt anordnade slutenvårdsresurser, svårigheter att blanda oroliga "LSPV-ungdomar" med andra, osäkerhet och ovana vid dessa fall hos personalen m.m.

Under de allmänna diskussionerna inom barn- och ungdomspsykia-

trin på senare år och i samband med den nuvarande kartläggningen har det med skärpa framhållits att ungdomar oftast far illa av att vårdas på vuxenpsykiatriska psykosavdelningar med mycket tungt klientel. I svaren på vår enkät har många inom barn- och ungdomspsykiatrin framhållit att det vore rimligt att barn- och ungdomspsykiatrin var rustad att själv ta hand om dessa relativt få fall. För ungdomar 17 år och yngre torde det, enligt vad man kan sluta sig till av socialstyrelsens utredningar, föreligga behov av vård enligt LSPV i högst 100 fall/år.

6.5 Öppen vård

Mottagningar

Inom den öppna vården, som handlägger ca 90 procent av fallen inom barn- och ungdomspsykiatrin, redovisades 1975 klinikanslutna öppenvårdsmottagningar vid samtliga 30 allmänna kliniker samt vid de tre specialklinikerna. Fristående mottagningar fanns i sju landsting. Stockholms läns landsting hade inom PBU 22 mottagningar under sociala nämnden. Göteborgs kommun hade 8 fristående mottagningar.

1984 redovisades klinikanslutna mottagningar vid alla de 29 klinikerna. Teamen vid dessa mottagningar sköter viss eftervård av slutenvårdspatienterna. Huvudsakligen arbetar de dock med öppenvård för viss närliggande geografisk sektor. Vid några kliniker finns flera team för dylik sektoriserad öppenvård.

Vid vissa barn- och ungdomspsykiatriska kliniker finns team som uteslutande betjänar den barnmedicinska kliniken.

Inom PBU i Stockholm finns särskilda konsultteam för mödra- och barnhälsovården samt för förskolorna.

Särskilda ungdomsmottagningar inom barn- och ungdomspsykiatrin finns på ett fåtal platser i landet.

Fristående mottagningar och filialer redovisades 1984 från samtliga landsting utom tre. I dessa senare har man i stället ett flertal "resefilialer". Hela team eller delade besöker regelbundet orter ute i landstinget och har mottagning i "lånade" lokaler, t.ex. på vårdcentraler, socialbyråer eller skolor.

Det fanns sammanlagt 55 fristående mottagningar (exkl. PBU i Stockholms läns landsting och mottagningarna i Göteborg).

Filialernas antal uppgick till 25. Resefilialer fanns c:a ett 30-tal.

I nedanstående tabell redovisas antalet öppenvårdsenheter år 1975 och 1984.

År	Klinikanslutna mott.	Frist. mott.	Filial mott.	Resefil.	PBU Sthlm	Göteborg	S:a exkl. resefilialer
1975	33	7	uppgift saknas		22	8	70
1984	44	55	25	(28)	30	10	164

De fristående mottagningarna och filialerna är i stor utsträckning lokaliserade till vårdcentraler. En del har dock anknytning till länsdelsjukhus, andra till socialbyråer eller till vuxenpsykiatriska mottagningar.

Övriga former av öppenvård

I Socialstyrelsen redovisar 1980:2 talas om halvöppna former av vård: terapiskolor och terapiförskolor i anslutning till klinik eller öppenvårdsmottagning. Dessa räknas numera till öppenvård. Halvöppen vård finns ej längre.

Terapiförskolor redovisas 1984 bl.a. i Stockholm, Göteborg, Malmö, Helsingborg, Västerås, Kungälv och Gävle. I Stockholm benämns de dagbehandlingsavdelningar.

Terapiskolor för störda elever i grundskoleåldrarna finns i bl.a. Stockholm, Göteborg, Malmö och Trollhättan.

Dessutom finns dagvårdsplatser för enskilda patienter, för hela familjer och för speciella grupper av barn eller ungdomar. Inom denna dagvård sker såväl utredning som korttids- och långtidsbehandlingar. Dagvårdsplatserna är anknutna till klinik eller till öppna mottagningar.

Slutligen kan nämnas att i Stockholm finns Erica-stiftelsen som fristående behandlings- och utbildningsenhet med ekonomiskt stöd från Stockholms läns landsting.

6.6 Åldersgränser

Enligt socialstyrelsens kartläggning 1975 var den helt dominerande andelen patienter inom barn- och ungdomspsykiatrins verksamhetsområde under myndighetsåldern,dvs. 0—17 år. Åldersgrupperna 18—20 år var i viss utsträckning gemensamma för barn- och ungdomspsykiatrin och allmänpsykiatrin.

Uppgifterna om åldersgränser i 1975 års och 1984 års material är i stort sett överensstämmande. Ur 1984 års enkätsvar kan vidare följande noteras.

Vad gäller slutenvård sätter de flesta klinikerna för förstagångsintagning den nedre gränsen vid 4—5 år och den övre vid 17 år. Många har gränserna 0 t.o.m. 17 år. De minsta barnen tas in för sluten vård endast om någon av föräldrarna är med.

För öppenvård finns ingen nedre gräns. Vid förstagångsbesök tar man vanligtvis emot ungdomar t.o.m. 17 år. Vid pågående behandling följs patienterna ofta upp till 20 årsåldern, ibland längre.

Inom Stockholms län har man från verksamhetens början tagit hand om barn och ungdomar mellan 0 och ca 20 år och gör det i stor utsträckning fortfarande. Även Malmö kommun och Västerbottens läns landsting har övre gräns vid 20 år.

6.7 Patientavgifter

Så länge den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten var statsunderstödd — t.o.m. 1975 — var ett villkor för statsbidraget att huvudmännen ej tog ut någon patientavgift. Huvudmännen har t.o.m. 1983 fortsatt att avstå från patientavgift inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Stockholms läns landsting tar dock fr.o.m. november 1984 ut patientavgift inom vissa områden.

6.8 Tjänster

Det barn- och ungdomspsykiatriska teamet som arbetar inom öppenvård består av läkare, psykologer och kuratorer samt omfattar på många håll också psykiatriskt utbildade sjuksköterskor, skötare eller personal av annan yrkeskategori. Vid terapiförskolor och terapiskolor samt i övrig dagvård arbetar pedagogisk personal och vårdpersonal av olika slag.

Många läkare, psykologer, kuratorer och andra arbetar inom både öppen och sluten vård.

Inom slutenvården arbetar läkare, psykologer och kuratorer samt huvuddelen av vårdpersonalen och den pedagogiska personalen.

Nedan redovisas översiktliga siffror över antal tjänster m.m. För utförligare uppgifter hänvisas till tabellerna, bilaga 3.

Läkare, psykologer och kuratorer (helårstjänster)

År	1975		1984	
Tjänster för	Totalt	därav enbart öppenvård	Totalt	därav enbart öppenvård
Specialistutb. läkare	146	60	210	102.5
Psykologer	261	134	432.4	323.8
Kuratorer	234	126	335	241.75
Summa	641	320	977.4	668.05

Antalet vakanta läkartjänster 1984 var 61.6. På 19.75 av dessa vakanta tjänster fanns vikarie, medan 41.85 tjänster var helt obesatta. Inom övriga tjänstekategorier fanns blott enstaka vakanser.

Under 1984 fanns 65 läkare under specialistutbildning. Dessa beräknas bli färdiga specialister inom barn- och ungdomspsykiatri under perioden 1984—1990.

Vårdpersonal och pedagogisk personal (helårstjänster)

År	1975		1984	
	Totalt	därav enbart öppenvård	Totalt	därav enbart öppenvård
Vårdpersonal	1 053.5	ej uppg.	1 243.88	164.38
Pedag. personal	142	"	158.3	63.25
Summa	1 195.5	"	1 402.18	227.63

Vårdpersonal utgörs huvudsakligen av sjuksköterskegruppen — avdelningsföreståndare, bitr. avdelningsföreståndare och psykiatriskt vidareutbildade sjuksköterskor — samt skötare, barnsköterskor, barn- och ungdomsvårdare och behandlingsassistenter.

Pedagogisk personal omfattar socialpedagoger, fritidspedagoger, fritidsassistenter, fritidsledare, arbetsterapeuter, arbetsinstruktörer samt förskollärare. De lärare och pedagogassistenter som är anställda av landstingen är också medräknade här. De allra flesta lärare/pedagogassistenter är dock anställda av kommunen/ skolstyrelsen. Varje klinik och några av behandlingshemmen har egen grundskola där de kommunala speciallärarna utgör undervisningsresurs och dessutom en terapeutisk resurs. Pedagogassistenter är lärare med både undervisningsuppgifter och utrednings- och behandlingsuppgifter kring barn och ungdomar med speciell skolproblematik.

Förutom här uppräknad personal finns inom verksamheten läkarsekreterare och kontorspersonal till ett antal av ca 250. Dessa personalkategorier arbetar inom såväl sluten som öppen vård och blir genom verksamhetens speciella karaktär också "specialutbildade" och en viktig resurs i det totala arbetslaget.

Det finns inom barn- och ungdomspsykiatrin ett mindre antal tjänster av speciell karaktär, såsom t.ex. bildterapeut, dramapedagog och sjukgymnast m.fl. Handledare i psykoterapi finns anställda inom några verksamheter. På de flesta håll anlitas arvoderade handledare från eget landsting eller "utifrån".

Totalantalet anställda inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten var år 1975 ca 1 900. Motsvarande siffra för år 1984 uppgick till ca 2 600, dvs. en ökning med ca 37 procent.

6.9 Barn- och ungdomspsykiatrins kontaktytor

För att åskådliggöra den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetens kontakt- och samverkansnät inom ett "normallandsting" samt hur detta nät kan te sig i ett "normalstort" upptagningsområde för ett öppenvårdsteam har vi här sammanställt två översikter från ett av våra landsting. Det har 280 000 invånare fördelade på 13 kommuner.

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten inom detta "nor-

mallandsting" arbetar med fem öppenvårdsmottagningar och har inalles 32 slutenvårdsplatser på klinik och behandlingshem.

Följande verksamheter inom *hela landstinget* har behov av insatser från barn- och ungdomspsykiatrin.

Socialtjänst	13 socialförvaltningar ca 170 förskolor och fritidshem
Skola	45 rektorsområden med 183 skolor skoldaghem
Primärvård med barnhälsovård	29 vårdcentraler med ca 50 barnavårdscentraler 13 mödravårdscentraler
Länssjukvård	barnmedicinsk öppen och sluten vård allmänpsykiatrisk öppen och sluten vård övriga specialistområden där barn vårdas såsom öron-näs-hals, kirurg, ortoped . . .
Barnhabilitering	mottagningar för rörelsehandikappade
Omsorgsverksamhet	särskolor och institutioner
Institutioner under landstingets sociala nämnd	4 hem för vård eller boende (f.d. barn- och ungdomshem) 2 hem för vård eller boende med särskild tillsyn (f.d. ungdomsvårdsskolor)
Polisväsende	
Domstolar	tingsrätt — hovrätt länsrätt — kammarrätt

Följande verksamheter inom *upptagningsområdet för ett öppenvårdsteam* (ca 55 000 invånare) har behov av teamets insatser.

Socialtjänst	2—3 socialförvaltningar ca 30 förskolor och fritidshem
Skola	8—9 rektorsområden med ca 35 skolor skoldaghem
Primärvård	5—6 vårdcentraler med ca 10 barnavårdscentraler 2-3 mödravårdscentraler
Länssjukvård	barnmedicin allmänpsykiatri
Barnhabilitering	ett distriktsteam
Omsorgsverksamhet	ett distriktsteam särskolor, träningsskolor institutioner
Hem för vård eller boende	1—2
Polis	
Domstolar	
Barn- och ungdomspsykiatrins egen slutenvård	

Ett öppenvårdsteam består vanligen av en barn- och ungdomspsykiater, en psykolog, en kurator samt eventuellt ytterligare en sjuksköterska, skötare eller annan, dvs. sammanlagt 3—4 personer. Detta s.k. "enkelteam" har till uppgift att ge tjänster åt andra verksamheter och ta emot direktsökande. På en del håll har man "dubbelteam" med oftast en barn- och ungdomspsykiater, två psykologer och två kuratorer.

6.10 Forskning och utbildning

1975 fanns tre professurer i barn- och ungdomspsykiatri — vid universiteten i Stockholm, Uppsala och Umeå. Det har därefter tillkommit en landstingsfinansierad extra professur i Lund. Dessutom innehar en överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Göteborg en professur vid Göteborgs universitet i handikappforskning med särskild inriktning på barn och ungdomar.

Forskning och metodutveckling har sedan 1978 ägt rum vid Metodutvecklingsgruppen under Stockholms läns landstings sociala nämnd. Den betecknas nu Metod- och dokumentationsenheten.

Forskningen inom det barn- och ungdomspsykiatriska fältet har under senare år ökat betydligt i omfång. Forskning pågår f.n. inom bl.a. följande områden:

- Barn- och familjepsykologi
- Barn- och ungdomspykoser/epidemiologi, orsaker, familjeförhållanden, behandling etc.
- Deskriptiva studier/barn i alkoholistmiljöer — barns psykiska uppväxtmiljö m.m.
- Behandlingsutvärdering/ bl.a. kring anorexia nervosa, astma och andra psykosomatiska tillstånd, sexuella övergrepp mot barn, terapi av invandrarungdomar m.m.
- Psykiska problem vid olika handikapp
- Neuropsykiatri/neuropsykologi — grundforskning som berör bl.a. barndomspsykoser och MBD-problematiken (minimal brain dysfunction)

Forskarkontakter hålls med utlandet. Det har bildats en samarbetsgrupp för nordiska forskare inom barn- och ungdomspsykiatrin och i Uppsala byggs en "bank" upp för information om denna forskning. Barn- och ungdomspsykiatrin i Göteborg har en särskild publikationsserie för information om aktuell lokal forskning.

Vid universiteten utbildas och handleds forskare och undervisas blivande läkare i ämnet barn- och ungdomspsykiatri. Detta sker även vid de medicinska högskolorna i Linköping och Malmö.

Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten över hela landet har hand om huvuddelen av specialistutbildningen av läkare som skall bli barn- och ungdomspsykiatrer. Blivande barnläkare har ett halvår av sin specialistutbildning inom barn- och ungdomspsykiatrin. Likaså sker delar av den praktiska utbildningen av psykologer före legitimationen inom barn- och ungdomspsykiatrin. Socionomer har, både i sin grund-

och vidareutbildning, möjlighet att fullgöra praktik inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Anställda inom barn- och ungdomspsykiatrin meddelar undervisning såväl inom verksamheten som utom, t.ex. i psykoterapiutbildning, i s.k. team-kurser och i den allmänna vårdutbildningen.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns ett stort intresse för fortbildning. Många landsting har satsat mycket på denna fortbildning. Många inom barn- och ungdomspsykiatrin har skaffat sig kompetens i psykoterapi steg 1 och steg 2 enligt den statliga psykoterapiutbildningens normer. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har också många privat skaffat sig ytterligare utbildning.

6.11 Landstingens egna utredningar och beslut

Sedan 1975 har omkring hälften av sjukvårdshuvudmännen genomfört egna utredningar med framtidsplanering av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Nedan redovisas de senast framlagda utredningarna.

	År
Södermanlands läns landsting	1984
Jönköpings läns landsting	1983
Hallands läns landsting	1982
Göteborgs kommun	1982
Göteborgs och Bohus läns landsting	1983
Älvsborgs läns landsting, södra delen	1983
Värmlands läns landsting	1982
Västmanlands läns landsting	1984
Kopparbergs läns landsting	1984
Västernorrlands läns landsting	1981
Jämtlands läns landsting	1983

Av vår enkät 1984 framgår att hos så gott som samtliga huvudmän föreligger beslut om utbyggnad av barn- och ungdomspsykiatrin de närmaste åren. Dessa innebär bl.a. beträffande öppen vård:

- för invandrarbarn från olika språkgrupper tillförs "nya" timmar motsvarande fem tjänster
- utflyttning av sju befintliga mottagningar
- nyetablering av fem mottagningar
- fyra nya specialistläkartjänster samt ett tjugutal övriga team-tjänster för att förstärka befintliga "enkelteam" (team med endast en av varje yrkeskategori) — tre nya dagvårdsavdelningar

beträffande slutenvård:

- två nya akut- resp. korttidsvårdavdelningar vid klinik
- femton nya behandlingshem

Ovan nämnda utökningar innebär ett tillskott för landet i sin helhet av ca 175 tjänster inom barn- och ungdomspsykiatrin.

På flera håll planeras omstrukturering av "konventionella" vårdavdelningar till familjebehandlingsenheter.

7 Värderingar av och problem inom barn- och ungdomspsykiatrin

7.1 Tidigare framförda synpunkter

Under den tid barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet funnits i Sverige, på några håll i 50 år, mestadels dock endast 20—30 år, har stora förväntningar funnits men samtidigt också mycken kritik riktats mot verksamheten. Den på 1930-talet ökande ungdomskriminaliteten var ett av motiven till inrättande av tjänster för psykisk barn- och ungdomsvård — med förhoppningen att brottsligheten skulle kunna nedbringas samt att social missanpassning skulle kunna behandlas och förebyggas. Efterundersökningar har visat att detta mål ej uppnåtts.[1] Kritik och besvikelse har blivit följden.

Det har sagts att barn- och ungdomspsykiatrin tar emot huvudsakligen välmotiverade patienter och "lättare fall". Verksamheten har kritiserats för att ej ha engagerat sig för barn och ungdomar med svåra sociala komplikationer och att den ej arbetat på att utveckla behandlingsmetoder för denna grupp. Det har därmed framkommit tveksamhet huruvida barn- och ungdomspsykiatrins resurser används på rätt sätt och kommer de grupper mest tillgodo som har de största behoven.

Kritik har också riktats mot att barn- och ungdomspsykiatrin arbetar i hög grad sjukhusanknutet med alltför mycket sluten vård av barn och ungdomar. Samtidigt har gjorts gällande att barn- och ungdomspsykiatrin ej kunnat ta emot akuta fall, varken i sluten eller i öppen vård. Kritikerna har önskat verksamheten närmare patienten med dess familj och mer hembesök.

Framför allt är det dock barn- och ungdomspsykiatrins brister i samverkan med samhällets övriga serviceorgan för barn, ungdomar och deras familjer som har kritiserats.

Det har också påpekats att barn- och ungdomspsykiatrin på en del håll tidvis har fungerat dåligt på grund av interna strider mellan olika psykiatriska skolor och mellan olika personalgrupper.

[1] Ingvar Nylander: Patienter vid Stockholms stads Psykiska Barna- och Ungdomsvård avskrivna som färdigbehandlade 1953-1954-1955. En 20-årig prospektiv follow-up undersökning med hänsyn till behov av fortsatt psykiatrisk vård och social anpassning. Från Stockholms Läns Landstings Psykiska Barna- och Ungdomsvård (PBU) och Karolinska Institutets Barn- och Ungdomspsykiatriska klinik vid S:t Görans sjukhus, Stockholm, 1979.

7.2 Aktuella synpunkter

För att erhålla aktuella synpunkter på barn- och ungdomspsykiatrin har vi sammanträffat med ett flertal företrädare för verksamheter, som är i behov av tjänster från och samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin.

Vi har också initierat en speciell undersökning, där samverkan med andra verksamheter särskilt penetrerats. Den har utförts av docent Ulf Janson med docent Kristina Humble som konsult. Undersökningen redovisas i två bilagor:

EFTERFRÅGAN PÅ INSATSER OCH TJÄNSTER FRÅN DEN BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA VERKSAMHETEN — Sammanfattning febr. 1984, bilaga 1.

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRINS SYN PÅ SAMVERKAN KRING PSYKISK OCH PSYKOSOCIAL PROBLEMATIK — Sammanfattning febr. 1984, bilaga 2.

Undersökningen har riktat sig mot ett antal befattningshavare inom socialtjänst, skola, primärvård, länssjukvård, omsorgsverksamhet, institutionsvård, familjerådgivning och vissa invandrarverksamheter i delar av Kopparbergs, Kristianstads, Norrbottens och Östergötlands läns landsting samt Göteborgs kommun. De barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna inom samma områden har tillfrågats om sin syn på bl.a. samverkan.

Undersökningen har riktat sig mot vissa kommuner inom de tidigare nämnda landstingen samt vissa distrikt inom den landstingsfria kommunen. Urvalet är gjort så att storstadsområden, medelstora kommuner samt gledsbygdsartade kommuner skall finnas med i materialet. Skiftande näringsstruktur och befolkningssammansättning speciellt med hänsyn till inslaget av invandrare har eftersträvats.

Syftet med undersökningen var att belysa:

1. Problem av psykisk och psykosocial natur hos barn och ungdom inom den egna verksamheten.
2. Efterfrågan på tjänster från och behov av samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin i dagsläget (inriktning, former och omfattning).
3. Hinder i nuvarande samverkan. Bedömning av framtida behov av barn- och ungdomspsykiatriska insatser. Syn på barn- och ungdomspsykiatrin i stort.
4. Förebyggande insatser och samverkan i övergripande former.

Behovet av samverkansinsatser från barn- och ungdomspsykiatrin har definierats i tre olika former:

a. stöd/konsultation/handledning
b. samarbete
c. övertagande av ärende

De tillfrågade verkamheterna har först ombetts att efter en problemlista, presenterad av undersökningsledaren, beskriva förekomsten inom den

egna verksamheten av barn och ungdomar med problem av psykisk och psykosocial natur. De har sedan fått ange vilket behov man har av tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin och vilka former för dessa tjänster man önskar för de olika problemgrupperna. Verksamheterna har också fått formulera de hinder de funnit för en tillfredsställande samverkan. I undersökningen har också frågats efter förebyggande insatser och samverkan i övergripande former. Till slut har verksamheterna tillfrågats om synen på framtida behov av insatser från barn- och ungdomspsykiatrin och om synen på barn- och ungdomspsykiatrin i stort.

I detta avsnitt refereras en del av de synpunkter som framkommit i undersökningen. För mera ingående detaljer hänvisar vi till bilagorna 1 och 2.

7.2.1 Synen på barn- och ungdomspsykiatrin i stort

De flesta av de tillfrågade vid våra personliga sammanträffanden och i den av oss initierade undersökningen hade, trots många kritiska synpunkter, en i stort sett positiv grundinställning till barn- och ungdomspsykiatrin. De var av den uppfattningen att det behövs en samlad specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. I mycket liten utsträckning förordade man en uppdelning av och spridning av barn- och ungdomspsykiatrins resurser till andra verksamheter. Barn- och ungdomspsykiatrins tjänster efterfrågades på grund av den samlade specialistkunskap som verksamheten besitter om barn- och ungdomsproblematik, psykoterapi och familjeterapi. Det barn- och ungdomspsykiatriska teamet betraktades som en styrka. Även barn- och ungdomspsykiatrins oberoende ställning i förhållande till andra verksamheter framhölls av många som en fördel.

Dessa övergripande synpunkter betonades särskilt starkt av samarbetsorgan inom hälso- och sjukvården, i något mindre utsträckning av socialtjänsten.

7.2.2 Behov av tjänster, hinder för samverkan samt framtidsbedömningar

Socialtjänst

Barnomsorgssektioner samt förskolor/fritidshem

Inom förskole- och fritidsverksamheten anser man sig behöva fler informella stödkontakter med och utökade regelbundna konsultinsatser av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Personalen vill lära sig identifiera psykisk problematik. Man vill samarbeta mer kring många olika sorters problembarn. (Barnpsykologer inom socialtjänst eller primärvård efterfrågas.) Speciellt glesbygdens verksamheter anser sig ha behov av utlokaliserade barn- och ungdomspsykiatriska team.

Hinder i samverkan är bland annat bristande samverkansrutiner och dålig återkoppling från barn- och ungdomspsykiatrin kring "gemensam-

ma barn". Man känner till för litet om barn- och ungdomspsykiatrin och ser ibland olika på lämplig behandling.

Framtidsbehoven domineras av oron inför aggressivt utagerande barn, depressiva övergivna barn och familjer med missbruk och relationsstörningar. Behovet av tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin förutses öka.

Individ och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen finns många barn och ungdomar med skiftande tung psykisk problematik. Samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin är omfattande kvantitativt jämfört med de flesta andra tillfrågade verksamheterna, men behoven är mycket stora och långt ifrån tillgodosedda. Man behöver handledning och/eller mer systematisk samverkan. Man önskar också gemensamma insatser i arbetet med relationsstörningar och kring multiproblemfamiljer och andra familjer där barn far illa. Behov av utredningsarbete med utvecklingsbedömningar framförs också. Man vill i större utsträckning än nu kunna lämna över ärenden med inslag av utagerande, asocialitet och missbruk hos barn och ungdom och i familjen. I glesbygd saknas i stort sett gemensamma insatser med barn- och ugndomspsykiatrin. Sådana insatser behövs speciellt i arbete med komplex familjeproblematik. Behovet av akuthjälp framhålls. Man kritiserar att barn- och ungdomspsykiatrin inte har tid för långsiktiga behandlingsinsatser eller för att delta i motiveringsarbete för att få den unge och hans familj att ta emot den hjälp som skulle kunna ges inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Mest dominerande hinder för god samverkan är avsaknad av fungerande samverkansrutiner. Mycket ofta uppges också resursbrister hos barn- och ungdomspsykiatrin, bristande återkoppling vad gäller gemensamma klienter, för få tillfällen till personliga kontakter samt bristande eller oklara direktiv från huvudmannen. Här nämns också skilda behandlingsuppfattningar, geografiska hinder speciellt inom glesbygdsområdena samt skilda sätt att definiera psykisk och psykosocial problematik.

Inför framtiden förväntas ökade krav på fungerande samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin beträffande tunga problemgrupper: barn och ungdomar med aggressivt utagerande, depressioner, övergivenhetsupplevelser, socialt-ekonomiskt-kulturellt betingad familjeproblematik, relationsstörningar, missbruk i familjen, vanvård och misshandel.

Från socialtjänsten i sin helhet anser man det nödvändigt med ökade barn- och ungdomspsykiatriska resurser, men också med gemensam planering och gemensamma målsättningsdiskussioner kring samverkanssyften och resursanvändning. Man önskar mer handledning och konsultation. Man kräver att barn- och ungdomspsykiatrin skall arbeta mer utåtriktat men samtidigt bevara sin särskilda specialistkompetens som man bedömer som dess starkaste tillgång.

Skola

Inom skolorganisationen är det framför allt skolpsykologer, skolkuratorer och skolsköterskor som står för kontakten med barn- och ungdoms-

psykiatrin. Denna elevvårdande personal har omfattande kontakter med barn- och ungdomspsykiatrin men redovisar ändå stora behov av tjänster därifrån. Man ser i skolan så gott som alla typer av barn- och ungdomsproblem och identifierar också elevernas familjeproblem. Speciellt inom skolhälsovården är bedömningarna av förekomst av psykiska problem mycket skiftande.

Behov av insatser gäller tätare och regelbunden konsultation och handledning i arbetet med de flesta tunga problemgrupperna. Det är särskilt psykologer och kuratorer som efterfrågar detta. Behov av gemensamma insatser önskas i större utsträckning kring aggressiva och deprimerade barn samt kring skolfobier, skolk och skolleda. Man önskar överlämna behandlingsarbetet med grav neurotisk och psykosomatisk problematik. Man efterfrågar barn- och ungdomspsykiatrins hjälp att motivera elever och deras familjer att acceptera barn- och ungdomspsykiatrisk kontakt. Från glesbygd uttrycks mycket starkt behov av stöd i arbetet med psykiskt störda elever, man känner sig ensam i arbetet. Skoldaghemmen anger stort behov av samarbete och konsultstöd.

Samverkanshinder från skolledares och lärares synpunkt är framför allt svårigheter att få till stånd personliga kontakter, återkoppling och information. Sekretessen nämns också som ett väsentligt hinder. Även skolhälsovården anser sig hindrad av sekretessen. Elevvårdspersonalen efterlyser också bättre kanaler och rutiner för samverkan.

När det gäller framtiden befarar man en ökning av aggressivt utagerande barn och ungdomar, kontaktlösa och deprimerade ungdomar samt av problem kring störda familjerelationer. Särskilt skolhälsovården är bekymrad inför missbruksproblemen. En förutsättning för att skolan tillsammans med barn- och ungdomspsykiatrin skall kunna möta allt detta är enligt skolan att barn- och ungdomspsykiatrin öppnar sig ur sin nuvarande isolering, informerar omvärlden om sina metoder och sitt arbetssätt och söker samverkan ute på fältet. Man trycker också på behovet av ömsesidig öppenhet och att skolan bör ta mer kontakter och prioritera samarbetet högre. Tillgång till en välfungerande kompetent barn- och ungdomspsykiatri framhålls som mycket viktigt.

En inte obetydlig andel svarande, särskilt inom medelstora kommuner och tätorter, bedömer förutsättningarna för en förbättrad samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin som ganska goda för närvarande. Det är "bara att komma igång".

Barnhälsovård

Inom barnhälsovården finns ett starkt uttalat behov av att till barn- och ungdomspsykiatrin få överlämna barn som far illa, barn med utagerande och depressiv problematik, barn med grava psykiska störningar och barn från familjer med svåra relationsproblem. Man har vidare behov av bättre remitteringsrutiner och bättre remissvar från barn- och ungdomspsykiatrin. Brister i dessa avseenden leder i några fall till missnöje. Från glesbygd/landsort uppger man behov av konsultation och handledning inom barnhälsovårdens ram. Barnhälsovårdspsykologerna uppger genomsnittligt betydligt högre kontaktfrekvens med barn- och ungdomspsykiatrin än övriga personalgrupper inom barnhälsovården. De funge-

rar som en kontaktlänk mellan barnhälsovården och barn- och ungdomspsykiatrin.

Hinder för samverkan är brister i information/återkoppling och avsaknad av fungerande samverkansrutiner. För liten kännedom om barn- och ungdomspsykiatrin samt sekretessförhållanden är ofta hinder.

Vissa barnhälsovårdspsykologer uppger i stort sett inga hinder alls för samverkan medan skillnader i synsätt utgör svåra samverkanshinder på andra håll.

Inför framtiden finns oro för ökning av kontaktstörda, aggressiva och depressiva barn, allvarlig psykosomatik, missbruk och vanvård av barn. Man efterlyser en med barn- och ungdomspsykiatrin gemensam målanalys, gemensam planering och regelbundna konferenser, som även innefattar förskola och skola. Från glesbygdsområden önskar man barn-och ungdomspsykiatrin lokaliserad närmare som konsultresurs och för överlämnande av ärenden.

Övrig primärvård

Övrig primärvård bedömer psykiska problem föreligga i jämförelsevis liten omfattning. När sådana problem identifieras har man relativt ofta kontakter med barn- och ungdomspsykiatrin. Det gäller då överlämnande, särskilt vid grav psykisk problematik och självmordsrisk, depressivitet, handikapproblem samt socialt utagerande. Lättare psykiska problem anser man sig klara.

Mödrahälsovårdens kontakter med barn- och ungdomspsykiatrin är föga omfattande. Man har behov av att samarbeta vid missbruks- och självmordsproblematik. Tonårsmödrar är också en viktig grupp.

Mödrahälsovården uppger i stort sett samma hinder som barnhälsovården — bristande kännedom om barn- och ungdomspsykiatrin, dålig återkoppling och avsaknad av rutiner för samverkan.

Övrig primärvård ser relativt litet av hinder i samarbetet med barn- och ungdomspsykiatrin. För få tillfällen till personliga sammanträffanden framhålls dock.

Barnmedicinsk verksamhet

Från den barnmedicinska verksamheten uppges mycket få hinder i samarbetet med barn- och ungdomspsykiatrin. Barn- och ungdomspsykiatrins resursbrister nämns.

Mellan barnmedicinsk och barnpsykiatrisk vård finns ett långtgående samarbete. Barn- och ungdomspsykiatrisk personal är på många håll integrerad vid barnklinikerna på ett tillfredsställande sätt.

Det finns behov av ökade möjligheter till informella kontakter och konsultationer samt ökade möjligheter att överlämna ärenden med viss problematik (missbruk, asocialitet, barnmisshandel och grava neuroser). Kring långvarigt/kroniskt sjuka barn och allvarliga psykosomatiska tillstånd önskas mer konsultinsatser.

Den barnmedicinska verksamheten förutser för framtiden en ökning av psykosomatiska fall, depressioner och missbruk, familjeproblematik

och vanvård. Man ser fram emot ökade resurer för barn- och ungdomspsykiatrin.

Barnhabilitering

Barnhabiliteringens behov av tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin gäller samarbete kring aggressiva och depressiva patienter samt överlämnande av patienter med grav neurotisk problematik och självmordsproblematik.

Hinder för samverkan är bristande erfarenhet och kompetens inom barn- och ungdomspsykiatrin för arbete med handikappade barn och deras familjer. Resursbrister hos bägge verksamheterna samt brist på fungerande samverkansrutiner framförs också som hinder.

Inför framtiden önskar barnhabiliteringen framför allt ett ökat intresse inom barn- och ungdomspsykiatrin för handikapp-problematik.

Vuxenpsykiatri

Kontakterna med barn- och ungdomspsykiatrin är inte så frekventa. Behoven är mest av överlämnande-typ. När man står inför familjeförankrad problematik kring barn och ungdom söker man ibland konsultstöd.

Hinder är mestadels svårigheter att få till stånd personliga sammanträffanden, bristande egna resurser för samverkan och dåliga rutiner.

Inför framtiden bedöms barn- och ungdomspsykiatriska insatser behövas för missbruk hos ungdomar, vid relationsstörningar, vid psykisk sjukdom och självmord i familjen, för barn som far illa samt för utagerande ungdomar. Omstruktureringen av allmänpsykiatrin nämns som en förutsättning för bättre samarbete. I några få svar anges förutsättningarna redan i dag vara mycket eller ganska goda. Barn- och ungdomspsykiatrin betraktas på det hela taget som en kompetent och tillförlitlig resurs med kunskap om barn- och ungdomsproblematik, familjeproblematik och familjeterapi.

Omsorgsverksamhet

Samarbetet uppges på det hela taget inte vara särskilt utvecklat eller intensivt. Behov av barn- och ungdomspsykiatriska insatser finns vid psykosomatisk, neurotisk och grav psykisk problematik, vid självmordsrisker, vid utagerande och vid störda familjerelationer samt när barn far illa. Viss handledning och konsultation förekommer men behövs i mycket större utsträckning.

De hinder som uppges är av annan karaktär än från andra verksamheter. Som det mest avgörande hindret anges skilda bedömningar av vilka målgrupper som skall prioriteras. Också skiljaktigheter i behandlingsuppfattningar är ett väsentligt hinder. Dessutom finns det vanliga hindret — avsaknad av samverkansrutiner. I många svar återkommer man till barn- och ungdomspsykiatrins bristande intresse för de utvecklingsstörda.

Framtidsbehoven rör sig om fungerande samverkan kring aggressivt

utagerande och gravt psykiskt störda barn, ofta med hjärnskador, samt kring barn och ungdomar med depressioner och relationsstörningar i familjen. De barndomspsykotiska nämns särskilt. En förutsättning för bättre samarbete är en förändrad syn inom barn- och ungdomspsykiatrin på de utvecklingsstördas möjligheter samt ökade kunskaper och omprioriteringar. Man hoppas framför allt på väsentligt utökade möjligheter till handledning och konsultstöd från barn- och ungdomspsykiatrin.

Hem för vård eller boende

Spädbarnshemmen uppger mycket begränsade kontakter med barn- och ungdomspsykiatrin men önskar kunna överlämna barn med grava psykiska störningar och samarbeta kring misshandelsärenden.

Barnhem och tonårshem önskar mycket mer omfattande konsultstöd och möjligheter att ta upp problem vid behov. I vissa landsting finns väl utbyggda och välfungerande kontakter mellan hemmen och barn- och ungdomspsykiatrin — i andra är kontakterna fåtaliga.

Vad beträffar hinder är de regionala variationerna stora. Spädbarnshem och barnhem har mestadels inga regelbundna rutiner för samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin. För tonårshemmen är hindren färre. Däremot vållar skiljaktigheter i synen på psykiska problem och deras behandling ganska ofta svårigheter i samverkan.

Inför framtiden uttalas genomgående behov av ökad samverkan kring de tunga problemgrupperna. Man anser sig ha behov av mer slutenvårdsresurser inom barn- och ungdomspsykiatrin. Förutsättningarna för framtida samverkan bedöms dock mycket olika. En del tycker att samverkan är god och tror att detta skall fortsätta. Andra är pessimistiska och efterlyser ökat intresse från barn- och ungdomspsykiatrin för institutionsvården.

Familjerådgivning

Familjerådgivningen anger föga behov av barn- och ungdomspsykiatriska insatser. Om huvudproblemet i en familjerådgivning visar sig vara symtom hos barnet rekommenderas kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin.

Vissa primärkommunala resurser för arbete med invandrarfrågor

Materialet är litet, eftersom de svarande är få. Man anger att det finns behov av överlämnande av grav problematik till barn- och ungdomspsykiatrin. Hinder i samarbetet är framför allt barn- och ungdomspsykiatrins brist på språkkunnig och kulturkompetent personal.

7.2.3 Förebyggande insatser och samverkan i övergripande former

Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och andra verksamheter kring rent förebyggande uppgifter förekommer i ringa utsträckning

i de områden som vår undersökning omfattar. Sekundär prevention, dvs. förebyggande arbete inriktat mot riskgrupper, har på några håll utvecklats tillsammans med barnmedicinsk verksamhet och med socialtjänst. Här nämns arbete kring diabetespatienter, arbete med ensamma mödrar, studiecirklar och samtalsgrupper för familjehemsföräldrar och samarbete med socialförvaltningar kring barn i utsatta miljöer.

Samverkan i vårdplanering förekommer sällan. I ett område har skett samplanering med vuxenpsykiatri i syfte att samordna de psykiatriska resurserna inom ett gemensamt upptagningsområde. På flera håll planeras samordning av insatser för barn inom ett visst område med deltagande från skola, fritids- och socialförvaltning samt från hälso- och sjukvård.

Utbildnings- och fortbildningssamverkan sker i viss omfattning. Studiedagar kring gemensamma temata har ordnats med deltagande från socialtjänst, skola, barnhälsovård, barnkliniker och barn- och ungdomspsykiatri m.fl. Frågor som behandlats har varit barn och separationer, MBD (minimal brain dysfunction), barnpsykoser, barnmisshandel, vårdnadstvister, ungdomsproblem etc. Mer återkommande satsningar har gällt "barn som far illa" i samarbete med förskola och socialbyråer samt utbildning rörande olika former av terapi.

7.2.4 Sammanfattning

Av svaren på vår enkät framgår allmänt att det finns en tendens att ju mer hälso- och sjukvårdsinriktad samverkansorganet är och ju mer samarbetet bygger på överlämnande av ärenden desto mer tillfredsställd är man med kontakterna och med tillgången till barn- och ungdomspsykiatrins tjänster.

Kontakternas karaktär varierar. För de flesta hälso- och sjukvårdsanknutna verksamheter handlar det mest om överlämnande av ärenden.

Inom socialtjänsten och skolan gäller kontakterna i stor utsträckning konsultation, handledning eller annan form av stöd i den egna verksamhetens arbete. Gemensamma insatser — alltså direkt samarbete i enskilda ärenden med någon form av mer eller mindre uttalad ansvarsfördelning — förekommer framför allt mellan barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri samt mellan socialtjänstens individ- och familjeomsorg och barn- och ungdomspsykiatrin.

De uttalade önskemålen och kraven på barn- och ungdomspsykiatrin tycks i betydande omfattning gälla en samlad, specialiserad verksamhet. I mindre kommuner och glesbygd önskas en spridning och utlokalisering av verksamheten men i huvudsak med den konstruktion verksamheten nu har.

Sammanfattningsvis framkommer tre grundläggande krav på barn- och ungdomspsykiatrin i den aktuella undersökningen:

Barn- och ungdomspsykiatrin skall vara en specialiserad verksamhet till vilken man kan överlämna barn och ungdom med grav psykisk problematik och familjer med komlicerad problematik.

Barn- och ungdomspsykiatrin skall utifrån sin specialistkompetens kunna göra avgränsade insatser i ärenden med komplex psykisk problematik inom andra verksamhetsområden.

Barn- och ungdomspsykiatrin skall besitta specialkunskaper i barn-, ungdoms- och familjepsykologi och göra sina kunskaper och erfarenheter tillgängliga för andra samt medverka till kompetensspridning.

I sammanfattningen av enkätundersökningen finns i den första delen en översikt över den "profil" de olika verksamheterna önskar beträffande barn- och ungdomspsykiatrin. (Se bilaga 1, sid 168.)

7.3 Barn- och ungdomspsykiatrins synpunkter

I undersökningen tillfrågades också barn- och ungdomspsykiatrin om behovet av samverkan och eventuella hinder för sådan samverkan med andra samhällsorgan.

Vad gäller socialtjänst och skola är helhetsbilden något motsägelsefull. I flera svar från barn- och ungdomspsykiatrin uppges sålunda att man har tillfredsställande, ibland mycket goda kontakter med vissa socialbyråer och vissa skolor men dåliga eller otillfredsställande kontakter med andra.

Barn- och ungdomspsykiatrin är otillfredsställd beträffande samverkan med vissa organ, speciellt med vuxenpsykiatri men även med distriktsvård, familjerådgivning och invandrarverksamhet.

Det finns god överensstämmelse mellan öppen och sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård i bedömningarna av samarbetet med andra samhällsorgan.

Barn- och ungdomspsykiatrin tillfrågades också om vilka samarbetsorgan man bedömde vara de tyngsta, dvs. de största och mest insatskrävande. I svaren uppges att socialtjänstens utrednings- och behandlingsverksamhet (individ- och familjeomsorg) hör till det tyngsta. Likaså bedöms skolan (inkl. kontakter med skolledare, lärare, skolpsykologer, skolkuratorer och även skolhälsovården) som insatskrävande. Vidare nämns barnmedicinsk verksamhet samt i viss mån även barnhälsovård och institutionsvård. De svarande från den slutna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten uppger också övriga grenar inom barn- och ungdomspsykiatrin vara bland de "tyngsta" samarbetsorganen.

Från barn- och ungdomspsykiatrin framhålls det som viktigt att övriga verksamheter kan identifiera psykiska problem hos barn och ungdomar så tidigt som möjligt.

7.4 Överväganden

I den här refererade undersökningen har framkommit mycket stor efterfrågan på insatser och tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Behoven har framförts från många olika håll. Samtliga tillfrågade verksamheter önskar flera former av insatser från barn- och ungdomspsykiatrin. Särskilt har nämnts önskemålet att barn- och ungdomspsykiatrin skall kunna överta tung behandlingsproblematik, arbeta gemensamt med resp. verksamhet kring en del fall samt ställa upp med konsultinsatser. Man efterfrågar också förmedling av erfarenheter och

kunskaper i större omfattning än tidigare. Flera verksamheter har framhållit att barn- och ungdomspsykiatrin bör arbeta med andra målgrupper än den gör nu. Många omständigheter som hindrar en tillfredsställande samverkan har också framförts.

Vi tolkar den stora efterfrågan på insatser och tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin som ett tecken på att den barn- och ungdomspsykiatriska specialistverksamheten är en viktig och nödvändig del av samhällets insatser för barn och ungdomar och deras familjer. Tydligt är dock att barn- och ungdomspsykiatrin inte helt förmått motsvara de olika verksamheternas förväntningar. Enligt vår mening bör man inom barn- och ungdomspsykiatrin ta fasta på kritiken och utifrån denna fortsätta att utveckla arbetsformerna.

Många gånger har emellertid orealistiska förväntningar framkallat besvikelse och gett upphov till kritik. Bristande kännedom om den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, om dess resurser och möjligheter har försvårat samverkan. Avstånd geografiskt och ibland även ideologiskt har varit hinder. Barn- och ungdomspsykiatrin har haft svårigheter att avväga fördelningen av sina insatser mellan det närliggande behandlingsarbetet och den mer utåtriktade verksamheten. Barn- och ungdomspsykiatrin har också haft svårt att avväga fördelningen av sina tjänster.

Vi vill här också kommentera några speciella behov av insatser och kritiska synpunkter som framkommit i undersökningen.

Vad gäller frågan om vilka arbetsuppgifter och vilka grupper som skall prioriteras bör detta ingående diskuteras i samråd mellan den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och huvudmannen. Prioriteringsproblemen bör också tas upp till diskussion med angränsande verksamheter. Det är vår uppfattning att samråd mellan de olika huvudmännen bör utvecklas.

Beträffande två grupper av barn och ungdom vill vi framhålla behovet av ökad uppmärksamhet från barn- och ungdomspsykiatrins sida.

Den första gruppen är de handikappade barnen och ungdomarna. Detta är en grupp som kräver särskild uppmärksamhet och som på grund av sina förhållanden kan ha psykiska störningar av en sådan art att de inte alltid kan få det stöd och den hjälp de behöver på basnivån. Det har från dem som arbetar med de handikappade barnen i ovan nämnda undersökning riktats kritik mot att barn- och ungdomspsykiatrin inte gör tillräckliga insatser för dessa barn och ungdomar utan rent av försummar dem. Även om vi — som tidigare anförts — anser att alla barn och ungdomar i första hand skall få hjälp på basnivån, delar vi åsikten att barn- och ungdomspsykiatrin måste ägna större uppmärksamhet åt dessa barn och ungdomar.

En annan grupp som förtjänar särskild uppmärksamhet är invandrarbarnen och invandrarungdomarna. Påfrestningar i samband med flyttning från ett land till ett annat, språksvårigheter och kulturkonflikter kan skapa problem som bl.a. tar sig uttryck i psykiska störningar. När dessa störningar blir mer djupgående, måste barn- och ungdomspsykiatrin vara beredd till insatser. Som regel är det viktigt att arbeta med hela familjen. Detta kräver förutom yrkeskunskap inom barn- och ungdoms-

psykiatri kunskap om invandrarfamiljens språk och kulturmönster. Inom vårdsektorn har man inte hunnit bygga upp en kunskap och kompetens så att det motsvarar behovet på detta område. Det är i detta hänseende inte bara fråga om att ställa ekonomiska resurser till förfogande utan även att utbilda lämplig personal. Enligt vår mening förtjänar denna fråga särskild uppmärksamhet från huvudmännens sida. Då det förefaller som utvecklingen på den här punkten kommit olika långt i olika landsting, skulle man genom ökat erfarenhetsutbyte landstingen emellan kunna skapa förutsättningar för att bättre tillgodose invandrarnas behov.

Till socialtjänstens kritik mot barn- och ungdomspsykiatrin hör att man där inte tar emot och behandlar de svåraste fallen, dvs. de aggressiva och socialt utagerande ungdomarna som ingår i s.k. multiproblemfamiljer. I detta hänseende vill vi anföra följande. Enligt vår mening är det inte självklart att barn- och ungdomspsykiatrin är mest lämpad att ta hand om dessa fall. Ofta finns i bilden många sociala problem som faller på socialtjänsten att själv ta hand om. Ambitionen måste vara att stödja och hjälpa dessa familjer så långt det går. Resurser härför bör i första hand finnas inom socialtjänsten. Men även barn- och ungdomspsykiatrin måste bidra med olika insatser. Barn- och ungdomspsykiatrin bör i större omfattning än som idag är fallet genom handledning och konsultation och avgränsade behandlingsinsatser bidra med sina kunskaper.

Bristande återkoppling från barn- och ungdomspsykiatrin till den remitterande verksamheten är ett ofta återkommande klagomål. Till en del kan obenägenheten att lämna upplysningar om patienten och dess familj bero på att barn- och ungdomspsykiatrin värnar om patienternas integritet. Sekretesslagen kan också utgöra hinder för den återkoppling som inremitterande önskar.

Vi anser att barn- och ungdomspsykiatrin i fortsättningen bör bemöda sig om att på lämpligt sätt, i samråd med patienten och dess familj, ge en bättre återkoppling än man tidigare gjort till den som remitterat patienten.

8 Mål- och avgränsningsfrågor

8.1 Mål

Vi har i ett tidigare avsnitt redogjort för bland annat några av de målformuleringar som landsting antagit för sin barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet. Formuleringarna av målen skiljer sig inte nämnvärt åt. De är relativt allmänt hållna och torde närmast vara att betrakta som ramar inom vilka verksamheten skall bedrivas.

Vi anser det vara nödvändigt och självklart att de som har ansvaret för en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet anger mål för verksamheten. I den mån så inte skett kan, enligt vår mening, målformuleringen i socialstyrelsens undersökning från år 1975 tjäna som grund härför. Där anges att målet för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten är att känna igen, bota och lindra psykiska störningar hos barn, ungdomar och deras familjer samt att förebygga psykiska störningar.

8.2 Avgränsningsfrågor

8.2.1 Allmänna synpunkter

Frågan om avgränsning av barn- och ungdomspsykiatrins ansvarsområde gentemot andra verksamheter rör bl.a. vilka åldersgrupper som skall kunna få vård och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin. I vissa målformuleringar anges en övre gräns vid 20 år. Det vanligaste är dock att åldersgränsen sätts vid myndighetsåldern, dvs. 18 år. Denna åldersgräns tillämpas dock sällan så strikt att den som fyller 18 år därmed måste avsluta en pågående vård och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin. Gränsen 18 år utnyttjas som regel flexibelt och insatserna anpassas efter problematik, tillgängliga behandlingsmöjligheter i egen och angränsande verksamhet samt behovet av kontinuitet i behandlingsarbetet. Vi anser en 18-årsgräns med sådan flexibel tillämpning vara lämplig.

Vi har i föregående avsnitt angett att den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten skall känna igen, bota och lindra psykiska störningar hos barn och ungdomar och deras familjer samt förebygga psykiska störningar. Denna målformulering innebär i sig inte någon klar avgränsning gentemot andra verksamheter. För att i någon mån kunna göra

detta måste hänsyn tas till det kunskaps- och kompetensområde som barn- och ungdomspsykiatrin har. I ett tidigare avsnitt har vi redogjort för detta. De beskrivningar som där lämnats ligger till grund för den följande diskussionen om barn- och ungdomspsykiatrins ansvarsområde.

I Socialstyrelsen anser 1980:2 Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård har frågan om avgränsningen gentemot andra verksamheter tagits upp. Avgränsningsprinciperna diskuteras utifrån allmänpsykiatrin men gäller såväl allmänpsykiatrin som barn- och ungdomspsykiatrin. Följande uttalanden har gjorts av socialstyrelsen:

Det är angeläget att sträva efter att avgränsa ansvarsområdet för vad som är psykiatriska vårduppgifter och som därigenom faller inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Hälso- och sjukvården är inte alltid mest lämpad att lösa alla psykiska problem.

Som utgångspunkt för en avgränsning av ansvarsområdet i ett längre tidsperspektiv får givetvis inte dagens fördelning av resurser verka styrande. Brister eller felaktig resursfördelning inom såväl dagens psykiatri som socialvård måste i stället rättas till med hänsyn till ansvarsfördelningen. I tidsperspektivet inför 1980-talet måste dock anpassning ske med hänsyn till tillgängliga resurser. Särskild hänsyn måste tas till uppbyggnaden av den framtida socialtjänsten.

Som framgår av förslaget till principprogram och som i huvudsak har fått stöd av remissinstanserna bör som princip avgränsningen av psykiatrins ansvarsområde gälla att fördelningen av ansvar och arbetsuppgifter mellan olika vårdområden utgår från en professionell kompetens som så långt möjligt svarar mot behandlingsbehovet. Hälso- och sjukvårdens psykiatriska vårdansvar bör därför i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de enskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med personal med psykologisk och social kompetens.

Svårigheterna att praktiskt tillämpa dessa avgränsningsprinciper kan emellertid vara betydande. Så kan t.ex. behovet av insatser som erfordrar medicinsk kompetens vara begränsat i tiden om än återkommande vid flera tillfällen, medan t.ex. psykoterapi erfordrar behandlingsinsatser under en längre tid. Kravet på kontinuitet i behandlingen för att behandlingsmålen skall uppnås kan här göra det nödvändigt att denna fortsätter inom sjukvården.

Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte alltid ge exakt vägledning om vilken instans som har vårdansvaret. Detta får inte leda till att vissa individer blir utan nödvändiga hjälpinsatser. Vissa grupper av individer har omväxlande hjälpbehov inom sjukvård och socialtjänst. Särskilt ofta gäller detta personer med missbruk där upprepade insatser krävs från flera vårdinstanser. Kontinuitet är därvid önskvärd från såväl hälso- och sjukvårdens som socialtjänstens sida.

Ett sätt att lösa avgränsningsfrågorna kring grupper av patienter är utarbetandet av lokalt förankrade vårdprogram. Dessa utarbetas gemensamt mellan berörda organ vilket kan lägga grunden till ett enhetligt synsätt för att förhindra att patienten lämnas utan hjälp och stöd. Ett vårdprogram skall inte enbart vara ett handlingsprogram för undersökning, remittering, behandling och uppföljning utan skall också ange arbetsuppgifternas fördelning mellan olika huvudmän och personalkategorier liksom resurskrav.

Vårdprogrammet måste bygga på en samstämmighet mellan landstinget och primärkommunen så att önskade nya resurser verkligen kommer till stånd innan existerande resurser försvinner. Risken är annars stor att människor i behov av hjälp ställs utanför både psykiatrin och socialtjänsten.

Som framgått av ovanstående citat är det svårt att tillämpa klara avgränsningsprinciper inom allmänpsykiatrin. Vi är av den uppfattningen att det är än svårare att ge exakt vägledning om vilket organ som i det enskilda fallet bör ha vårdansvaret när det gäller barn och ungdomar.[1] Detta har sin grund i bl.a. att barn- och ungdomar ständigt är stadda i utveckling.

Vissa typer av psykiska störningar utvecklas under barndomen men manifesterar sig först i tonåren. Många barn och tonåringar kan förete tidiga störningar med neurotiska pålagringar.

En annan orsak till att det är svårt att klart avgränsa barn- och ungdomspsykiatrins ansvarsområde har sin grund i att barnet för sin utveckling på ett helt annat sätt än den vuxne är beroende av föräldrar och andra i sin närmiljö. Barnet eller tonåringen kan därför aldrig ses isolerad från sina vårdare. Situationen kompliceras samtidigt av att barnets/den unges intressen och behov inte alltid sammanfaller med förälderns/föräldrarnas.

Att avgränsningsfrågor är speciellt svåra när det gäller barn- och ungdomspsykiatrin visar även de lokala undersökningar som har gjorts. Dessa utgår som regel från angränsande verksamheters behov av barn- och ungdomspsykiatrins tjänster.

Slutligen bör framhållas att när det gäller avgränsningen mellan barn- och ungdomspsykiatrin och andra verksamheter kan inte bortses från det förhållandet att verksamheterna är olika utbyggda på olika håll i landet. Det finns regionala skillnader när det gäller resurstilldelning till de många olika verksamheter som kommer i kontakt med barn och ungdomar som har psykiska och sociala problem. I vissa kommuner finns det inom socialtjänsten förhållandevis större resurser än inom andra. Barnhälsovården, som under senare år inrättat särskilda psykologtjänster, är inte heller enhetligt utbyggd i landet. Antalet tjänster för kuratorer och psykologer inom elevvården varierar likaså. Det är givet att om det inom socialtjänsten, skolan, barnhälsovården, barnmedicinen etc. finns ett större antal personer som har utbildning och kompetens för att upptäcka och behandla psykiska störningar ökar förutsättningarna för att dessa verksamheter kan ta hand om och avhjälpa lindrigare former av psykiska störningar. Därigenom belastas barn- och ungdomspsykiatrin inte med fall som så långt möjligt bör klaras i samhällets basorganisation samtidigt som många av dessa fall genom tidiga insatser inte utvecklas till allvarliga sjukdomstillstånd som kräver barn- och ungdomspsykiatrins speciella kompetens. Genom ökade insatser på basnivån kan också barn och ungdomar med allvarliga psykiska störningar uppmärksammas på ett tidigare stadium än vad annars skulle varit fallet. Detta innebär att dessa barn och ungdomar kan få adekvat vård och behandling tidigare.

Som framgått av det ovan anförda är det ibland svårt att ge en exakt vägledning om vilket organ som bör ha vårdansvaret i ett enskilt fall. Vi anser att som allmänt riktmärke bör gälla att barn- och ungdomspsykiatrins vårdansvar bör omfatta sådana insatser som i de enskilda fallen bedöms kräva insatser av personal med medicinsk/barn- och ungdomspsykiatrisk, psykologisk och social kompetens i teamsamverkan.

[1] Försök att analysera avgränsning och samverkan har gjorts av bl.a. Jämtlands läns landsting i dess plan för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, se bilaga 4.

8.2.2 Huvudmannaskap

I våra direktiv anförs att vi bör överväga fördelarna med ett primärkommunalt huvudmannaskap för barn- och ungdomspsykiatrin. Det anges i direktiven vidare att departementschefen i propositionen om socialtjänsten uttalat tanken att till samma socialtjänstenhet skulle kunna knytas de kuratorer och psykologer som nu finns inom barn- och ungdomspsykiatrin. Kommunen skulle då få köpa de rent medicinska insatser som behövs av landstinget genom ett konsultavtal. I propositionen lämnas också en redogörelse för hur den skolkurativa verksamheten bör vara utformad och organiserad utifrån en helhetssyn på samhällets resurser.

Vi vill erinra om att socialtjänsten har ett ansvar för att barn och ungdomar får växa upp under goda och trygga förhållanden. Den skall sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver. Socialtjänsten har ansvar för att behövliga åtgärder sätts in när barn far illa i sitt hem, när barn och ungdomar missbrukar alkohol och/eller narkotika, när de för ett asocialt liv m.m. Det är viktigt att socialtjänsten har resurser och möjligheter att ge den hjälp och det stöd som ett barn eller en ungdom behöver i en svår situation.

Under senare år har det inom socialtjänsten skett och sker kontinuerligt ett utvecklingsarbete för att kunna ge de svårast störda barnen och ungdomarna adekvat hjälp. På sina håll har socialnämnder anställt psykologer som bl.a. har till uppgift att bedriva psykoterapeutiskt arbete i barnfamiljer där det finns stora sociala och psykologiska problem.

Man har från socialtjänstens sida tidigare sett positivt på tanken att delar av det barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsteamet skulle överföras till en behandlingsenhet inom socialtjänsten på det sätt fosterbarnsutredningen förordade. Enligt den av oss initierade undersökningen om efterfrågan på tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten var det emellertid endast ett fåtal av de tillfrågade som nu föreslog en uppdelning av barn- och ungdomspsykiatrins resurser.

I detta sammanhang bör även nämnas att de från andra verksamheter uttalade kraven på barn- och ungdomspsykiatriska tjänster som framkom i vår undersökning gällde en samlad specialiserad verksamhet. I mycket liten utsträckning förordades en uppdelning och spridning av den nuvarande kompetensen inom den barn- och ungdomspsykiatriska organisationen på flera verksamheter. Barn och ungdomspsykiatrin bedömdes genomgående som en principiellt viktig verksamhet.

Som barn- och ungdomspsykiatrins starka sidor nämndes särskilt teamet med den kompetensbredd, tvärvetenskaplighet och helhetssyn detta medger. Vidare framhölls den psykodiagnostiska och psykoterapeutiska kompetensen samt det stora allmänna kunnandet om barn, ungdomar och familjer. Inriktningen mot familjebehandling, flexibla behandlingsmöjligheter samt god kontakt mellan öppen och sluten vård är andra egenskaper som nämndes något mer återkommande.

En uppdelning och spridning av barn- och ungdomspsykiatrins öppenvårdsresurser med undantag av läkarna till primärkommunerna skulle innebära att endast de större kommunerna skulle komma i åtnju-

tande av en särskild behandlingsenhet. Små kommuner med endast ett fåtal tjänster inom socialförvaltningen skulle inte ha möjlighet att skapa en sådan enhet. Ett eventuellt samgående flera kommuner emellan för att tillskapa en särskild behandlingsenhet torde medföra stora svårigheter och knappast vara en realistisk lösning. För de kommuner som skulle kunna ha sådan behandlingsenhet är det givet att socialtjänstens möjligheter att bedriva ett mer kvalificerat behandlingsarbete skulle öka. Denna fördel för socialtjänstens vidkommande måste vägas mot de nackdelar som är förenade härmed. Ett överförande av öppenvårdens kurators- och psykologtjänster till socialtjänsten skulle kunna medföra att det nära samarbetet mellan den öppna och den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården försvåras liksom även samverkan med övrig hälso- och sjukvård. Den slutna vården och den öppna vården utgör i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete en integrerad helhet. Detta innebär att den slutna vården kommer in i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete som ett led i en mer omfattande behandlingsplan där vistelsen på avdelning eller behandlingshem oftast blir en av många behandlingsinsatser.

Barn- och ungdomspsykiatrin har alltsedan starten arbetat med en helhetssyn på barnet/den unge. Det är en helhetssyn som rymmer både individuella aspekter på barnet (mognadsgrad, intellektuella förutsättningar, handikapp resp. starka sidor osv.) och aspekter på barnet i dess sammanhang (inom familjen, bland kamrater, i skolan etc.). Denna helhetssyn har gjort det naturligt och givande att inom barn- och ungdomspsykiatrin arbeta i team med läkare, psykolog och kurator. En splittring av öppenvårdsresurserna på så sätt att det barn- och ungdomspsykiatriska teamet delas upp skulle innebära en risk för att den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten och det kunnande som finns inom barn- och ungdomspsykiatrin försvagas. Det skulle kunna medföra att utvecklingsarbetet avseende behandling och metodik försvåras. Vi vill här erinra om att barn-och ungdomspsykiatrin varit en föregångare när det gällt synen på barn och ungdomar och behandlingsmetoder.

Barn- och ungdomspsykiatrin har inte endast till uppgift att ge hjälp och stöd åt den som aktualiseras inom socialtjänsten eller andra delar av samhällets basorganisationer. Till barn- och ungdomspsykiatrins kompetensområde hör även, och inte minst, barn och ungdomar med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiatriska komplikationer som faller under hälso- och sjukvårdens ansvar. Enligt vår mening är barn- och ungdomspsykiatrin till sin kärna hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen svarar landstingen för sådan verksamhet. Vår utredning har inte gett belägg för att det härvidlag finns anledning att föreslå undantag för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, som vi ser som en specialistresurs inom hälso- och sjukvården för barn och ungdomar med allvarliga psykiska sjukdomar och störningar.

En bättre samverkan mellan primärkommunala verksamheter och barn- och ungdomspsykiatrin bör kunna uppnås på annat och bättre sätt än att barn- och ungdomspsykiatrin eller delar därav överförs till primärkommunalt huvudmannaskap. Våra synpukter på utvecklingen av samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och andra verksamheter redovisar vi i nästa avsnitt.

9 Samverkan

9.1 Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och basorganisationerna

Frågor som rör avgränsningen mellan barn- och ungdomspsykiatrin och angränsande verksamheter hör nära samman med frågor som rör samverkan mellan verksamheter som har till uppgift att hjälpa och stödja barn och ungdomar med psykiska störningar. En av barn- och ungdomspsykiatrins viktigaste uppgifter är att fungera som basorganisationernas stöd vid psykiska störningar hos barn och ungdomar.

Många problem bland barn och ungdom eller i deras familjer aktualiseras i skolan, socialtjänsten, omsorgs- och habiliteringsverksamheten eller primärvården. Dessa basresurser har breda kontaktytor och kommer på olika sätt i kontakt med barn i kris. Här kan då behövas stöd från barn- och ungdomspsykiatrins sida i form av fortbildning, handledning och konsultation.[1]

Den basresurs som först kommer i kontakt med barn är i allmänhet barnhälsovården. Inom mödra- och barnhälsovården har på senare år allt större uppmärksamhet ägnats åt frågor som rör barns och föräldrars psykiska och sociala problem och svårigheter. Barn- och ungdomspsykiatrin har enligt vår mening en mycket viktig roll när det gäller att föra vidare sina specialkunskaper till mödravårdens och, framför allt, barnhälsovårdens personal.

Många barn kommer också i kontakt med primärvårdens distriktsläkare med olika specialiteter, bl.a. barnläkare. Primärvården har redan nu och kommer troligen framgent att få än mer betydande uppgifter att identifiera och upptäcka samt i vissa fall behandla psykiska störningar hos barn och ungdom. I specialistutbildningen i allmänmedicin ingår viss utbildning i allmänpsykiatri. I barnläkarutbildningen ingår utbildning i barn-och ungdomspsykiatri.

Somatiska sjukdomsyttringar kan bero på sociala och psykologiska faktorer. Många gånger kan behandlingsbehoven tillgodoses inom primärvården. Om det är fråga om mer komplicerade vårdbehov kan krävas konsultinsatser från barn- och ungdomspsykiatrin.

Är det fråga om allvarliga psykiska störningar som ställer särskilda krav på en specialiserad kunskap, som inte finns inom primärvården, bör ansvaret för vård och behandling — i enlighet med vad vi anfört i

[1] Om begreppen handledning och konsultation, se bilaga 5.

avsnittet om avgränsningsprinciper — ligga hos den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i länet. För att den hjälpsökande skall få den vård och behandling som är mest lämplig krävs att primärvården, om den är den första instans som barnet/den unge kommer i kontakt med, har kunskap om den barn- och ungdomspsykiatrins speciella kompetens.

Ett flertal barn och ungdomar med psykiska störningar kommer i kontakt med primärvården som första instans inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt, som vi anfört ovan, att primärvården, om den inte anser sig ha erforderlig kompetens, hänvisar till barn- och ungdomspsykiatrin. Det sagda innebär emellertid inte att vi är av den uppfattningen att den som har psykiska störningar först måste vända sig till primärvården för att där erhålla remiss till barn- och ungdomspsykiatrin. Det bör enligt vår mening i framtiden, liksom hittills, vara möjligt för enskilda att direkt söka till den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Psykiska störningar hos barn och ungdomar uppmärksammas inte enbart inom primärvården. Skolan är den verksamhet som kommer i kontakt med samtliga barn och ungdomar i landet. Detta för också med sig att många problem bland barn och ungdomar aktualiseras i skolan. Stora insatser görs när det gäller att hjälpa och stödja dessa barn och ungdomar av skolans personal. Personalen behöver dock i många fall stöd från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, handledning och konsultation. Enligt vår uppfattning finns mycket som tyder på att skolan på många håll i landet inte får tilllräckligt med stöd från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Många som kommer i kontakt med socialtjänsten har förutom sociala problem även psykiska problem. Inom socialtjänsten bedrivs mycket förebyggande arbete. Inte minst inom förskolorna verkar socialtjänsten i förebyggande syfte när det gäller barns psykiska hälsa.

Socialnämnderna har det yttersta ansvaret för den enskildes sociala situation. Detta gäller också barn och ungdomar. I de fall där den sociala problematiken kompliceras av allvarliga psykiska störningar kan det vara nödvändigt att barn- och ungdomspsykiatrin bidrar med sina speciella kunskaper och sin kompetens. Kontaktytorna mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin är stora i dag, men behöver enligt vår mening i framtiden utvecklas ytterligare.

Barn- och ungdomspsykiatrin har även en viktig roll när det gäller att föra vidare sina erfarenheter och kunskaper till socialtjänsten.

För att barn- och ungdomspsykiatrins specialiserade resurser skall användas där de mest behövs är det viktigt att barn- och ungdomspsykiatrin har kunskap om de resurser som finns inom angränsande verksamheter, när det gäller behandling och vård av psykiska störningar. Barn- och ungdomspsykiatrin kan därmed hänvisa patienten dit i de fall behandlingen kan ges där. Samtidigt bör också barn- och ungdomspsykiatrin i de fall man påtagit sig ansvaret för en patient tillsammans med patienten och resp. basorganisation planera för att det fortsatta stödet skall kunna återgå till att bli en uppgift för primärvården, socialtjänsten eller skolan. Normalt fordrar dessa kontakter inte remisser utan åter- och överförandet av behandlingsansvaret bör kunna lösas genom fungerande samverkansformer.

I samband med att vi redogjort för basorganisationerna för barn- och ungdomar med psykiska störningar har vi även tagit upp vissa kompletterande resurser som är avsedda för särskilda grupper av barn och ungdomar. Även här bör samverkan ske.

9.2 Samverkan kring handikappade

Vad gäller de barn och ungdomar som har handikapp av skilda slag är det, såsom framgår av avsnitt 3.5, vanligt med psykiska pålagringar. Inom de organisationer som särskilt har till uppgift att hjälpa och stödja de handikappade barnen finns personal som bl.a. har att ge behandling och vård vid psykiska störningar. Även barn- och ungdomspsykiatrin har ett mycket stort ansvar när det gäller denna grupp av barn och ungdomar. Ansvaret gäller dels de barn och ungdomar som har sådana allvarliga psykiska störningar att de kräver behandling och vård inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, dels olika former av stöd för den personal som inom övriga organisationer arbetar med de handikappade barnen och ungdomarna.

9.3 Samverkan kring invandrare

Även invandrarbarnen är en grupp som kan behöva extra stöd och hjälp. I de fall invandrarbarnen/ungdomarna har psykiska störningar har de samma rätt till vård och behandling som övriga som bor i vårt land. Språksvårigheter och kulturkonflikter kan emellertid påverka diagnostiseringen, behandlingen och omvårdnaden.

Barn- och ungdomspsykiatrins resurser att ta emot och behandla invandrarbarn och invandrarungdomar med allvarliga psykiska störningar är begränsade. Specialresurser finns endast i Stockholm och Göteborg samt punktvis ute i landet.

I avsaknad av språkkunnig personal inom barn- och ungdomspsykiatrin är enda utvägen att försöka arbeta med tolk.

Det är emellertid inte särskilt vanligt att man inom barn- och ungdomspsykiatrin anlitar tolkhjälp. Detta har sin naturliga förklaring i att man ogärna använder sig av tolk i samtal som berör personligt känsliga områden. I samtalsterapi anses det viktigt för att inte säga nödvändigt att patient och terapeut kan kommunicera på samma språk. En strävan är därför att i stället ha anställd personal som talar invandrarens språk. Inom barn- och ungdomspsykiatrin liksom inom vården i övrigt motsvarar emellertid tillgången på tvåspråkig personal långt ifrån behovet.

Vi vill betona vikten av att det inom barn- och ungdomspsykiatrin finns tvåspråkig personal. Det är också angeläget att den svenska personalen får kunskap om invandrarna och den kultur de kommer från. Samtidigt är det angeläget att även övriga verksamheter som har till uppgift att ge invandrade barn och ungdomar och deras familjer stöd och hjälp vid psykiska problem också besitter kompetens för att kunna ge den vård och behandling som svenska barn och familjer med motsvarande problem har tillgång till.

9.4 Vårdkrävande

Socialstyrelsen har i en skrivelse som överlämnats till oss anfört att det f.n. saknas tillfredsställande vårdalternativ för vissa av de mycket vårdkrävande barnen och ungdomarna. I brist härpå omhändertas de under otillfredsställande former i hem för vård eller boende. Vid vissa indikationer vårdas de med stöd av LSPV vid vuxenpsykiatriska enheter samt i mindre utsträckning på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Socialstyrelsen framhåller att ansvarsfördelningen och samarbetsformerna mellan socialtjänstens institutioner och den barn- och ungdomspsykiatriska vårdorganisationen måste klargöras och ställning tas till om särskilda resurser inom respektive organisation kan behövas.

De vårdkrävande barnen och ungdomarna innefattar flera grupper:

- gravt psykiskt störda ungdomar med psykoser eller psykosliknande tillstånd, i vissa fall i behov av vård med stöd av LSPV,
- gravt psykiskt störda ungdomar med utagerande beteende, aggressivitetsproblematik och ofta dessutom asocialitet,
- ungdomar med grava missbruksproblem (alkohol, andra droger eller blandmissbruk).

Frågan om ansvaret för dessa barn och ungdomar avser framför allt den slutna vården.

När det gäller "psykosgruppen" anser sig inte alla landsting ha möjlighet att inom barn- och ungdomspsykiatrin ta hand om de få LSPV-fallen med akuta psykoser. De tas då i stället in på vuxenpsykiatrisk klinik.

Vi anser att det är otillfredsställande att vissa ungdomar vårdas med tvång på psykosavdelningar för vuxna. Barn- och ungdomspsykiatrin bör enligt vår mening även ha huvudansvaret för dessa barn och ungdomar upp till 18 år eller undantagsvis längre enligt de principer vi tidigare angivit.

För frivillig vård av psykotiska ungdomar synes barn- och ungdomspsykiatrin något bättre rustad — både vad gäller vårdplatser på klinik och framför allt på behandlingshem.

Vi anser att det är mycket viktigt att företrädare för barn- och ungdomspsykiatrin och allmänpsykiatrin i samråd med huvudmannen tar upp frågor som rör fördelningen av ansvaret för de äldre tonåringarna och särskilt de undantagsfall där tvångsvård kan vara påkallad. Eventuellt kunde vård meddelas i samarbete med allmänpsykiatrin på särskilda "ungdomsavdelningar" för psykotiska i åldrar t.ex. 15—25 år. Sådant samarbete planeras på några ställen i landet.

När det gäller vårdkrävande ungdomar som har psykiska störningar men där de sociala problemen och missbruksproblemen överväger torde den lämpligaste slutna vårdformen vara hem för vård eller boende, där socialtjänsten har vårdansvaret och institutionen behandlingsansvaret. Barn- och ungdomspsykiatrin bör genom konsultation, handledning och på annat sätt ge hjälp vid utredning och behandling av dessa ungdomars psykiska störningar. Ett fungerande samarbete mellan barn- och ung-

domspsykiatrin och dessa institutioner är viktigt. I ett senare avsnitt, 9.7, tas upp exempel på hur ett sådant samarbete kan utformas.

9.5 Former för samverkan

Vi har i föregående avsnitt framhållit vikten av samverkan mellan samhällets olika organ som gör insatser för barn och ungdomar med psykiska störningar. Frågor om samverkan mellan medicinska och sociala verksamheter har i vårt land liksom i andra länder debatterats länge. Krav på och förslag om former för ökad samverkan har framförts i olika sammanhang. Samverkan har också utvecklats kraftigt under senare år. En orsak härtill är vårdsektorns fortgående avinstitutionalisering. Den ökade satsningen på öppen och decentraliserad vård förutsätter i många fall att den enskilde får samordnat stöd och hjälp från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Det har gjorts gällande att genom samverkan ökar möjligheterna att tillämpa en helhetssyn på människan. Man har också ansett att den delvis oklara ansvarsuppdelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i många fall kan lösas praktiskt genom samverkan.

Emellertid saknas i centrala utredningar ofta närmare beskrivningar av hur samverkan skall ske för att uppnå de resultat som man anser är möjliga att nå på detta sätt. Som exempel härpå kan nämnas att varken förarbetena till socialtjänstlagen eller till hälso- och sjukvårdslagen ger någon sådan beskrivning.

I socialutredningens betänkande Socialtjänst m.m. (SOU 1977:40) sägs att "socialtjänsten bör inriktas på att i en flexibel samverkan mellan de olika vårdområdena söka nå garantier för att den enskilde alltid kan beredas den hjälp han har rätt till".

I propositionen till Hälso- och sjukvårdslag m.m. anges: "Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte ge en exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får dock inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp hon behöver. Det är därför synnerligen angeläget att en samverkan mellan de olika vårdområdena kommer till stånd."

En av orsakerna till att förarbeten till skilda lagar inte närmare anger hur samverkan bör utformas är troligen att samverkansfrågor erbjuder en rad komplicerade och också kontroversiella problem. För ett väl fungerande samarbete krävs precisering av mål och metoder för samverkan samt gemensamt omfattade grunder för fördelning av ansvar och kostnader. Man måste bestämma vilka målgrupper och vilka problem man skall samarbeta omkring. För att kunna åstadkomma ett ökat samarbete kan krävas förändringar i både organisationer och arbetsvillkor. En viktig del av arbetet inom hälso- och sjukvård samt inom social och psykologisk verksamhet ställer också krav på samarbete mellan personal från olika yrkeskategorier och organisationer. Inom detta område har

barn- och ungdomspsykiatrin gjort ett pionjärarbete genom att från starten arbeta i arbetslag, team, sammansatt av olika experter.[1]

Det är dock utan tvekan så att samarbetet mellan medicinska och sociala verksamheter har ökat snabbt under senare år. På flertalet håll har man på olika nivåer regelbundna sammankomster mellan företrädare för olika vårdorgan, bland annat i form av gemensamma vårdplaneringsgrupper. Huvudmännen för medicinska och sociala verksamheter ägnar således frågor som rör samverkan stor uppmärksamhet. Med hänsyn till att de lokala förhållandena skiftar i landet är det också lämpligast att man på lokal nivå tar upp frågan om samverkan och prövar olika modeller.

För att underlätta samverkan är det en fördel om barn- och ungdomspsykiatrin är samlokaliserad med, eller i varje fall lokaliserad i närheten av de verksamheter man skall samverka med. Detta kan dock givetvis inte genomföras konsekvent då samverkan måste ske med så många skilda verksamheter. En så långt möjligt decentraliserad organisation underlättar samlokalisering med framför allt landstingets övriga organ som arbetar med barn och ungdom.

Tankar har framförts att förlägga barn- och ungdomspsykiatriska team i anslutning till habiliteringsverksamhet för barn. Det har också föreslagits att barn-och ungdomspsykiatriska team skall lokaliseras till vårdcentraler i teamets upptagningsområde. Här sker lätt kontakter med primärvård och dess barnhälsovård.

Vid en sådan samlokalisering kan ett samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatrin, barnhabiliteringen/omsorgsverksamheten och barnhälsovården i någon form av "Barncenter" vara en lämplig samverkansform. Ett sådant koncentrat av resurser kan underlätta för de vårdsökande samtidigt som ett bättre resursutnyttjande kan bli möjligt.

Vi finner förslaget om barncenter intressant. Enligt vad vi inhämtat har förslaget dock inte genomförts i praktiken på något håll i landet. Vi har på annat håll i betänkandet framhållit att vi är positiva till försöksverksamheter. Vi har emellertid inte ansett oss ha möjlighet att själva initiera speciell försöksverksamhet. Däremot ser vi gärna att något landsting prövar barncentermodellen.

Vid vårdcentralerna kan barn- och ungdomspsykiatrin också få igång samverkan med de decentraliserade allmänpsykiatriska enheterna. Vi anser det viktigt att barn- och ungdomspsykiatrin och allmänpsykiatrin finner fler och bättre samarbetsformer än tidigare. Ungdomar i övre tonåren är en viktig gemensam grupp.

Vid vårdcentralen eller i närheten finns ofta socialtjänstens lokaler. Närheten kan underlätta för barn- och ungdomspsykiatrin att tillgodose

[1] Kristina Humble och Ulf Janson har i sitt arbete, Utkast till en teori om samverkansbetingelser, PBU-utvärderingen, Rapport 6, Stockholms läns landsting, Sociala nämnden, 1981, behandlat frågor om omständigheter vid och förutsättningar för samverkan. För en mer utförlig diskussion hänvisas till denna rapport och till Rapport 9, PBU-utvärderingen samt till Socialmedicinsk tidskrift nr 4/1984, vilken innehåller ett flertal artiklar om samverkan mellan medicinska och sociala verksamheter.

de många och stora behov av tjänster som socialtjänsten har enligt vår undersökning.

Enligt vår mening är alla dessa kontakt- och samverkansmöjligheter viktiga. Det ankommer dock på huvudmannen inom varje område att ange riktlinjerna för sin verksamhet.

En viktig förutsätttning för att samverkan skall fungera väl är att den gemensamma uppgiften och målet formuleras tydligt och att de samverkande organen träffar överenskommelser om ansvarsfördelningen kring varje uppgift, gör riktigt klart "vem som skall göra vad och när". Det kan vara praktiskt att utse en speciell kontaktperson inom varje verksamhet som "håller i ärendet". Respekt och lyhördhet inför andra verksamhetsområdens representanter är också något grundläggande för god samverkan. Kompetens och trygghet i den egna yrkesrollen ger ett gott samarbetsklimat.

9.6 Sekretessfrågor

Det har ibland från de verksamheter som samverkar med barn- och ungdomspsykiatrin anförts att nu gällande sekretessbestämmelser utgör ett hinder för ett väl fungerande samarbete.

För hälso- och sjukvården, omsorgsverksamheten och socialtjänsten gäller en strängare sekretess för uppgifter om enskildas personliga förhållanden än på andra områden, där sådana uppgifter förekommer. Inom hälso- och sjukvården, omsorgsverksamheten och socialtjänsten är nämligen den s.k. generalklausulen i 14 kap. 3 § sekretesslagen (SekrL) inte tillämplig. Enligt detta lagrum kan inom andra områden än hälso- och sjukvård, omsorgsverksamhet och socialtjänst sekretessbelagd uppgift lämnas till annan myndighet eller annan självständig verksamhetsgren inom samma myndighet (jfr 1 kap. 3 § 2 st. SekrL), om det är uppenbart att intresset av att uppgiften lämnas har företräde framför det intresse som sekretessen skall skydda.

Att 14 kap. 3 § SekrL inte är tillämplig inom hälso- och sjukvården, omsorgsverksamheten och socialtjänsten innebär att man inom dessa områden som regel inte utan den enskildes samtycke kan lämna ut sekretessbelagda uppgifter till ett annat verksamhetsområde. Man kan exempelvis inte lämna ut sådana uppgifter från socialtjänsten till skolan, även om man skulle anse detta viktigare för att hjälpa barnet än att tillgodose den enskildes intresse av sekretesskydd. Man kan inte heller utan samtycke av den enskilde lämna sådana uppgifter från t.ex. den barnmedicinska sidan till den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten eller från vuxenpsykiatrin till barnavårdscentralen eller socialtjänsten.

Vi har övervägt frågan om vi bör föreslå någon ändring i nu gällande sekretessbestämmelser men stannat för att vi inte bör komma med några förslag i den delen. Denna fråga bör enligt vår mening bli föremål för överväganden i ett vidare sammanhang och inte enbart avse barn- och ungdomspsykiatrin. (Journalutredningen har i sitt huvudbetänkande, SOU 1984:73, föreslagit att socialstyrelsen och skolöverstyrelsen anting-

en helt och hållet omarbetar informationssystemet eller begär hos regeringen att de rättsliga förutsättningarna anpassas till vad som krävs enligt sekretesslagen.)

9.7 Samverkansmodeller

Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och angränsande verksamheter som socialtjänst, skola, primärvård m.fl. har under senare år ökat betydligt i omfattning. I och med den utflyttning av öppenvården inom barn- och ungdomspsykiatrin som skett under den senaste tioårsperioden har också förutsättningarna för samverkan på lokal nivå blivit bättre. Barn- och ungdomspsykiatrin har också strävat efter att finna goda former för samverkan efter de behov som framkommit från andra verksamheter som arbetar med barn och ungdomar.

I det följande vill vi ge några exempel på samverkansmodeller. Exemplifiering kan inte på något sätt sägas vara fullständig. Vi har valt att redogöra för några modeller som vi tror det kan vara av intresse för andra barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter att ta del av. Beskrivningarna av modellerna är kortfattade. Mer detaljerade redogörelser skulle bli alltför omfattande. Med hänsyn till att det beträffande flertalet av modellerna finns skriftliga rapporter har vi valt att i stället hänvisa till dessa.

Allmänt om samverkan med socialtjänst och andra institutioner

En instruktiv redovisning av arbetet med att nå fram till fungerande samverkan finns i: Psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) i samverkan. En beskrivning av metodutveckling vid PBU i Hallunda för samarbete med socialvården och andra institutioner. FIB-projektet, Norra Botkyrka, Rapport IX mars 1981.

Samverkan med mödrahälsovård och barnhälsovård kring riskfamiljer med späda barn

Den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Karlshamn har i samarbete med mödra- och barnhälsovården en "spädbarnsverksamhet", där man i öppenvård/dagvård arbetar med familjer som har spädbarn och är i kris. Man har som mål att försöka förebygga relationsstörningar föräldrar-barn på ett tidigt stadium. Nära samverkan sker också med BB-avdelning och vuxenpsykiatri. Utveckling av samarbete med allmänläkare och socialtjänst planeras. Redovisning finns i Psykolog-Tidningen nr 16/84, sid. 4—6.

Samverkan med socialtjänsten kring familjer med spädbarn och småbarn

I Karlskoga planerar den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen en dagvårdsenhet för behandling av familjer med spädbarn och små-

barn, där risk för allvarliga störningar föreligger och där omhändertagande övervägs av socialtjänsten. Verksamheten avses vara ett komplement till socialtjänstens egen behandlingsarsenal. Planeringen sker i nära samverkan med socialtjänsten. Blivande samarbetsverksamheter är också mödra- och barnhälsovården, distriktsvården i övrigt, BB och vuxenpsykiatrin.

Samverkan kring familjer med barn i förskoleåldern

På många håll finns regelbundna samarbetsmöten, där socialtjänst, barnhälsovård/distriktsvård, omsorgsverksamhet samt barn- och ungdomspsykiatri har överläggningar kring barn i förskoleåldern i behov av särskilt stöd. Föräldrarnas medgivande är en förutsättning för att deras barn skall aktualiseras. Samverkansgruppen gör bedömningar av barnens och familjernas behov av insatser från de olika verksamheterna. Erfarenhet av denna form av samverkan finns bl.a. hos det barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsteamet i Mariestad.

Samverkan med skola och socialtjänst

Det s.k. "Skäggetorpsprojektet" startade 1981 i Linköping med anledning av att skolan hade problem med ett fyrtiotal skolkare. En ledningsgrupp bildades med representanter från skolan, socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin. Samordnade åtgärder av olika slag kring dessa elever planerades och genomfördes. Verksamheten pågår fortfarande. Socialsekreterare Margareta Hallerström vid socialbyrån, Skäggetorps vårdcentral, Linköping, har dokumenterat projektet.

Samverkan med skoldaghem

I Kristianstad finns två skoldaghem. Omkring hälften av eleverna på skoldaghemmen är också aktuella inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Vid behandlingskonferenser kring de enskilda eleverna deltar skoldaghemspersonalen och skolpsykologen samt elevens terapeut från barn- och ungdomspsykiatrin. Vid skoldaghemmens terminskonferenser är en representant från barn- och ungdomspsykiatrin med som rådgivare/konsult.

Samverkan med skolan i terapiskola

Personal från barn- och ungdomspsykiatrin och speciallärare från primärkommunen arbetar tillsammans för att hjälpa elever från grundskolan med svåra skolproblem och psykiska störningar. Terapiskolor finns i anslutning till barn- och ungdomspsykiatriska kliniker eller i anslutning till öppenvårdsmottagningar. Det finns många terapiskolor i Stockholm (inom PBU) och i Göteborg. Från dessa finns verksamheten dokumenterad. En speciell modell har terapiskolan i Trollhättan, startad på initiativ av barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Vänersborg.

Samverkan med skola och socialtjänst i s.k. samverkansklasser

Inom PBU i Stockholm har sedan många år landstinget och resp. kommuns skolförvaltning och socialförvaltning i samarbete drivit "samverkansklasser". Lärarna är anställda av skolan, förskollärarna av socialförvaltningen och konsulterna av PBU. Dokumentation finns hos PBU, Stockholms läns landsting.

Samverkan med skola och socialtjänst kring problemungdomar i åldrarna 13—20 år

I Motala pågår sedan några år en ungdomsverksamhet, som redovisas i en rapport: Ungdomsverksamheten i Motala — en integrerad öppenvårdsmodell inom barn- och ungdomspsykiatrin för behandling av ungdomar med destruktiva livsmönster. I samarbete med socialtjänsten och andra som arbetar med problemungdomar har man etablerat kontakt med ungdomar med djupa störningar, såväl utagerande, asociala ungdomar som ungdomar vilka reagerar "inåt" med psykiska symtom. Behandlingen innefattar individualterapi, familjeterapi och socialterapi. Jämsides med behandlingsarbetet sker utbildning av berörd personal från skola, socialtjänst m.fl.

Samarbetsgrupper kring problematiken sexuella övergrepp mot barn

Samarbetsgrupper kring denna problematik har det senaste året bildats på många håll i landet. En av de första grupperna kring sexuella övergrepp mot barn bildades i Eskilstuna med representanter från socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, åklagare och polis. Man har till gruppen också knutit representanter för barnmedicin, vuxenpsykiatri, gynekologi samt ungdomsmottagning. Gruppen utarbetar handläggningsmodeller för fall av sexuella övergrepp och tar initiativ till information och utbildning i ämnet.

Samverkan med socialtjänstens/landstingens hem för vård eller boende och hem med särskild tillsyn

Den vanligaste formen för samverkan med dessa hem är konsulttjänstgöring av någon från det barn- och ungdomspsykiatriska teamet visst antal timmar per vecka eller månad. En speciell modell tillämpas vid Hammargårdens ungdomshem, ett hem inrättat för vård med särskild tillsyn under sociala nämnden, Stockholms läns landsting. En barn- och ungdomspsykiater, knuten till den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid S:t Görans sjukhus, utför på deltid psykiatriska insatser såsom utrednings- och behandlingsarbete m.m.

Samverkan vid hälsocentral

En försöksverksamhet 1977—1982 med ett barn- och ungdomspsykiatriskt team från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i

Östersund placerat vid en hälsocentral (vårdcentral), där hälso- och sjukvårdens primärvård samt socialtjänsten var lokaliserad, redovisas i en uppsats från Högskolan i Östersund: Beskrivning av försöksverksamhet med ett barn- och ungdomspsykiatriskt team vid Odensala Hälsocentral, Erik Abrahamsson, Emy Karlsson och Gunilla Törnkvist, Östersund, 1980. Man inriktade sig på en bred samverkan med såväl övrig hälso- och sjukvård som socialtjänst och arbetade både förebyggande och behandlande.

Samverkan med primärvård/distriktsbarnsläkare

På vårdcentralen i Mölnlycke arbetar en barn- och ungdomspsykiater 10 t/vecka på barnmedicinska mottagningen tillsammans med barnläkare och övrig personal med målsättningen att förbättra omhändertagandet av barn med psykosomatiska sjukdomssymtom. Redovisning av erfarenheterna finns i: Samarbete barnpsykiatri — barnmedicin inom primärvården. En rapport från Mölnlycke vårdcentral, Natalia Flakierska, Bernt Danielsson, stencil, 1984.

Samverkan med barnmedicinsk vård

Under det senaste årtiondet har den barn- och ungdomspsykiatriska konsultationsverksamheten på barnmedicinska kliniker tilltagit i omfattning. En vanlig form är att ett barn- och ungdomspsykiatriskt team, helt eller delvis, är stationerat på den barnmedicinska kliniken. En beskrivning finns från Östra sjukhuset i Göteborg: Barnpsykiatriskt team på barnklinik — ett angeläget samarbetsfält, Elisabeth Bosaeus, Läkartidningen nr 25/81.

På Danderyds sjukhus i Stockholms läns landsting arbetar det barn- och ungdomspsykiatriska teamets medlemmar i en integrerad samarbetsform tillsammans med den barnmedicinska vårdavdelningens läkare och övrig personal enligt en speciell metodik med patienter med psykosomatiska sjukdomstillstånd såsom anorexia nervosa (nervöst magerhetstillstånd), astma m.m. Vårdavdelningen har karaktären av en psykosomatisk avdelning. Denna speciella samverkansform kallas för "Danderydsmodellen". En utvärdering av verksamheten pågår.

Vid barn- och ungdomspsykiatriska akutkliniken, Östra sjukhuset i Göteborg, har man utformat en egen samverkansmodell med barnmedicinska kliniken kring anorexia nervosa, inspirerad av "Danderydsmodellen".

Samverkan med allmänpsykiatri

En samverkansmodell har sedan 1973 prövats i Skövde, Skaraborgs län. Ett öppenvårdsteam inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och ett öppenvårdsteam inom allmänpsykiatrin med gemensamt upptagningsområde har arbetat med gemensamma fördelningskonferenser och behandlingskonferenser varje vecka. Speciellt har uppmärksammats barn till psykiskt störda föräldrar.

Inom Nacka-Värmdö Psykiatriska Sektor var "Värmdö-projektet" 1977—1983 ett försöksprojekt med nära samverkan mellan ett team från den öppna psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) och ett team från den öppna vuxenpsykiatrin. Försöksverksamheten avsåg att pröva och utveckla lämpliga samarbetsformer. Projektledare har varit vuxenpsykiater Johan Cullberg och barn- och ungdomspsykiater Jan Jacobson. I en slutrapport från Utvärderingsenheten, Nacka-Värmdö Psykiatriska Sektor, mars 1983, redovisas erfarenheterna. Samverkan fortgår nu enligt den modell som utvecklades under projekttiden. En omfattande redogörelse för projektet är under utarbetande.

Samverkan med omsorgsverksamheten

En form av samarbete, som finns bl.a. i Kristianstad, Göteborg och Örebro, är att en barn- och ungdomspsykiater på halvtid är anställd inom omsorgsverksamheten med speciell inriktning på barn och ungdomar. Härigenom etableras en naturlig och nära samverkan, där omsorgsverksamhetens behov av insatser från barn- och ungdomspsykiatrin i viss mån kan tillgodoses.

För den speciella gruppen inom omsorgsverksamheten som utgörs av de barndomspsykotiska finns olika samverkansmodeller. På flera håll, bl.a. i Skövde, finns särskilda grupper med deltagare från omsorgsverksamheten och barn- och ungdomspsykiatrin för samråd kring allmänna frågor rörande de barndomspsykotiska. Psykologer från barn- och ungdomspsykiatrin arbetar också i direkt behandlingsarbete med de psykotiska barnen och handleder dessutom olika kategorier inom omsorgsverksamheten. Vid några barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, bl.a. i Göteborg och Karlstad, finns vårdavdelningar eller behandlingshem för barndomspsykotiska. Det finns också dagvård och speciella skolklasser.

Inom några områden, bl.a. i Göteborg samt i Uppsala läns landsting och Västerbottens läns landsting har barn- och ungdomspsykiatrin i samverkan med omsorgsverksamheten gjort en inventering av förekomsten av barndomspsykotiska barn och ungdomar. Man har också tillsammans utarbetat riktlinjer för habilitering. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Regionssjukhuset i Umeå har en omfattande dokumentation av den i Västerbottens läns landstings utförda undersökningen: Barndomspsykoser — försummade handikapp? Epidemiologi och habilitering i ett glesbygdslän. Michael Bohman m.fl. Läkartidningen nr 24/81.

10 Lagar som berör den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten

10.1 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

10.1.1 Hälso- och sjukvårdslagens tillämplighet på den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten

I det betänkande, som låg till grund för den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen[1], anfördes i specialmotiveringen till den bestämmelse som avsåg att ange lagens tillämpningsområde (1 §) följande: "den psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) berör vi inte i vårt betänkande. I den delen vill vi endast erinra om att föredragande departementschefen i prop. 1979/80:1 uttalat sig för att frågan om huvudmannaskapet för PBU bör utredas särskilt."

I propositionen till hälso- och sjukvårdslagen togs inte frågan om barn- och ungdomspsykiatrins ställning upp särskilt.

Överväganden

Det uttalande, som återfinns i det ovan nämnda betänkandet, kan enligt vår mening inte tolkas så att den verksamhet som bedrivs under beteckningen PBU inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Det är inom Stockholms läns landsting som öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet bedrivs under detta namn i särskild organisatorisk form. Emellertid skiljer sig PBU-verksamheten till sitt principiella innehåll inte från motsvarande öppna verksamheter i landet i övrigt.

I förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen har framhållits att avgränsningen av hälso- och sjukvården mot andra verksamhetsområden innebär vissa problem. Detta gäller inte minst den psykiatriska verksamhetens samband med socialtjänsten. Om den psykiatriska vården har i förarbetena sagts att de förebyggande, uppspårande, utredande och behandlande uppgifterna rörande sjukdom och skada i hög grad berör även denna verksamhet samt att det inte har ifrågasatts att psykiatrisk vård hör till hälso- och sjukvården.

Barn- och ungdomspsykiatrin är en etablerad medicinsk specialitet. Med hänsyn härtill och till det faktiska arbete som bedrivs inom verksamheten anser vi att hälso- och sjukvårdsutredningens uttalanden inte kan tolkas på annat sätt än att även den öppna barn- och ungdomspsy-

[1] Mål och medel för hälso- och sjukvården SOU 1979:78

kiatriska verksamheten vilken betecknas PBU faller under hälso- och sjukvårdslagen. Det är f.ö. vanligt att det i en av barn- och ungdomspsykiatrin gjord behandlingsplan för en enskild individ ingår såväl behandling inom den öppna verksamheten som i sluten vård. Det skulle medföra betydande såväl principiella som praktiska nackdelar om endast den slutna vården skulle anses höra under hälso- och sjukvårdslagen. Enligt vår mening är, såsom vi framhållit i tidigare avsnitt, såväl öppen som sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård en verksamhet beträffande vilken hälso- och sjukvårdslagen äger tillämpning.

10.1.2 Politisk ledning

I 10 § HSL anges att "ledningen av hälso- och sjukvården utövas av en hälso- och sjukvårdsnämnd, i den mån inte annat följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179). Landstingskommunen får tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt annan nämnd att vara hälso- och sjukvårdsnämnd."

Inom Stockholms läns landsting ansvarar sociala nämnden för den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet som bedrivs under benämningen PBU. Detta har sitt ursprung i tiden före Stockholms kommuns uppgående i Stockholms läns landsting år 1971. Den slutna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, liksom viss öppenvårdsverksamhet, sorterar under hälso- och sjukvårdsnämnden. Inom Stockholms län har denna uppdelning mellan nämnderna, som ursprungligen startade på försök, enligt uppgift fallit väl ut och är politiskt förankrad.

Frågan om det enligt hälso- och sjukvårdslagen är möjligt att låta annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnden ansvara för hälso- och sjukvård har berörts i ett uttalande från socialstyrelsen rörande PBU i Stockholms läns landsting. Socialstyrelsen har därvid som sin uppfattning uttalat följande.

> Enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen skall ledningen av hälso- och sjukvården utövas av en hälso- och sjukvårdsnämnd. Den nuvarande ordningen med sociala nämnden som politiskt ansvarig för PBU-verksamheten i Stockholms läns landsting, står därför inte i överensstämmelse med HSL:s bestämmelser och PBU-verksamheten ifråga måste därför överföras från sociala nämndens verksamhetsområde till landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. I den mån man inom landstinget inte är beredd att göra denna förändring måste denna fråga bli föremål för lagändring.

Den reglering, som gjorts i hälso- och sjukvårdslagen beträffande den organisatoriska uppbyggnaden avser sålunda en politisk styrelse, hälso- och sjukvårdsnämnd, och möjligheter för huvudmännen att inrätta förtroendemannaorgan som är underställda denna nämnd.

Överväganden

Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet sorterar i samtliga landsting under hälso- och sjukvårdsnämnd. Undantag utgör större delen av den öppna verksamheten i Stockholms läns landsting.

Stockholms län intar främst genom sin befolkningsmässiga storlek en särställning i förhållande till övriga län. Detta förhållande har medfört att det i vissa fall har ansetts nödvändigt att i lagstiftning som rör landstingskommunala verksamheter m.m. göra undantag för Stockholms län. Sålunda innehåller kommunallagen (1 kap. 4 § andra stycket) vissa särbestämmelser avseende Stockholms län. Sådana återfinns även i lag om skatteutjämning i Stockholms läns landstingskommun (1982:1070) och i lag om huvudmannaskap för viss kollektiv persontrafik (1978:438).

De speciella förhållanden som råder i Stockholms län har således i vissa fall ansetts motivera undantag från vad som annars gäller generellt. När det gäller den öppna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Stockholms län har den sina rötter dels i den verksamhet som startade inom Stockholms kommuns barnavårdsnämnd och där benämndes PBU, dels i den verksamhet som bedrevs av Stockholms län före sammanslagningen år 1971. Som framgår av redogörelsen för den nuvarande barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten är den verksamhet som bedrivs inom Stockholms län mycket omfattande.

Med hänsyn till de speciella förhållandena inom Stockholms län, barn- och ungdomspsykiatrins uppkomst och utveckling i länet och den erfarenhet som vunnits av nuvarande ordning allt sedan 1971 bör en lösning anvisas som rimmar med det politiska samförstånd som råder i frågan inom landstinget. Vi föreslår därför en lag med vissa bestämmelser om öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Stockholms läns landstingskommun med följande innehåll.

Utan hinder av vad som är föreskrivet i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får Stockholms läns landstingskommun uppdra åt en annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnden att handha förvaltning och verkställighet av öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i landstingskommunen.

Detta förslag medför ej några särskilda kostnadskonsekvenser för huvudmännen.

10.1.3 Medicinskt ledningsansvar

En fråga som tilldrog sig stor uppmärksamhet vid utarbetandet av hälso- och sjukvårdslagen var om denna borde innehålla bestämmelser om att någon bör ha det medicinska ledningsansvaret.

Bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret fanns i den sjukvårdslagstiftning, som gällde intill utgången av år 1982. För den slutna vårdens del reglerades frågan i 16 § sjukvårdslagen och för den öppna vårdens vidkommande i 29 § sjukvårdskungörelsen.

Lagstiftarna stannade för att även den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL) borde innehålla bestämmelser om medicinskt ledningsansvar.

Enligt 14 § första stycket HSL skall sålunda en särskild läkare finnas som ansvarar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som landstingskommunen bestämmer, t.ex. en sjukhusklinik eller öppenvårdsmottagning. Eftersom barn- och ungdoms-

psykiatrin är en verksamhet på vilken hälso- och sjukvårdslagen är tillämplig gäller bestämmelsen i 14 § HSL även denna verksamhet och detta oavsett om det är fråga om en sjukhusklinik eller en öppenvårdsmottagning. I propositionen 1981/82:97 med förslag till hälso- och sjukvårdslag m.m. (s. 130) anges att ledningsansvaret bl.a. innebär ansvar för diagnos, vård och behandling i det enskilda fallet samt det yttersta ansvaret för att den underställda personalen fullgör sina medicinska åligganden.

I 14 § tredje stycket HSL intogs en särskild bestämmelse om att regeringen och efter regeringens bemyndigande socialstyrelsen i vissa fall skall kunna medge dispens från kravet på att någon skall ha det medicinska ledningsansvaret.

I denna del anförde departementschefen följande i propositionen till HSL (s. 82).

> Jag finner det vara angeläget att det ges möjlighet för huvudmännen att, när vårdmässiga och organisatoriska skäl talar för det, i enskilda fall få dispens från lagens bestämmelser om det medicinska ledningsansvaret. Det kan t.ex. vara befogat att undanta vissa verksamheter från reglerna om medicinskt ledningsansvar, när de socialmedicinska aspekterna på vården och behandlingen är av avgörande betydelse. Det kan vidare vara rimligt att överväga att ge dispens från bestämmelserna om det medicinska ledningsansvaret, när det faktiska ansvaret för vården ligger på någon annan än läkare. Så är t.ex. ofta fallet vid ett sjukhem, där en sjuksköterska har det löpande vårdansvaret och läkaren endast tjänstgör ett fåtal timmar i veckan.
>
> Läkare skulle om dispens ges snarast få ställning som konsult. Samma synsätt kan också tillämpas på avdelningar för sjukgymnastisk behandling.
>
> Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården kan vidare vara av den karaktären att de snarare hör hemma inom det tekniska än det medicinska kompetensområdet. Detta kan exempelvis gälla medicinskt-tekniska avdelningar, avdelningar för sjukhusfysik och liknande enheter.
>
> Även när det gäller verksamhet av denna tekniska natur bör huvudmannen i enskilda fall kunna få dispens från lagens bestämmelser så att verksamheten ifråga undantas från det medicinska ledningsansvaret.
>
> Att viss verksamhet undantas från medicinskt ledningsansvar innebär självklart ingen ändring vad gäller vederbörande läkares ansvar för undersökning, diagnos och behandling av varje enskild patient och i samband därmed utfärdade ordinationer och remisser.

Socialstyrelsen har i meddelandebland nr 41/82 i samråd med Landstingsförbundet redovisat sin syn på vissa frågor om dispens från medicinskt ledningsansvar.

Vi har inom kommittén diskuterat om vi bör föreslå en ändring av bestämmelsen i 14 § HSL. Frågan har diskuterats inom barn- och ungdomspsykiatrin och bl.a. aktualiserats av att man inom PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting bedriver en försöksverksamhet där annan än läkare har det övergripande ansvaret. Man har därvid valt att benämnda detta ansvar "ett övergripande behandlingsansvar". I det övergripande behandlingsansvaret ingår ansvarsdelar som anses falla under medicinskt ledningsansvar.

Redan i hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande togs frågan

upp om det medicinska ledningsansvaret borde vara förbehållet läkare.

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) anförde härom:

Många beslut inom hälso- och sjukvården är av sådan karaktär att det krävs högsta sakkunskap och speciell erfarenhet hos beslutsfattaren. Besluten måste ofta fattas efter en sammanvägning av olika medicinska och andra experters bedömningar. Detta gäller exempelvis vid kirurgiska operationer och i andra sammanhang då i praktiken alla åtgärder har ett avgörande medicinskt innehåll samt snabba och korrekta beslut är nödvändiga - vi förutsätter därför att i vårdorganisationen finns befattningshavare med övergripande beslutsfogenheter i medicinska frågor, dvs. med ett medicinskt ledningsansvar.

Ett slopande av det medicinska ledningsansvaret för viss verksamhet skulle enligt HSU innebära att man överlåter åt arbetsgivare att efter förhandlingar med arbetstagarparterna fastställa ledningsorganisationen. I och för sig, förklarade HSU, vore det tänkbart att överlåta det medicinska ledningsansvaret på annan än läkare, men det skulle kunna medföra större risker än annars för att de medicinska bedömningarna inte blev utslagsgivande i hälso-och sjukvårdsverksamheten. En sådan ordning befarade HSU skulle kunna medföra oklarheter om ansvarsförhållanden inom organisationen. Utredningen fann att övervägande skäl talade för att generellt bibehålla ordningen med läkare som medicinskt ledningsansvarig. I kraft av sin utbildning är allmänt sett en läkare den mest kompetente att i det enskilda fallet ta ställning till de rent medicinska problemen, påpekade utredningen.

I flera remissyttranden framfördes synpunkter på frågan om det medicinska ledningsansvaret. Bl.a. anfördes att "utvecklingen inom hälso- och sjukvården, varvid bl.a. sociala och psykiska faktorer kommit att tillmätas en ökad betydelse som sjukdomsorsak, motiverade att även andra yrkesgrupper än läkare — t.ex. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och sjukgymnaster — kan åläggas ett medicinskt ledningsansvar."

I propositionen till hälso- och sjukvårdslagen anförde departementschefen följande i denna fråga.

Jag är medveten om att förhållandena inom vissa verksamhetsområden, bl.a. inom delar av den psykiatriska vården, är sådana att det redan i dag kan övervägas att lägga delar av ledningsansvaret på någon annan än läkare. Det förefaller troligt att utvecklingen inom hälso- och sjukvården kommer att förstärka behovet av alternativa lösningar, när det gäller ledningen av verksamheten. I likhet med HSU anser jag emellertid att det i de allra flesta fall är nödvändigt att lägga det medicinska ledningsansvaret på en läkare. Som jag redan har utvecklat menar jag att detta ansvar av flera skäl bör vara angivet i lag. Jag föreslår i likhet med utredningen att det medicinska ledningsansvaret läggs på läkare i ledande ställning.

De läkare som har det medicinska ledningsansvaret bör enligt min mening preciseras i den nya lagen. Jag föreslår således att det skall finnas överläkare eller distriktsläkare som har ansvaret för att leda den medicinska verksamheten inom sina respektive verksamhetsområden. Jag föreslår vidare att annan läkare skall kunna förordnas att fullgöra viss del av en överläkares eller distriktsläkares åligganden. Det är självklart att dessa läkare har specialistbehörighet inom verksamhetsområdet.

I mars 1983 beslutade regeringen om en översyn av vissa ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården.

I utredningens direktiv (dir. 1983:35) motiverades en översyn av ansvarsfrågorna bl.a. utifrån följande förhållanden.

- ☐ Flera yrkesgruppers verksamhetsområden har under senare år vidgats.
- ☐ Arbetsuppgifter som tidigare var förbehållna en viss yrkesgrupp utförs numera även av andra.
- ☐ Statsmakterna har vidtagit åtgärder för att utvidga vissa yrkesgruppers ansvarsområden.
- ☐ Ansvarsbestämmelserna har inte anpassats till ändrade förhållanden.

År 1984 avlämnade utredningen ett betänkande "Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård (Ds S 1984:12)". I betänkandet berörs inte frågan om annan än läkare skall kunna ha det medicinska ledningsansvaret. Betänkandet har varit föremål för remissbehandling. Av särskilt intresse i detta sammanhang är det yttrande som Landstingsförbundet avgett. I detta anförs bl.a.

Utredningen (SOU 1984:39) Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90) förordar förändringar på många områden inom hälso- och sjukvården. HS 90 anser att den sjukhuslokaliserade vården bör koncentreras till sådan vård som ställer krav på tillgång till vårdplatser för observation, övervakning, särskilt resurskrävande diagnostik och behandling eller utpräglat specialistkrävande diagnostik och behandling eller utpräglat specialistkunnande. Den decentraliserade vården (särskilt primärvården) bör enligt HS 90 läggas ut så att den kan överta betydande delar av sjukhusens vårdfunktioner. En bättre samordning mellan de olika vårdnivåerna blir därmed också nödvändig. Gemensamma vårdavdelningar för flera specialiteter ses som en möjlighet att effektivisera och förbättra vården. Utvecklingen innebär också att gränsen mellan sluten och öppen vård luckras upp. Sammantaget innebär HS 90:s förslag stora krav på strukturförändringar och omfördelning av resurser inom hälso- och sjukvården.

Syftet med HS 90:s förslag är att ange förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som på ett bättre sätt svarar mot befolkningens behov. En sådan utveckling förutsätter en flexibel hälso-och sjukvårdsorganisation byggd på initiativ och ansvarstagande hos all hälso- och sjukvårdspersonal samt ett stort utrymme för lokala lösningar när det gäller organisation och arbetsformer.

Mot dessa krav på långtgående förändringar måste utredningens tolkning av begreppet medicinskt ledningsansvar ställas. Först genom utredningens juridiskt/tekniska analys står det klart att en rad viktiga konsekvenser för hälso- och sjukvården inte varit förutsebara vid lagens tillkomst. Det kan också konstateras att utredningens beskrivning av rättsläget lägger hinder i vägen för en utveckling enligt HS 90:s krav på strukturförändringar.

Förbundsstyrelsen kan mot denna bakgrund inte ställa sig bakom utredningens förslag. Innebörden av det medicinska ledningsansvaret måste vara anpassad till de faktiska förutsättningarna för en god hälso- och sjukvård som råder idag och till den utveckling som vi eftersträvar i framtiden. Styrelsen motsätter sig därmed att utredningens förslag får ligga till grund för författningsreglering och riksdagsbehandling. Med det framtidsperspektiv som beskrivits ovan bör det medicinska ledningsansvaret i stället bli föremål för en förnyad utredning.

Regleringen av ansvarsfrågorna inom hälso- och sjukvården är svåröverskådlig och snårig. Det är näst intill omöjligt för såväl vårdpersonal som patienter att

känna till och förstå detta komplicerade regelverk. Av flera skäl inte minst ur demokratisk synvinkel är detta förhållande oacceptabelt. I den översyn som förbundsstyrelsen förutsätter kommer till stånd måste arbetet gå ut på att skapa ett enkelt regelsystem med möjligheter till lokal anpassning av organisationen.

Överväganden

Barn- och ungdomspsykiatrin är en av flera verksamheter inom hälso- och sjukvården. Som framgått av det tidigare anförda har frågor om medicinskt ledningsansvar diskuterats inte bara inom barn- och ungdomspsykiatrin utan också inom andra hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Det regelsystem som finns när det gäller ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården är, som Landstingsförbundet påpekat, svåröverskådligt och invecklat. De regler som finns gäller inte bara inom barn- och ungdomspsykiatrin utan även inom övrig hälso- och sjukvård. Mot bakgrund härav anser vi att frågan om medicinskt ledningsansvar liksom övriga ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården bör ses i ett sammanhang. Det är enligt vår mening angeläget att dessa frågor blir föremål för utredning innan förslag läggs fram. Ett fortsatt arbete med hithörande frågor har också aviserats i regeringens prop. 1984/85:181. Vi anser det därför inte vara lämpligt att vi särskilt beträffande barn- och ungdomspsykiatrin behandlar detta problemområde.

10.2 Tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal samt behörighetsbestämmelser m.m.

Tillsynen över yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården och närliggande områden utövas dels av staten, dels av arbetsgivarna.

Statens tillsyn riktar sig dels mot yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i deras egenskap av offentliga tjänstemän, dels mot sådana yrkesutövare oavsett verksamhetsområde. Avgörande för tillsynens omfattning är begreppet hälso- och sjukvårdspersonal i den betydelse som lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (den s.k. tillsynslagen) anger. Till hälso- och sjukvårdspersonalen hör — i stort sett — förutom alla anställda inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården även legitimerade yrkesutövare i enskild tjänst och de som biträder sådana yrkesutövare samt anställda vid apotek.

Socialstyrelsen är enligt instruktionen (1981:683) för socialstyrelsen central förvaltningsmyndighet för bl.a. hälso- och sjukvården, tandvården och läkemedelsförsörjningen och svarar för tillsynen över dessa verksamhetsgrenar. Tillsynen skall ske med beaktande av huvudmännens självständighet och behovet av att anpassa verksamheten efter lokala förhållanden.

Av tillsynslagen framgår alltså att hälso- och sjukvårdspersonalen i sin yrkesutövning står under tillsyn av socialstyrelsen. Styrelsen eller den styrelsen förordnar har rätt att inspektera personalens verksamhet. Efter anmaning skall en yrkesutövare lämna styrelsen de handlingar och

upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för tillsynen. Av styrelsens tillsynsfunktion följer också att yrkesutövarna i princip har att följa de föreskrifter som styrelsen utfärdar för yrkesutövningen.

Frågor om disciplinansvar och om återkallelse av meddelade legitimationer m.m. prövas av en särskild, från socialstyrelsen fristående nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Ärenden om disciplinansvar kan prövas av nämnden bl.a. efter anmälan av socialstyrelsen.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa, får disciplinpåföljd i form av erinran och varning åläggas honom. Förutom dessa tillsynsinstrument finns, med avseende på de legitimerade yrkesutövarna, möjligheten till återkallelse av legitimationen och begränsning av rätten att föreskriva narkotiska läkemedel och teknisk sprit.

Behörighetsbestämmelser m.m.

I 13 § HSL anges att det i hälso- och sjukvården skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård. I förarbetena till lagen (prop. 1981/82:97) konstateras att en god hälso- och sjukvård förutsätter att det finns välutbildad och kompetent personal.

Bestämmelsen i 13 § HSL omfattar all personal som behövs för en rationell och ändamålsenlig vård. Däremot innebär inte 13 § något konkret krav på huvudmannen att anställa personal av visst slag. Den enda bestämmelsen härom är den som finns i 14 § HSL, för vilken redogörelse lämnats i avsnitt 10.1.3.

I 16 § HSL bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning. Regeringen kan också överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Regeringen beslutade 1980 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en allmän översyn av bestämmelserna om legitimation och behörighet inom hälso- och sjukvården. Kommittén, som antog namnet 1981 års behörighetskommitté, avlämnade år 1983 ett betänkande (SOU 1983:33). I detta lämnas förslag rörande behovet av legitimation och andra av socialstyrelsen utfärdade kompetensbevis. Kommittén har i betänkandet även tagit upp frågan om behovet av en statlig reglering för yrkesutövning, för användande av yrkesbeteckning m.m. och för kompetensen hos personal inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Riksdagen har därefter antagit en lag om behörighet att utöva yrket inom hälso- och sjukvården m.m. (SFS 1984:542). I allt väsentligt har därvid behörighetskommitténs förslag godtagits.

När det gäller den landstingskommunala hälso- och sjukvården anförs i betänkandet att behovet av statliga föreskrifter om personalens kompetens till förmån för patientsäkerheten måste vägas främst mot de krav som den kommunala självstyrelsen ställer och risken för administrativa låsningar. Kommittén föreslog därför att föreskrifter endast skulle finnas för ett mindre antal yrkesgrupper. Grupperna barnmorskor, läkare, sjuksköterskor och tandläkare intar enligt kommittén en

särställning i förhållande till patientsäkerheten. Kommittén ansåg därför att en statlig reglering kunde begränsas till dessa grupper. Dessa grupper har för övrigt sedan länge omfattats av behörighetsbestämmelser för tjänst.

När det gäller fråga om legitimation m.m. föreslog kommittén att bestämmelser om legitimation skall gälla för de grupper av yrkesutövare, som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett stort ansvar för patienternas säkerhet i vården. Särskild vikt bör då läggas vid att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, som t.ex. fria yrkesutövare. De gällande bestämmelserna borde därför behållas för grupperna barnmorskor, glasögonoptiker, läkare, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandläkare. Dessutom borde bestämmelser om legitimation införas för gruppen logopeder.

För att öka säkerheten för de patienter som söker psykoterapeutisk behandling föreslog kommittén att yrkesutövare som har psykoterapeutexamen eller motsvarande utbildning skall kunna föras in i en särskild förteckning, vilken bör föras av socialstyrelsen. Den som blir införd i förteckningen ställs under socialstyrelsens tillsyn. Fr.o.m. den 1 januari 1985 kan psykoterapeuter erhålla legitimation.

Kommittén ansåg vidare att bestämmelserna om rätt att utöva yrke som barnmorska, läkare och tandläkare bör behållas. Vad gäller yrkestiteln läkare och andra titlar som kan ge sken av att en yrkesutövare har kompetens som läkare anförde kommittén att dessa titlar f.n. är rättsligen skyddade. Kommittén föreslog att skyddet behålls och utvidgas till att omfatta även tandläkartiteln. Därutöver behövdes enligt kommitténs mening ett skydd för beteckningen legitimerad i förening med yrkestitel, t.ex. legitimerad barnmorska, beteckningen specialistkompetent m.m. och för dem som registrerats med viss utbildning i psykoterapi.

Behörighetskommittén har i sitt betänkande även berört frågan om behovet av statliga behörighetsregler när det gäller kuratorerna inom hälso- och sjukvården. I betänkandet anförs sammanfattningsvis bl.a. följande: "Det är uppenbart att kuratorer inom hälso- och sjukvården har en för vården och patienterna mycket väsentlig funktion att fylla. För kuratorers självständiga arbetsuppgifter, med krav på bedömningar som är av avgörande betydelse för patienterna, krävs en kvalificerad utbildning. Kuratorernas arbetsuppgifter har likväl inte betydelse för patientsäkerheten av den grad, att det enligt kommitténs bedömning finns anledning för staten att i någon form rättsligt reglera t.ex. yrkesutövningen eller kompetensen för verksamhet inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården."

Den av riksdagen antagna lagen innehåller inte heller några särskilda behörighetsregler för kuratorerna.

Överväganden

När det gäller den hälso- och sjukvård som bedrivs av landstingen är det huvudmännen som har ansvaret för att det finns den personal som behövs för att meddela god vård. Det är naturligt att huvudmännen i sitt

ansvar för bl.a. kvalitet och säkerhet strävar efter att vid anställning finna den yrkesutövare, som har den adekvata kompetensen i form av utbildning och erfarenhet för sina arbetsuppgifter.

Genom det demokratiska inflytandet över landstingens verksamhet finns goda möjligheter till insyn i den offentliga hälso- och sjukvården, till vilken barn- och ungdomspsykiatrin hör. Detta förhållande begränsar, som behörighetskommittén funnit, behovet av detaljerade föreskrifter och kontroll för att garantera patienternas säkerhet.

Härtill kommer den av statsmakterna vid skilda tillfällen uttalade inriktningen att den statliga regleringen av landstingens och kommunernas verksamhet i största möjliga utsträckning bör begränsas.

Inom socialstyrelsen pågår f.n. arbete med att i en rapport ta upp frågan om personalens kompetens inom psykiatrin. Denna rapport kommer enligt vad som inhämtats också att innehålla synpunkter på kompetensen hos personalen inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Med hänsyn till det anförda anser vi oss sakna anledning att närmare gå in på frågor som rör kompetensen för den personal som arbetar inom barn- och ungdomspsykiatrin.

10.3 Lagen (1962:381) om allmän försäkring

När det gäller lagen om allmän försäkring har Landstingsförbundet till oss överlämnat tre skrivelser rörande försäkringsersättning vid behandlingsarbete inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Inom barn- och ungdomspsykiatriskt behandlingsarbete förekommer ofta den behandlingsmetoden att hela familjen behandlas med familjeterapi i öppen vård eller med inskrivning av hela familjen för sluten vård vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

I de fall föräldrarna själva är sjuka med nedsatt arbetsförmåga kan dessa sjukskrivas och erhåller därvid ersättning för inkomstbortfallet. Några ersättningsproblem föreligger således inte i dessa fall.

Om föräldrarna på grund av sjukdom inte har nedsatt arbetsförmåga kan de enligt nuvarande regler inte sjukskrivas. En förälder kan dock erhålla tillfällig föräldrapenning under högst 60 dagar per barn och år vid akut uppkomna situationer, om föräldern behöver ta ledigt för att exempelvis följa barnet till läkare. Härvid gäller dock f.n. att barnet i fråga inte skall ha fyllt 12 år.

I de till oss överlämnade skrivelserna har framförts önskemål om att åldersgränsen, 12 år, vid tillfällig föräldrapenning borde höjas så att även föräldrar till barn som fyllt 12 år skall kunna erhålla ekonomisk ersättning vid familjesamtal. Vidare har påtalats att ersättning nu endast kan utgå till *en* förälder vid *ett* tillfälle medan behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatrin ofta kräver flera familjemedlemmars medverkan samtidigt.

Överväganden

Riksdagen har nyligen beslutat om vissa ändringar i lagen om allmän

försäkring, vilka bl.a. rör föräldraförsäkringen. Dessa träder i kraft den 1 juli 1985.

I de delar som nu är av intresse gäller följande

Rätten till tillfällig föräldrapenning vidgas till att omfatta även barn som fyllt 12 år men inte 16 år i de fall barnet vid sjukdom har ett särskilt behov av vård eller tillsyn. Bestämmelsen ifråga (se SFS 1985:83) har följande lydelse.

4 kap 8 a § första stycket

Föräldrapenning för tillfällig vård av barn kan utges för vård av ett barn som fyllt tolv men inte sexton år i de fall barnet på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp är i behov av särskild tillsyn eller vård. För att styrka det särskilda vård- eller tillsynsbehovet skall läkarutlåtande inges.

Vidare innebär ändringarna att i fall båda föräldrarna på läkarens inrådan följer barnet till läkaren eller när båda föräldrarna behöver delta i läkarbesöket som en del i behandlingen av barnet skall ersättning kunna utges till båda föräldrarna.

Förutsättningen härför är antingen att barnet inte har fyllt tolv år eller att det har fyllt tolv år men inte sexton år och sådana förhållanden som anges i 4 kap 8 a § första stycket föreligger.

Vad först gäller höjningen av åldersgränsen framhålls i propositionen att de barn för vilka en utvidgad rätt till föräldrapenning bör gälla kan indelas i två grupper. Dels är det fråga om barn med tidigare kända långvariga sjukdomar eller handikapp som kontinuerligt eller mera tillfälligt behöver hjälp eller tillsyn i sin dagliga tillvaro. För dessa kan det också vara fråga om att de vid tillkommande sjukdomstillstånd behöver ytterligare hjälp. Dels är det fråga om barn som i vanliga fall klarar sig själva men som när de drabbas av en allvarlig sjukdom eller ett handikapp oundgängligen behöver föräldrarnas stöd, hjälp eller omsorg under en begränsad sjukperiod eller vid läkarbesök. För den senare gruppen bör det vara fråga om en skada eller sjukdom av den karaktären att barnet inte bör vistas ensamt hemma på grund av hälsoproblemets allvarliga art.

När det gäller barn med handikapp eller långvariga sjukdomar skall försäkringskassan i förväg med ledning av läkarutlåtande kunna besluta om barnet skall omfattas av föräldrapenningen för tillfällig vård av barn även efter det barnet fyllt tolv år. Härigenom skall föräldrarna kunna få klart för sig om de i princip kan räkna med ersättning från försäkringen när barnet insjuknar.

Ändringen innebär som nämnts även att föräldrapenning för tillfällig vård av barn skall kunna utgå i vissa situationer som f.n. inte täcks av bestämmelserna i föräldraförsäkringen. Sålunda skall föräldrapenning kunna utgå när en förälder avstår från förvärvsarbete för att vårda barn under tolv år eller barn mellan tolv och sexton år, för vilka en särskild rätt till föräldrapenning enligt ovanstående föreligger, om den förälder som normalt vårdar barnet måste besöka läkare med ett annat barn i familjen. Vidare skall föräldrapenning för tillfällig vård av barn under tolv år kunna utgå till båda föräldrarna samtidigt om båda föräldrarna

följer med ett barn till läkare när barnet lider av en allvarlig sjukdom. Detsamma skall gälla om båda föräldrarna som en del i behandlingen av barnet behöver delta i ett läkarbesök eller i någon av läkare ordinerad behandling.

I en motion (257) i anledning av propositionen påpekades att propositionens avsikt varit att utsträcka rätten till föräldrapenning för tillfällig vård av barn att gälla barn mellan tolv och sexton år som på grund av handikapp eller andra särskilda omständigheter har ett särskilt behov av tillsyn under sjukdom. Den föreslagna lagtexten gav enligt motionärerna uppenbarligen rätt till tillfällig föräldrapenning även för barn som inte faller in under de i motivtexten uppställda kriterierna. Motionärerna menade att lagtextens definition av stödbehovet var mycket tänjbar eftersom det räckte med ett läkarintyg för att den aktuella tillfälliga sjukdomen skulle anses ha föranlett ett behov av särskild tillsyn.

Socialförsärkingsutskottet anförde i sitt betänkande (SfU 1984/85:12) följande härom.

Grundförutsättningen för att ett barn mellan tolv och sexton år skall kunna innefattas i rätten till föräldrapenning för tillfällig vård av barn är densamma som gäller för rätten till vårdbidrag, nämligen att barnet på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp är i behov av särskild tillsyn och vård. För rätt till vårdbidrag krävs därutöver att tillsynsbehovet är av en viss varaktighet och att vårdbehovet och merkostnaderna har en viss omfattning. De föreslagna bestämmelserna om föräldrapenning för tillfällig vård av barn är avsedda att tillämpas i enstaka situationer av sjukdom hos barnet m.m. som inte grundat rätt till vårdbidrag men där barnet på grund av omständigheterna i det enskilda fallet är i behov av särskild tillsyn och vård. Med hänsyn till att barnets behov av särskild tillsyn och vård i första hand skall avgöra rätten till föräldrapenning finner utskottet att någon närmare precisering inte bör göras av hur allvarlig en sjukdom skall vara för att föräldrapenning skall kunna utgå när en förälder är hemma från sitt förvärvsarbete för att vårda barnet. Härigenom kan en sammanvägning ske av å ena sidan barnets förmåga att klara sig utan föräldrarnas tillsyn och å andra sidan sjukdomens svårighetsgrad. Utgångspunkten vid tillämpningen av de nya reglerna bör enligt utskottets uppfattning vara att normalt utvecklade och friska barn över tolv år kan klara sig själva utan tillsyn av föräldrarna vid tillfälliga sjukdomar som inte är av allvarlig art eller kräver någon speciell vård.

Med det anförda ansluter sig utskottet till propositionens förslag om utvidgningar av rätten till föräldrapenning för tillfällig vård av barn. Utskottet föreslår dock att möjligheten för båda föräldrarna att få föräldrapenning om de samtidigt följer med barnet till läkare skall finnas även när barnet är mellan tolv och sexton år och att den föreslagna nya 4 kap. 8 a § andra stycket AFL skall kompletteras i enlighet härmed. Vidare föreslår utskottet att i ett tredje stycke till lagrummet i fråga tas in bestämmelser om rätt för försäkringskassan att i förväg besluta om barnet efter fyllda tolv år skall kunna omfattas av bestämmelserna om föräldrapenning för tillfällig vård av barn.

Beträffande möjligheten för båda föräldrarna att samtidigt få ersättning ur föräldraförsäkringen anförde departementschefen följande i den ovannämnda propositionen.

Tillfällig föräldrapenning kan nu inte utges till båda föräldrarna samtidigt för vård av samma barn. Detta bör i princip gälla även i fortsättningen. I vissa

speciella situationer är det dock angeläget att båda föräldrarna samtidigt kan vara med barnet. En sådan situation är när föräldrarna på läkares inrådan följer med barnet till läkare, i de fall barnet lider av en allvarlig sjukdom eller båda föräldrarna behöver delta i läkarbesök som en del i behandlingen av barnet. Som påpekats i remissbehandlingen är familjebehandling av barn och ungdomar inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet exempel på fall där ersättning bör utges.

Enligt vår mening bör den nu gjorda utvidgningen av rätten till tillfällig föräldrapenning för barn mellan 12 och 16 år och rätten för båda föräldrarna att samtidigt erhålla ersättning från föräldraförsäkringen även kunna tillämpas för barn och ungdomar inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Med hänsyn härtill anser vi oss sakna anledning att närmare ta upp frågan om rätt till försäkringsersättning för tillfällig vård av barn som fyllt 12 år.

10.4 Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV)

I LSPV finns bestämmelser om när en enskild vid vissa sjukdomstillstånd kan meddelas vård utan sitt samtycke. Tillstånden sammanfattas med uttrycket psykisk sjukdom. Med psykisk sjukdom jämställs psykisk abnormitet som inte är psykisk sjukdom eller utgörs av hämning i förståndsutvecklingen. Uttrycken är inte definierade i lagtexten. Av lagens förarbeten framgår emellertid att psykisk sjukdom omfattar bl.a. såväl psykoser som neuroser. Psykisk abnormitet är ett omfattande och oklart begrepp. Dess avgränsning mot normalitet anges inte i lagen. Däremot framgår att psykisk utvecklingsstörning inte omfattas av LSPV.

Också psykiska insufficienstillstånd till följd av missbruk av alkohol eller narkotika faller under lagen.

För att LSPV skall vara tillämplig fordras att sjukdomstillståndet är allvarligt. Sluten psykiatrisk vård skall vara oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad. Detta betyder att såväl sjukdomens art som dess utveckling i det enskilda fallet (grad) skall vara så allvarlig att psykiatrisk vård på sjukhus inte kan undvaras.

Förutom allvaret i sjukdomstillståndet fordras för att lagen skall vara tillämplig att sjukdomen yttrar sig på visst sätt. Yttringarna, kallade specialindikationer, är uppräknade i 1 § första stycket a)-e).

LSPV får i princip tillämpas endast vid offentliga sjukvårdsinrättningar. Sedan den 1 januari 1983 gäller dock att också andra vårdinstitutioner efter regeringens bestämmande i det enskilda fallet kan ta in patienter med stöd av LSPV (2 § första stycket). Bakgrunden till ändringen är att åstadkomma en mer decentraliserad psykiatrisk vård och att vissa patienter med fördel kan vårdas på mindre vårdenheter.

Intagningen enligt LSPV kan ske antingen genom beslut av läkare eller efter förordnande av domstol i brottmål. Vid intagning efter beslut av domstol fordras ingen ytterligare prövning eller formell förutsättning utöver domen. Vid annan intagning krävs ett vårdintyg utfärdat av en

läkare samt ett beslut om intagning av en läkare. Inom åtta dagar efter intagningen skall överläkaren på den klinik där intagningen har skett pröva om vård kan ges med stöd av lagen.

I LSPV ges ingen närmare beskrivning av de åtgärder som får vidtas med stöd av lagen.

Den allmänna regeln om behandlingsåtgärder finns i 13 §. Av paragrafen framgår att en patient får hindras att lämna sjukhuset. Detta innebär att patienten får låsas in. Han får i övrigt underkastas det tvång som är "nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen".

Ändamålet med vården är att patienten skall tillfriskna eller avsevärt förbättras. Det tvång som främst inryms här är medicinering mot patientens vilja. Den yttersta gränsen för vilka behandlingsåtgärder som får vidtas bestäms av kravet på vetenskap eller beprövad erfarenhet.

Skyddet för patienten själv eller omgivningen inbegriper också andra tvångsåtgärder. Exempel på sådant tvång är fastlåsning i bälte.

Som framgått av redogörelsen för den nuvarande barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten finns det ett mindre antal ungdomar som bereds för vård med stöd av LSPV.

Socialberedningen har nyligen avgett ett betänkande (Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984:64) som innehåller förslag till ny psykiatrisk tvångslagstiftning. Betänkandet är då detta skrivs efter remissbehandling föremål för överväganden inom regeringskansliet.

10.5 Sekretesslagen (1980:100, omtryckt 1982:1106)

Bestämmelser om sekretess för uppgifter om enskilds personliga förhållanden inom de vårdområden som nu är aktuella finns i 7 kap. sekretesslagen (SekrL). Som regel råder en sträng sekretess. Detta innebär att sådana uppgifter inte får lämnas ut vare sig till enskilda personer, till andra myndigheter eller mellan självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet, om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Man skall därvid ta hänsyn till hur den som uppgiften rör skulle uppleva det om uppgiften sprids till andra.

Från sekretessen kan undantag göras enligt 1 kap 5 § SekrL och 14 kap SekrL. Undantagen från sekretessen är dock inte lika vidsträckta inom hälso- och sjukvården, omsorgsverksamheten och socialtjänsten som inom övriga områden. Detta har i vissa sammanhang ansetts vara ett hinder för samverkan mellan olika vårdområden.

Som tidigare sagts (avsnitt 9.6) har vi emellertid inte ansett oss i detta betänkande böra framlägga några förslag till ändringar i sekretesslagen. Dessa frågor bör enligt vår mening övervägas i ett vidare sammanhang. Vi anser också att det finns anledning att först utvärdera de olika samverkansmodeller som nu förekommer i landet, innan slutlig ställning tas till vilka ändringar i sekretesslagen som eventuellt behövs.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av Inger Claesson Wästberg (fp)

Alltför många barn och ungdomar i Sverige idag mår dåligt — trots ökningen av experter i olika organisationer. Samtidigt vet vi — och det har varit en av utredningens utgångspunkter — att åtskilliga av de sociala handikapp som människor har i vuxen ålder bottnar i den tidiga barndomens upplevelser. Det är därför nödvändigt att samhället sätter in sina främsta resurser under denna period i en människas liv.

Jag vill understryka vikten av att man prövar att koncentrera landstingens resurser för barn och ungdom i särskilda barncenter. Just för barn med särskilda behov skulle detta — som bl. a. påpekas i folkpartiets rapport "Det glömda Sverige" — innebära en kraftsamling. Barncentret kan t. ex. för skolhälsovården bli en samlad resurs.

Det är olyckligt att utredningen inte närmare utrett möjligheten att utveckla barncentra inom landstinget.

Särskilt yttrande av Emy Karlsson

Angående kompetens för teampersonal inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Jag delar kommitténs uppfattning, att barn- och ungdomspsykiatrin skall vara en specialverksamhet, som med sina resurser på olika angivna sätt skall komma målgruppen barn/ungdomar och familjer till godo.

Däremot anser jag inte, att kommittén tagit konsekvenserna av detta resonemang genom att ange — eller uppdra åt tillsynsmyndigheten att specificera — den kunskap, kompetens och erfarenhet av olika slag, som fullgörandet av de olika kvalificerade arbetsuppgifterna kräver.

Barn- och ungdomspsykiatrins teampersonal är idag välutbildad och kunnig. Det är ett känt faktum, att denna kompetens till viss del tillskapats tack vare att vissa personalgrupper själva tagit ansvar för fort- och vidareutbildning i olika former, inte sällan på egen bekostnad och med stora privata tidsinsatser. Arbetsuppgifternas art, svårighetsgrad och mångsidighet har krävt detta av personalen. De för verksamheten ytterst ansvariga, lokala och centrala politiker och tjänstemän, har ej alltid insett nödvändigheten av fort-, vidareutbildning och handledning och tagit sitt ansvar för detta. Jag finner detta otillfredsställande.

Det är också förvånande och beklagligt, att den första statliga parlamentariska utredning i Sverige, som behandlar barn- och ungdomspsykiatrin, förbigår denna problemställning samtidigt som kommittén betonar, att verksamheten skall vara den resurs i samhället på vilken både barnfamiljer och de olika myndigheter som arbetar med barn och familjer skall kunna ställa stora krav, när det gäller kvalificerade insatser av olika slag.

Redan på 1950-talet yttrade sig dåvarande Medicinalstyrelsen över behörigheten hos sökande till kurators- och psykologbefattningar inom barn- och ungdomspsykiatrin. När verksamheten började byggas ut i större utsträckning uttalade sig Medicinalstyrelsen i cirkulär den 23/2 1962 angående kompetenskrav för viss personal inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Vad som senare skett är att psykologerna legitimerats (1979) efter fem plus ett års studier.

Sakläget idag är, att samhället endast för läkarpersonalen anger krav (specialistutbildning i barn- och ungdomspsykiatri). Inom barn- och ungdomspsykiatrin har den s. k. teampersonalen sedan länge haft stort självständigt ansvar för diagnostik och behandling. Utvecklingen även inom övrig hälso- och sjukvård går för övrigt alltmera i denna riktning.

Med de krav som idag ställs och som också framhålls i detta betänkande måste det vara ytterst angeläget att värna om och slå fast relevant kompetens hos samtliga teammedlemmar.

Det behövs således en fördjupad men samtidigt bred kompetens i form av teamsamverkan för att rätt möta och behandla barn och familjer med komplicerad problematik. Enligt min uppfattning finns det av och till i betänkandetexten en tendens till övertro på den s. k. basnivåns möjligheter att "avlasta" barn- och ungdomspsykiatrin.

Angående kommitténs förslag till författningsändring, vilken föreslås gälla enbart Stockholms läns landsting.

Kommittén föreslår, att Stockholms läns landsting "skall få uppdra åt annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnd att handha förvaltning och verkställighet av öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet" med huvudsaklig motivering, att Stockholms läns landsting intar en särställning p. g. a. sin storlek. I övrigt är det kommitténs uppfattning, vilken jag delar, att den öppna och slutna barn- och ungdomspsykiatrin i Stockholm i grunden är samma slags verksamhet som den är i landet i övrigt.

Jag anser, att skälet för speciallagstiftning i denna fråga enbart för Stockholms läns landsting är otillräckligt. Däremot tillstyrker jag förslaget till lagändring om orden "Stockholms läns" stryks. Möjligheten "att uppdra åt annan nämnd än hälso- och sjukvårdsnämnd . . ." skulle i så fall bli lika för samtliga landsting.

Sammanfattning

Samhället bör ta ansvar för att garantera den kvalificerade bedömning och behandling som förväntas av barn- och ungdomspsykiatrin som specialistresurs genom att ange kompetenskrav för teampersonalen inom verksamheten.

Förslaget till författningsändring bör ej begränsas till enbart Stockholms läns landsting utan samma möjlighet skall i så fall ges samtliga landsting i landet.

Särskilt yttrande av Börje Lassenius med instämmande av Ebba Neander och Inga Sylvander

Den allmänpsykiatriska vården genomgår en förändring från slutna institutioner till öppen vård och decentraliserade mindre enheter för dygnet-runt-vård. Samtidigt organiseras verksamheten enligt sektoriseringsprincipen så att en sektorsklinik har det sammanhållna ansvaret för såväl sluten som öppen vård inom ett geografiskt avgränsat område.

Socialstyrelsen verkar för att den barn- och ungdomspsykiatriska vården skall organiseras enligt samma modell. På många håll i landet har man redan i enlighet med denna tanke delat in länet i områden med ett barn- och ungdomspsykiatriskt team, som ansvarar för öppen vård, konsultverksamhet gentemot samarbetspartners och sluten vård i behandlingshem i sin del av länet. Teamet vid länssjukhuset har dessutom ansvar för den till länssjukhuset knutna för länet gemensamma barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Ofta har klinikledningen vid länssjukhuset ett övergripande och samordnande ansvar för länets hela barn- och ungdomspsykiatriska organisation. Därigenom kan utbildningsinsatser samordnas. Man kan vidare eftersträva liknande ideologisk syn på verksamheten. Resurserna kan fördelas på lämpligt sätt mellan sluten och öppen vård och mellan länets olika delar. En sammanhållen organisation underlättar möjligheterna till samverkan med primärvården, socialtjänsten och övrig hälso- och sjukvård.

I kommitténs direktiv framhålls att särskild vikt bör läggas vid "behovet av en samordning mellan sluten och öppen barn- och ungdomspsykiatrisk vård med övriga medicinska verksamheter där barn vårdas och med allmänpsykiatrin". Jag finner det naturligt att barn- och ungdomspsykiatri ses som en integrerad del av hälso- och sjukvård och att den därvid ingår i länssjukvården. I Stockholms läns landsting har av historiska skäl den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten varit uppdelad i en sjukhusansluten barn- och ungdomspsykiatri och i en öppenvårdsinriktad organisation för psykisk barn- och ungdomsvård (PBU). Den senare sorterar under Stockholms läns landstings sociala nämnd. Det har därför varit oklart om denna verksamhet är hälso- och sjukvård eller ej.

Kommittén fastslår nu att PBU är att betrakta som hälso- och sjukvård men i stället för att i konsekvens härmed hävda att verksamheten skall underställas hälso- och sjukvårdsnämnden enligt bestämmelserna i 10 § hälso- och sjukvårdslagen föreslår kommittén en särskild lag som ger Stockholms läns landstingskommun rätt att uppdra åt en annan nämnd att handha förvaltning och verkställighet av öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Genom detta förslag permanentar kommittén den olyckliga uppdelningen av barn- och ungdomspsykiatrin i Stockholms läns landsting på en organisation för öppen och en för sluten vård.

Detta skapar onödiga avbrott i kontinuiteten i vården — en kontinuitet som är synnerligen viktig för patient/familj. En sammanhållen sluten och öppen vård ger även bättre möjligheter till resursfördelning mellan verksamhetsgrenarna efter behov. Vidare skapas bättre förutsättningar för en gemensam kompetens- och metodutveckling inom verksamheten, vilket är betydelsefullt. Enligt min uppfattning skall PBU som en del av hälso- och sjukvården inordnas i den organisation som gäller för all hälso- och sjukvård. Därigenom skulle barn- och ungdomspsykiatrin i Stockholms läns landsting kunna sektoriseras och utvecklas på liknande sätt som i landet i övrigt. Det är också möjligt att en del av den verksamhet som PBU i dag bedriver skulle kunna överföras till primärkommunernas socialtjänst och till primärvården.

Jag kan därför inte biträda kommitténs förslag till lag med vissa bestämmelser om öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Stockholms läns landstingskommun.

Bilaga 1

Efterfrågan på insatser och tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten

Ulf Janson

Sammanfattning av en enkätundersökning riktad till vissa primär- och landstingskommunala verksamheter, utförd för BFU-81

1. Undersökningens uppläggning 133
1.1 Syfte och frågeställningar 133
1.2 Undersökta verksamheter 133
1.3 Undersökta landsting och kommuner 134
1.4 Undersökningens genomförande 134

2. Resultat 137
2.1 Socialtjänst: barnomsorg 137
2.2 Socialtjänst: individ- och familjeomsorg 140
2.3 Skola: skolledare, lärare, SYO 142
2.4 Skola: elevvård inkl. skolhälsovård 145
2.5 Barnhälsovård 148
2.6 Mödrahälsovård, övrig primärvård 150
2.7 Barnmedicin, barnhabilitering 153
2.8 Vuxenpsykiatri 155
2.9 Omsorgsverksamhet 157
2.10 Landstingsanknutna hem för vård och boende 159
2.11 Familjerådgivning 161
2.12 Vissa invandrarverksamheter 162

3. Sammanfattande jämförelser 165

1. Undersökningens uppläggning

1.1 Syfte och frågeställningar

Inom ramen för utredningen om den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetens framtid har en undersökning företagits i syfte att utröna det behov av tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin (PBU/BUP) som finns inom vissa andra verksamheter.

I samråd med BFU-81-kommittén specificerades undersökningssyftet till att belysa följande punkter.

1. Problem av psykisk och psykosocial natur hos barn och ungdom inom den egna verksamheten.
2. Efterfrågan på tjänster från och behov av samverkan med PBU/BUP i dagsläget. Inriktning, former, omfattning.
3. Hinder i nuvarande samverkan samt bedömning av framtida behov av barn- och ungdomspsykiatriska insatser.
4. Förebyggande insatser och samverkan i övergripande former.

1.2 Undersökta verksamheter

Undersökningen bestämdes att omfatta följande verksamhetsområden.

1. Primärkommunal socialtjänst,
   - barnomsorg,
   - individ- och familjeomsorg.
2. Skola,
   - skolledare och lärare,
   - studie- och yrkesorientering (SYO),
   - elevvård inkluderande skolhälsovård.
3. Primärvård,
   - barnhälsovård,
   - mödrahälsovård,
   - distriktsvård.
4. Länssjukvård,
   - barnmedicin,
   - barnhabilitering,
   - vuxenpsykiatri.

5. Omsorgsverksamhet.
6. Institutionsvård (hem för vård eller boende).
7. Familjerådgivning.
8. Vissa invandrarverksamheter.

Dessutom avsågs att inhämta uppgifter från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten angående kontakter och samverkan med ovan nämnda verksamheter.

1.3 Undersökta landsting och kommuner

Undersökningen har, efter samråd med kommittén och företrädare för landstings- och kommunförbund, genomförts i följande landsting:

Kopparbergs läns landsting, inom ett område motsvarande Avesta, Faluns, Mora och Älvdalens kommuner,

Kristianstads läns landsting, inom ett område motsvarande Bromölla, Kristianstads och Östra Göinge kommuner,

Norrbottens läns landsting, inom ett område motsvarande Arjeplogs, Arvidsjaurs, Piteå och Älvsbyns kommuner,

Östergötlands läns landsting, inom ett område motsvarande Finspångs, Norrköpings, Söderköpings och Valdemarsviks kommuner,

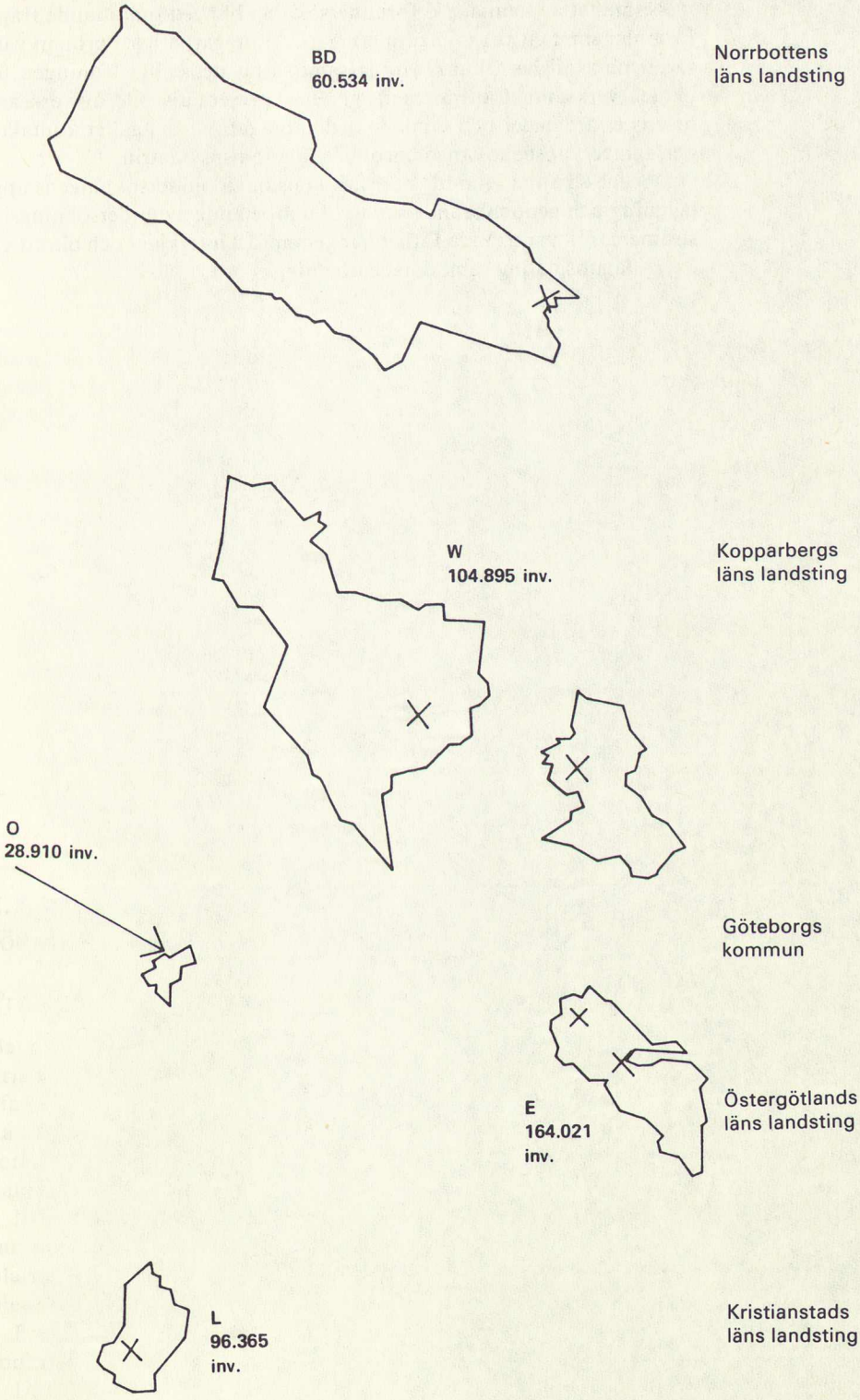
samt inom de kommuner som nämnts ovan. Dessutom har Gällivare kommun samt Göteborgs kommun ingått i undersökningen, den sistnämnda med koncentration på det Norra distriktet (distrikt 6).

På sid 135 visas med en grov kartskiss storleksförhållandena mellan de aktuella landstingsområdena respektive aktuellt distrikt inom Göteborgs kommun. Siffrorna anger invånarantalet inom den landstingsdel som berörts av undersökningen. För Göteborgs del anges invånarantalet för aktuella primärområden. Uppgifterna avser den 31/12 1981.

Kryssmarkeringarna visar var inom områdena det finns öppna PBU/BUP-mottagningar. Slutenvården ligger inom vissa landsting (BD, E) utanför aktuellt område. Det skall slutligen sägas att undersökningen omfattar hela kommuner med undantag för Göteborg. Det undersökta Göteborgsdistriktet har, jämfört med övriga distrikt i Göteborgs kommun det största barnantalet, den största andelen utländska medborgare och den lägsta medelinkomsten.

1.4 Undersökningens genomförande

Under sommaren och hösten 1982 kontaktades företrädare för berörda verksamheter per telefon och i viss utsträckning genom personliga besök. Avsikten var att förankra undersökningssyftet och att inhämta synpunkter på undersökningsinstrument, mer preciserade frågeställningar samt vilka verksamheter och befattningshavare som borde omfattas av undersökningen.


BD
60.534 inv.
Norrbottens
läns landsting
W
104.895 inv.
Kopparbergs
läns landsting
O
28.910 inv.
Göteborgs
kommun
E
164.021
inv.
Östergötlands
läns landsting
L
96.365
inv.
Kristianstads
läns landsting

Resultatet av denna s. k. förundersökning blev ett omfattande frågeformulär samt ett urval enkätmottagare. Mottagarna har i princip valts så att de skall ha fältanknytning samt så att de, enligt ledningen för aktuell verksamhet, tillsammans ger en representativ bild av verksamhetens erfarenheter och samlade bedömningar när det gäller kontakter och samverkansbehov med barn- och ungdomspsykiatrin.

Docent Kristina Humble har varit konsult vid undersökningens uppläggning och genomförande samt vid utarbetande av undersökningsinstrument. Fil. kand. Ylva Elfner har genomfört intervjuer och biträtt vid övrig datainsamling samt databearbetning.

2. Resultat

Svaren på de i enkäten behandlade frågeställningarna redovisas verksamhetsvis. Efter denna redovisning görs vissa sammanfattande jämförelser mellan verksamheterna.

Resultaten redovisas i följande steg:

- *psykisk och psykosocial problematik* bland barn och ungdom inom den egna verksamheten *samt den egna verksamhetens uppgifter* i arbete med sådan problematik.
- *Behovet av insatser från PBU/BUP* i form av stöd/konsultation/handledning och samverkan samt behov av att till PBU/BUP överlämna ärenden. Beskrivning av nuläget samt bedömning av framtida samverkansbehov. Synen på PBU/BUP i stort samt på de samlade resurserna för arbete med psykisk och psykosocial problematik bland barn och ungdom.
- *Samarbete och samverkan med PBU/BUP i förebyggande arbete* samt i vårdplanerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet.

2.1 Socialtjänst: barnomsorgssektioner samt förskolor/fritidshem

Problemförekomst och uppgifter

Barnomsorgssektioner/barnomsorgsassistenter uppger främst problem kring aggressivt utagerande och kontaktstörda barn, relationsstörningar i familjen och social, ekonomisk och kulturell familjeproblematik. Ganska ofta uppges också barn med depressiva drag, neurotiska och psykosomatiska symptom, barn med psykisk problematik i samband med handikapp samt barn med starka övergivenhetskänslor.

Man bedömer att under de närmaste 10 åren särskilt aggressivt utagerande, ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt depressivitet bland barn och socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad familjeproblematik samt samspelsproblem kommer att öka.

Förskolor och fritidshem ger ungefär samma bild av såväl det aktuella som det framtida problempanoramat.

Barnomsorgen anger som uppgifter för den egna verksamheten spe-

ciellt insatser i samband med kamrat- och kontaktsvårigheter, i någon mån aggressivt utagerande, depressiv problematik samt svårigheter som antas sammanhänga med social-ekonomisk-kulturell familjeproblematik. I samband med sådana insatser efterfrågar man konsultstöd från kommunala förskolepsykologer eller PBU/BUP, i någon mån från socialsekreterare, kuratorer eller pedagogkonsulter. De svårigheter man har att klara egna uppgifter gäller framför allt de ovan nämnda problembilderna samt uppgifter som kräver samarbetsinsatser kring tung familjeproblematik med inslag av psykiska sjukdomar, missbruk och vanvård/misshandel. När den egna insatsen främst består i överlämnande till specialistfunktion, vilket är fallet i arbete med psykosomatisk och neurotisk problematik, handikapps- och sjukdomsförbunden problematik samt grava psykiska störningar, bedöms svårigheter att klara uppgiften föreligga endast i ringa utsträckning.

Förskolor/fritidshem anser att den egna verksamheten direkt kan göra insatser i arbete med kamrat- och kontaktsvårigheter och i någon mån aggressivt utagerande och depressiv problematik. När det gäller familjeförankrade problem anser man att insatserna måste göras i samarbete med andra verksamheter. I stor utsträckning handlar sådana insatser om att motivera för och hänvisa till specialistfunktioner. Detsamma gäller övrig individuellt definierad problematik. Bedömningen av svårigheter sammanfaller i stort sett med barnomsorgsassistenternas med undantag för att man i betydande utsträckning anser sig arbeta framgångsrikt med kamrat- och kontaktproblem inom verksamheten.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

Barnomsorgsassistenter uppger att de insatser som idag görs från PBU/BUP främst gäller informellt stöd till barnomsorgspersonal i deras arbete med en rad individuella och familjeförankrade problembilder. Detta stöd har dock i allmänhet inte den kontinuitet och regelbundenhet som önskas. Man vill från barnomsorgen kunna lämna över främst den mer "psykiatriska" problematiken och sjukdoms- och handikappförbunden problematik. Man behöver utökade möjligheter att identifiera och lämna över viss problematik som depressivitet, neuroser och grava psykiska störningar samt tung familjeproblematik. Detta kräver inte bara BUP-resurser för att *ta emot* ärenden utan också resurser för att *gå ut* i konsultinsatser och gemensamt motiveringsarbete. Man behöver information om pågående BUP-insatser i familjer med barn inom den kommunala barnomsorgen för att på ett adekvat sätt kunna möta barnets behov i den egna verksamheten. Man önskar också generellt utökade konsultinsatser när det gäller "vanlig" problematik inom den egna verksamheten. Konsultinsatserna från PBU/BUP är idag mycket små. Speciellt eftersatta är glesbygdens/landsortens verksamheter. Utlokaliserade BUP-team är återkommande önskemål.

Förskolornas och fritidshemmens direkta kontaktyta med barnpsykiatrin är liten. Informella stödkontakter förekommer i arbete med viss problematik som utagerande, inbundenhet och neurotisk problematik samt handikappförbundna svårigheter. Överlämnande till PBU/BUP

sker framförallt i ärenden med inslag av psykosomatisk eller grav psykisk problematik, suicidrisker, grava relationsstörningar och i ärenden med barn som far illa. Regelbunden konsultation från PBU/BUP förekommer endast i sällsynta undantagsfall. De konsulter barnomsorgspersonalen i allmänhet har tillgång till är primärkommunala förskolepsykologer. Denna resurs finns dock inte i alla kommuner och där den finns är den knappast tillräcklig för att tillgodose efterfrågan. Önskemålen gäller informella kontaktmöjligheter, speciellt i glesbygd, att kunna ringa och "opretentiöst ställa frågor", att få råd om arbete med "gemensamma barn", utökade konsultkontakter, utökade möjligheter till överlämnande också av beteendestörningar och vid relationsstörningar och socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad familjeproblematik.

Hinder i samarbete och samverkan

Det som enligt barnomsorgen mest försvårar samarbetet är bristen på samverkansrutiner och bristande återkoppling från PBU/BUP i arbete med "gemensamma barn". Även bristande kännedom om PBU/BUP, för att få tillfällen till personliga sammanträffanden, skilda uppfattningar om lämplig behandling samt bristande resurser för samverkan har betydelse. Förskolor och fritidshem uppger i stort sett samma svårigheter med undantag för olika behandlingsuppfattningar. Brist på rutiner och på tillfällen till personliga sammanträffanden är de viktigaste hindren.

Framtidsbehov

Barnomsorgssektionerna anser att samverkan mellan barnomsorg och barnpsykiatri behöver utvecklas, särskilt om man i framtiden skall kunna möta aggressivt utagerande, depressiv problematik, övergivenhetsupplevelser hos barn, relationsstörningar och missbruk i familjen. Bättre kännedom om varandras verksamheter, respekt och öppenhet för varandras yrkeserfarenheter, tätare kontakter för att kunna utveckla samverkansformer och ökade barnpsykiatriska resurser nämns som förutsättningar. I allmänhet ser man det som naturligt med resurser för arbete med psykisk och psykosocial problematik samlade inom barnpsykiatrin men ett ofta nämnt önskemål/behov är ökade förskole/skolpsykologresurser. På det hela taget ses barnpsykiatrin av den kommunala barnomsorgen både som en specialistresurs, som skall utföra kvalificerat behandlingsarbete med direktsökande patienter och en resurs som skall fungera utåtriktat, indirekt stödjande andra verksamheter genom konsultation och andra former för kompetensöverföring.

Förskolor/fritidshem bedömer att följande problematik kommer att ställa ökade krav på fungerande BUP-samverkan: aggressivt utagerande, hämmad, depressiv problematik, psykosomatisk och neurotisk problematik, barn med starka övergivenhetsupplevelser, barn från familjer med social, ekonomisk och kulturell problematik och med relationsstörningar. För detta fordras samverkan i fältanknutet, uppsökande arbete, en mer utåtriktad inställning inom BUP, ökad informationsgivning till förskolor och också till allmänhet, avdramatiserande av psykologisk/

psykiatriska insatser, ökad BUP-medverkan vid personalfortbildning, studiedagar etc. Man pekar också på behov av ökade BUP-resurser och ökade möjligheter för förskolans/fritidshemmens personal att gå "direkt till BUP".

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Förebyggande arbete definieras i ungefär lika utsträckning som primär, sekundär och tertiär prevention. I glesbygdskommunernas och då speciellt förskolornas svar betonas dock starkt tertiärprevention. Få exempel ges på förekommande samverkan i förebyggande arbete och i vårdplanering. Den samverkan som finns gäller mest tertiärt förebyggande arbete, dvs tidiga behandlingsinsatser. Vissa gemensamma utbildnings/fortbildningsverksamheter uppges, t. ex. samverkan i barnomsorgen, studiedagar kring barnmisshandel, kring barn med behov av särskilt stöd etc. Önskemålen handlar till övervägande del om öppnare kontakter, om att PBU/BUP skall presentera sin verksamhet, informera, ge konsultstöd etc. Samverkan i förebyggande arbete efterfrågas i mycket ringa utsträckning.

2.2 Socialtjänst: individ- och familjeomsorg

Problemförekomst och uppgifter

Den inom individ- och familjeomsorgen oftast uppgivna psykiska och psykosociala problematiken med anknytning till barn och ungdom är störda familjerelationer och missbruk inom familjen. Vanligt är också missbruk och asocialitet bland barn och ungdom, frigörelseproblem hos tonåringar, aggressivt utagerande, störda kamratrelationer, störd skolanpassning samt depressiv problematik hos barn och ungdom. Även socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad familjeproblematik med konsekvenser för barn och ungdom är vanlig. I bedömningen av den framtida utvecklingen anses särskilt relationsproblem, social, ekonomisk och kulturell problematik, missbruk i familjen samt aggressivt utagerande bland barn och ungdom öka. Även depressivitet, problem med skolanpassning och missbruk bland barn och ungdom bedöms av en klar majoritet öka.

Som egna uppgifter betraktas särskilt arbete med missbruk och asocialitet bland barn och ungdom. Samarbete söks speciellt när det gäller barn som far illa, relationsproblem och socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad problematik samt missbruk i familjen. Tonårsproblematik och beteendestörningar hos barn (utagerande, depressivitet, skolproblem) ses i ungefär lika utsträckning som samarbetsuppgifter resp. som problematik som bör överlämnas till annan verksamhet. Detsamma gäller problematik kring sjuklighet i familjen. Psykosomatiska, neurotiska och grava psykiska störningar samt störningar i samband med fysisk sjukdom och handikapp bedöms övervägande som problem, som bör överlämnas till specialist.

Svårigheter bereder särskilt de egna insatserna i arbete med missbruk, asocialitet, barn som far illa och familjeproblematik. Samverkansproblem finns också vad gäller barn med beteendestörningar och tonårsproblematik. När socialtjänstens uppgifter primärt är att lämna över ärenden till annan verksamhet, bedöms detta skapa svårigheter endast i ringa omfattning.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

Jämfört med de flesta andra verksamheters samverkan med PBU/BUP är individ- och familjeomsorgens på det hela taget rätt omfattande. Problematiken och behoven är dock stora och långt ifrån tillgodosedda. Man har informella kontakter och konsultationsmöjligheter kring en rad problembilder, speciellt kontaktstörningar, tonårs- och familjeproblematik. Gemensamma insatser förekommer i arbete med speciellt barn som far illa, övergivna och aggressivt utagerande barn, skolanpassningsproblem samt störda familjerelationer. Överlämnande till BUP eftersträvas speciellt i ärenden med inslag av depressiv problematik, psykosomatiska och neurotiska problem, problem i samband med sjukdomar, grava psykiska störningar och vid bedömd suicidrisk. Man behöver handledning och/eller mer systematisk samverkan och gemensamma insatser i arbete med relationsstörningar och social, ekonomisk, kulturell problematik i familjen. Detsamma gäller tonårsproblematik. Man vill i större utsträckning kunna lämna över ärenden med inslag av utagerande, asocialitet och missbruk men även psykosomatik och ärenden där suicidrisk bedöms föreligga. I storstäderna gäller samarbetsbehovet speciellt missbruk och asocialitet hos barn/ungdom och i familjen. I glesbygd saknas i stort sett gemensamma insatser med BUP och behövs, speciellt i arbete med komplex familjeproblematik.

Hinder

Helt dominerande hinder är avsaknad av fungerande samverkansrutiner. Mycket ofta uppges också resursbrister, bristande återkoppling från PBU/BUP vad gäller gemensamma klienter, för få tillfällen till personliga kontakter samt bristande eller oklara direktiv från huvudmännen. Även skilda behandlingsuppfattningar, geografiska hinder samt skilda sätt att se på och definiera psykisk och psykosocial problematik uppges relativt ofta försvåra samverkan. Det skilda huvudmannaskapet uppges mera sällan som samverkanshinder.

Framtidsbehov

Följande problematik kommer att ställa ökade framtida krav på fungerande BUP-samverkan: aggressivt utagerande, hämmad, depressiv problematik, missbruk hos barn och ungdom, övergivenhetsupplevelser, socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad familjeproblematik, relationsstörningar, missbruk i familjen, vanvård och misshandel. För detta krävs

främst ökade BUP-resurser, också gemensam planering, gemensamma målsättningsdiskussioner kring samverkanssyften och resursanvändning. Gemensamt huvudmannaskap nämns bara i något enstaka fall. I allmänhet förordas en samling av specialistresurser inom BUP. BUP-teamet ses som värdefullt. Den egna verksamheten behöver speciellt tillgång till handledning/konsultation i ökad omfattning samt ökning av vissa egna resurser (socialsekreterare, hemma-hosare m. m.). Ofta nämns också kravet på BUP att inta en mer utåtriktad, uppsökande, fältanknuten hållning och en mer respekterande attityd till andra verksamheter. Samtidigt hävdas genomgående BUP:s specialistkompetens, dess diagnostiska, terapeutiska arbete med barn och barnfamiljer som dess starka sida. Liksom fallet är med barnomsorgen och i viss mån barnhälsovården betonar man både den specialistinriktade och den utåtriktade funktionen hos barnpsykiatrin och vill ha ökad och effektiviserad tillgång till bådadera.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings-/fortbildningsverksamhet

Individ- och familjeomsorgens förebyggande uppgifter beskrivs främst som sekundär- och tertiärprevention. Samverkan med PBU/BUP i förebyggande syfte uppges överhuvudtaget inte förekomma. Gemensam vårdplanering har förekommit sporadiskt inom enstaka distrikt (institutionsplanering, tonårsproblematik, "gemensamma barn"). Samverkan i utbildning/fortbildning uppges förekomma i någon utsträckning — i allmänhet genom studiedagar kring olika temata, i några fall genom mer regelbunden handledning/konsultation från PBU/BUP.

Önskemål gäller främför allt utbildning samt i relativt stor utsträckning handledning i behandlingsarbete. Vissa önskemål om planeringssamarbete vad gäller gemensamma familjer/barn uttrycks också men däremot efterlyses så gott som inte alls samverkan i förebyggande psykosocialt arbete.

2.3 Skola: skolledare, lärare och SYO-personal

Problemförekomst och uppgifter

Skolledare/lärare identifierar främst förekomst av aggressivt utagerande, kamrat- och kontaktproblematik, skolanpassningsproblem (fobier, skolk, skolleda) samt störda familjerelationer. Jämförelsevis ofta uppges också hämmat, depressivt beteende, tonårsproblematik och psykosomatisk problematik förekomma.

SYO-personal uppger mindre problem totalt än skolledare/lärare. Vad man framför allt möter är skolanpassningsproblem, störda kamratrelationer, tonårsproblematik samt problem hos ungdom på grund av störda familjerelationer.

I bedömningen av framtiden anser man från skolledare-/lärarhåll att särskilt problemen med aggressivt utagerande kommer att öka. Även

ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad problematik liksom störda familjerelationer bedöms av en klar majoritet som ökande. SYO-personalen lägger särskilt vikt vid störda familjerelationer och vid socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad problematik men också vid utagerande och övergivenhetsupplevelser.

Som direkta uppgifter för skolan uppges särskilt insatser i samband med kamrat- och kontaktproblem samt skolfobier, skolk och skolleda. Aggressivt utagerande och depressivitet nämns i någon utsträckning som direkta uppgifter för skolan men bedöms övervägande som samarbetsuppgifter. Detsamma gäller asocialitet och missbruk bland ungdom. Psykosomatik och handikappförbunden problematik, neuroser och grava psykiska störningar samt tung familjeproblematik ses övervägande som uppgifter för specialistfunktioner. Skolans insats bör bestå i att hänvisa/lämna över. SYO-personalen ser psykisk och psykosocial problematik relativt genomgående som uppgifter för specialistfunktioner. Så gott som inga problembilder betecknas som egna uppgifter. Samverkansuppgifter är speciellt skolanpassningsproblem, tonårsfrigörelse, övergivenhet och socialt, ekonomiskt och kulturellt betingade svårigheter.

Det man i dagsläget har svårt att klara är framför allt skolans uppgifter i arbete med asocialitet och missbruk, ensamhet, övergivenhet och suicidrisker, grava psykiska störningar samt så gott som all familjeförankrad problematik. SYO-personalen har i stort sett samma bedömning. Det är alltså på det hela taget sådan problematik, som bedöms vara uppgifter för specialistfunktioner och andra verksamheter, som skapar svårigheter. Det handlar då om problemidentifiering, att få barnet/familjen att acceptera hjälp utifrån samt samarbete, kontakter kring pågående insatser från annan verksamhet.

Behov av insatser från PBU/BUP

Nuläget

Inom skolorganisationen är det framför allt skolpsykologer, skolkuratorer och skolsköterskor som står för PBU/BUP-kontakter medan övrig personal, i synnerhet SYO-personal, har mindre andel av de direkta kontakterna. Lärare uppger informellt stöd och konsultationskontakter speciellt kring beteendestörningar, kontakt- och skolanpassningsproblem samt i någon utsträckning kring familjerelationer. Gemensamma insatser gäller främst skolfobier, skolk och skolleda. Överlämnande till PBU/BUP förekommer främst vid neurotisk och grav psykisk problematik, övergivenhet, depressivitet och suicidrisker. Kring tyngre familjeproblematik, asocialitet och missbruk har man endast undantagsvis kontakter. SYO-personal har PBU/BUP-kontakter endast i begränsad omfattning. Det som efterfrågas är framför allt ökade möjligheter till informella konsultationer "vid behov". Speciell uttrycks från glesbygden behov av stöd från PBU/BUP i det egna arbetet med psykisk och psykosocial problematik, där man för närvarande oftast är helt ensam.

Ökade möjligheter till överlämnande efterfrågas på sina håll, särskilt vad gäller aggressivt och asocialt utagerande samt missbruk. Gemensamma insatser efterfrågas i samband med behandlingsplanerings- och motiveringssamtal med familjer.

Hinder

Skolledare och lärare uppger samverkanshinder med PBU/BUP i stor omfattning — mer än vad elevvårdspersonalen gör — medan SYO-personalen uppger mycket litet hinder. Detta torde avspegla att de senare inte betraktar PBU/BUP som någon mer central samverkanspart. De hinder lärare och skolledare främst pekar på är svårigheter att få personliga kontakter, bristande återkoppling och information från PBU/BUP vad gäller "gemensamma barn", bristande kännedom om PBU/BUP samt brister i utformningen av samverkansrutiner. Också resursbrister och sekretessproblematik uppges relativt ofta som hinder för samverkan.

Framtidsbehov

Man bedömer från skolhåll att speciellt problem kring aggressivt utagerande samt kring störda familjerelationer kommer att ställa ökade krav på en fungerande samverkan med PBU/BUP. SYO-personalen pekar snarare på skolk och skolleda än på aggressivt utagerande. Uppfattningarna om hur detta skall förverkligas varierar. Den vanligast uttryckta uppfattningen är att någon form av förändrad inställning från PBU/BUP:s sida i riktning mot ökat intresse för skolans problem behövs. Man önskar en omprioritering av PBU/BUP:s arbetsinsatser så att uppsökande, fältanknuten verksamhet och samverkan får mer utrymme. Ökning av PBU/BUP:s resurser anges också som en förutsättning. En inte obetydlig andel svarande, särskilt inom medelstora kommuner och tätorter, bedömer förutsättningarna för en förbättrad PBU/BUP-samverkan som ganska goda för närvarande. Det är "bara att komma igång". I allmänhet förordas en samling av specialistresurser för psykiskt och psykosocialt arbete med barn och ungdom inom PBU/BUP. Utökade skolpsykolog- och skolkuratorsresurser efterfrågas mycket ofta men i allmänhet inte som ett alternativ, utan som ett komplement till PBU/BUP. Huvudmannaskapsskillnaden ses inte i någon större utsträckning som ett hinder för samverkan med PBU/BUP. Förordandet av resurssamling inom barnpsykiatrin är förenat med krav på ökade konsultinsatser till skolan. Styrkan hos PBU/BUP är dess specialistkompetens i psykoterapeutiskt, barn- och ungdomspsykologiskt och familjeterapeutiskt arbete. Svagheten är främst isolering, slutenhet. Bedömningen överensstämmer i stort med socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings-/fortbildningsverksamhet

Skolans uppgifter inom det förebyggande psykosociala arbetet ses främst som sekundär och tertiärprevention. Samverkan med PBU/BUP i förebyggande arbete förekommer så gott som inte alls och efterfrågas

inte heller. Inte heller förekommer någon gemensam vårdplanering med undantag för enstaka lokala initiativ. Vissa kontakter i fortbildningssyfte har förekommit. Den vanligaste formen är studiedagar med information om PBU/BUP, föreläsningar om psykisk och psykosocial problematik etc.

"Riktningen" förefaller vara ensidig: skolan informeras om och av PBU/BUP. Önskemålen gäller dels fortbildning kring psykosocial problematik och information om PBU/BUP:s arbetssätt och metoder, dels samverkan kring "gemensamma problemgrupper" med samarbetsprogram för tidig identifiering och behandling. Här nämns särskilt missbruksproblematik och "barn från riskmiljöer". Även förbättrade möjligheter till "kontakt vid behov" efterfrågas.

2.4 Skola: elevvårdspersonal inklusive skolhälsovård

Problemförekomst och uppgifter

Skolpsykologer och -kuratorer rapporterar främst förekomst av kamrat- och kontaktproblem, aggressivt utagerande, skolproblem (skolfobier, skolk, skolleda) samt svårigheter hos barn och ungdom från familjer med relationsstörningar. Ganska ofta uppges också depressiv problematik, tonårsproblem, psykosomatisk problematik bland barn och ungdom samt social, ekonomisk och kulturell problematik och missbruk inom familjen.

Skolhälsovårdspersonal (främst skolsköterskor) uppger psykosomatisk problematik och relationsstörningar inom familjen som oftast förekommande. Även kamrat- och kontaktproblem, skolproblem och neurotiska symptom nämns som vanliga.

I sin framtidsbedömning uppger psykologer och kuratorer ökning främst av ensamhets- och övergivenhetsupplevelser, aggressivt utagerande, socioekonomiskt och kulturellt betingad problematik samt relationsstörningar i familjen. Skolhälsovården betonar också övergivenhet och aggressivitet men även asocialt utagerande, relationsproblem och missbruk inom familjen. I sin helhet är elevvårdspersonalens bedömning mer pessimistisk än övrig skolpersonals. Den liknar på det hela taget socialtjänstens mera än vad den liknar lärargruppens. Inom gruppen elevvårdspersonal trycker skolsköterskorna jämförelsevis mindre på tung familjeproblematik.

Som uppgifter för den egna verksamheten anger psykologer/kuratorer främst kamratproblem, skolanpassning och tonårsproblem. Aggressivitet, depressivitet, övergivenhet liksom socialt-ekonomiskt-kulturellt och samspelsmässigt komplicerade bakgrundsförhållanden är något man arbetar med själv men också i samverkan med andra. Missbruk, asocialitet, psykosomatisk, neurotisk och grav psykisk problematik ser man företrädesvis som uppgifter för samverkan eller för överlämnande till specialiserade verksamheter. Skolhälsovårdspersonalen visar genomgående större benägenhet än psykologer och kuratorer att lämna över. Av den psykiska och psykosociala problematiken är det endast

psykosomatiska och i viss mån kamrat- och skolanpassningsproblem som skolsköterskorna i något större utsträckning ser som uppgifter för den egna verksamheten.

Psykologer och kuratorer uppger i betydande omfattning svårigheter när det gäller att klara elevvårdsuppgifterna — särskilt i arbete med aggressivt utagerande barn samt tonårsproblematik. Också många av de typiska samarbetsuppgifterna skapar problem: depressivitet, missbruk och asocialitet, familjeproblem. Skolhälsovårdspersonalens bedömning är på det hela taget mer optimistisk. Svårigheter i större omfattning uppges främst kring missbruk och kring vanvård, barn som far illa samt barn från socialt, ekonomiskt, kulturellt eller samspelsmässigt problematiska förhållanden. Dessa skilda bedömningar torde avspegla en funktionsuppdelning inom elevvården i arbetet med psykisk och psykosocial problematik. Detta märks bl. a. av att psykologers och kuratorers bedömning av uppgifter och svårigheter i huvudsak liknar socialtjänstens individ- och familjeomsorg och medan skolhälsovårdens bedömningar närmast liknar barnhälsovårdens.

Behov av insatser från PBU/BUP

Nuläget

På det hela taget är elevvårdens kontakter med PBU/BUP relativt omfattande. Detta gäller särskilt psykologer och kuratorer. Det förekommer informella stödkontakter, i några fall mer regelbunden handledning/konsultation i arbete med de flesta problembilderna. Gemensamma insatser förekommer kring främst aggressivt utagerande och depressiva barn, kring skolfobier, skolk och skolleda samt kring barn med störda familjerelationer. Överlämnande gäller särskilt neurotisk och psykosomatisk problematik, suicidrisker, grav psykisk problematik och grava familjeproblem. Skolhälsovårdens PBU/BUP-kontakter sker främst i samband med remittering/överlämnande. Informella kontakter och konsultation förekommer i viss omfattning i arbete med psykosomatisk problematik. Det förekommer att man gör gemensamma insatser i arbete med hämmade, depressiva barn samt när det gäller barn med skolanpassningsproblem som skolfobier, skolk och skolleda.

Allmänt kan sägas att skolhälsovården betraktar och efterfrågar PBU/BUP som en specialistresurs, till vilken man vill remittera/lämna över psykisk och psykosocial problematik. Psykologer och kuratorer efterfrågar främst handlednings- och konsultationsinsatser för att få stöd i det egna arbetet. Först i andra hand och på mer bestämda indikationer efterfrågar man PBU/BUP:s möjligheter att ta över ärenden men också här krävs PBU/BUP:s medverkan på ett relativt tidigt stadium i planering och motivationsarbete.

Hinder

Elevvårdspersonalen uppger i stor utsträckning samma hinder: bristande återkoppling och information från PBU/BUP vad gäller "gemensam-

ma barn", för få tillfällen till personliga kontakter, dåligt utvecklade kanaler och rutiner för samarbete. Kuratorer och psykologer nämner också relativt ofta bristande kännedom om PBU/BUP:s arbetssätt och metoder, vilket kan tyckas förvånande. Skolhälsovården nämner, till skillnad från övrig elevvårdspersonal, relativt ofta sekretessen som ett hinder.

Framtidsbehov

Psykologer och kuratorer uppger att arbete med särskilt följande problematik kommer att öka kraven på PBU/BUP-samverkan: aggressivt utagerande, inbundenhet, kontaktlöshet och depressivitet bland barn och ungdom samt problem kring störda familjerelationer. Skolhälsovårdspersonalen tillfogar därutöver arbete med missbruksproblem bland barn och ungdom.

För att detta skall fungera menar man att PBU/BUP måste öppna sig ur sin nuvarande isolering, informera omvärlden om sina metoder och sitt arbetssätt och söka samverkan ute på fältet. Kravet på större öppenhet, menar man, kan dock inte enbart ställas på barnpsykiatrin. Även skolan måste ta mer kontakter och prioritera samarbetet högre. Kuratorer och psykologer efterfrågar också ökade resurser för samverkan inom såväl PBU/BUP som elevvården. Handledning och regelbunden konsultation från PBU/BUP behövs också.

Särskilt skolhälsovårdspersonalen förordar en samling av specialistresurser inom barnpsykiatrin men i många mindre kommuner efterfrågas starkt utlokaliserade barnpsykiatriska mottagningar. Skolpsykologer och -kuratorer trycker betydligt mer på behovet av ökade elevvårdsresurser. Särskilt efterfrågas utökade skolpsykologresurser, i förening med en utvecklad och tätare handlednings- och konsultationskontakt med PBU/BUP.

Elevvården har en ofta uttalad kritik mot PBU/BUP för slutenhet, isolering och, speciellt i samarbetet med skolhälsovården, bristande återkoppling i remissärenden. Även problematiken kring frivillighet, sekretess och omotiverade klienter tas upp. Samtidigt understryks starkt elevvårdens behov av att ha tillgång till en fungerande barn- och ungdomspsykiatri med specialistkompetens vad gäller barn- och ungdomsproblematik, psykoterapi och familjeterapi. Det barnpsykiatriska teamet betraktas som en styrka, särskilt av psykologer och kuratorer. Skilda huvudmän ses inte enbart som ett problem. Åtskilliga svarande betecknar PBU/BUP:s oberoende ställning i förhållande till skolan som en styrka.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Skolpsykologer och -kuratorer uppger för den egna verksamheten förebyggande uppgifter med såväl primär som sekundär och tertiär inriktning. Någon prioritering av det sekundärt förebyggande arbetet — arbetet med riskgrupper — kan utläsas. Skolhälsovårdspersonalen prioriterar klart arbete med tidiga störningar.

Samverkan mellan elevvård och PBU/BUP i förebyggande och vårdplanerande arbete är till sin omfattning litet, när det gäller skolhälsovården närmast obefintligt. Vissa lokala försök med samplanering (t. ex. kring missbruksproblem, ungdomsfrågor) förekommer mellan olika parter: skola/elevvård — PBU/BUP — socialförvaltning — i några fall polis och fritidsverksamhet.

Gemensamma fortbildningsinsatser och gemensam handledning förekommer något oftare, särskilt mellan PBU/BUP och psykologer/kuratorer. Ett visst missnöje uttrycks från skolhälsovård för att i sådana sammanhang vara bortglömd.

Önskemål om samarbete i förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet finns bland alla kategorier av elevvårdspersonal. För skolhälsovårdspersonalens del överväger önskemål om information från PBU/BUP, studiedagar och studiebesök medan psykologer och kuratorer i större utsträckning efterfrågar mer omfattande samarbete kring utbildning/fortbildning och handledning/konsultation samt samverkan i förebyggande syfte vid vårdplanering.

2.5 Barnhälsovård inkl. barnhälsovårdspsykologer och socialsekreterare vid bvc

Problemförekomst och uppgifter

Barnavårdscentraler och motsvarande rapporterar främst förekomst av psykosomatisk och neurotisk problematik hos barn, vidare problematiska familjesituationer med ekonomiska, sociala, kulturella svårigheter och störda relationer. Ganska ofta uppges också aggressivt utagerande barn, barn med hämmade, depressiva drag och med kontaktstörningar. Under den kommande 10-årsperioden bedöms samtliga dessa problembilder att bli allt vanligare. En klar majoritet av svarande gör samma bedömning vad gäller missbruk bland föräldrar, asocialitet, ensamhets- och övergivenhetsproblematik samt ökade suicidrisker bland barn och ungdom.

Psykisk och psykosocial problematik betraktas endast i begränsad utsträckning som behandlingsuppgifter för den egna verksamheten. Det gäller i så fall speciellt psykosomatisk och neurotisk problematik samt i någon utsträckning socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad familjeproblematik och relationsstörningar som påverkar barnets fungerande. Aggressiva och depressiva störningar ses mest som samarbetsuppgifter medan övrig problematik i allmänhet betraktas som uppgifter för specialiserade verksamheter. Barnhälsovårdens uppgift är här att överlämna men man har behov av samverkan/konsultation i arbetet med att identifiera förekommande problematik och bedöma vilka insatser som skall rekommenderas.

Jämfört med de flesta andra verksamheter har man en relativt optimistisk syn på möjligheterna att klara de egna uppgifterna. De svårigheter som finns gäller framför allt familjeproblematik och vanvård/misshandel. Den individuellt och mer psykiatriskt-somatiskt definierade

problematiken ger upphov till svårigheter i betydligt mindre utsträckning.

Barnhälsovårdspsykologer samt socialsekreterare, placerade vid bvc, (det senare endast i materialet från Göteborg) redovisar i stort sett samma problemprofil som bvc-personalen. Vissa lokala avvikelser finns. Även synen på barnhälsovårdens uppgifter är i stort sett densamma liksom bedömningen av vad man klarar och inte klarar. I vissa regioner — speciellt med stora glesbygdsområden — är dock bedömningen betydligt mer pessimistisk, särskilt på grund av uppgivna resursbrister men i viss mån också på grund av bristande samverkan.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

För barnhälsovården är PBU/BUP primärt en specialistfunktion till vilken man behöver remittera barn med vissa problembilder, särskilt barn som far illa, barn med utagerande och depressiv problematik, grava psykiska störningar samt barn från familjer med svåra relationsproblem. Samverkan är inte särskilt utvecklad utan föremål för kritik och missnöje. Man vill främst ha förbättrade remitteringsrutiner och bättre remissvar från PBU/BUP. Man behöver ökade möjligheter att överlämna barn med grava psykiska störningar och få hjälp i arbete med speciellt missbruksfamiljer. Verksamheten i glesbygd/landsort uppger behov av konsultation och handledning från PBU/BUP i arbete med psykisk och psykosocial problematik inom barnhälsovårdens ram.

Barnhälsovårdspsykologerna uppger genomsnittligt en betydligt högre kontaktfrekvens med PBU/BUP. De fungerar ofta som en kontaktlänk mellan barnhälsovård och barnpsykiatri — i vissa fall med konsekvensen att övrig bvc-personal finner sig utestängd från PBU/BUP-kontakterna.

Hinder

De dominerande hindren är brister i information/återkoppling från PBU/BUP till bvc vad gäller gemensamma klienter, avsaknad av fungerande samverkansrutiner samt för få tillfällen till sammanträffanden. Även för liten kännedom om PBU/BUP och sekretessförhållanden anses av många som väsentliga hinder. Medan bvc-personalen är relativt samstämmig i dessa bedömningar varierar bhv-psykologernas uppfattningar starkt från region till region. I vissa landsting/områden uppges i stort sett inga hinder alls, samarbetet flyter friktionsfritt. På andra håll finns många och svåra hinder, inte bara de ovannämnda utan också skillnader i synsätt på psykosocial problematik samt skilda målgruppsprioriteringar.

Framtidsbehov

Man räknar med att följande problematik kommer att ställa ökade krav på en fungerande PBU/BUP-samverkan: aggressivt utagerande, depres-

siv problematik, neuroser, psykosomatik, störda familjerelationer och missbruk i familjen. Bhv-psykologerna nämner också kontaktstörningar, övergivenhetsupplevelser samt barn som far illa. För att åstadkomma sådan samverkan krävs förbättrade resurser för båda verksamheterna, gemensamma målanalyser, gemensam verksamhetsplanering, regelbundna konferenser även innefattande förskola och skola. Man efterlyser också en attitydförändring inom PBU/BUP-verksamheten mot ökad öppenhet, ökad utåtriktadhet. Detta gäller särskilt inom glesbygdsområdena. När det gäller förebyggande arbete ses emellertid inte PBU/BUP som en "tung" samarbetspart i någon större utsträckning. Det är som specialistresurs för insatser i remitterade ärenden samt i någon utsträckning som konsultresurs man vill använda barnpsykiatrin.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

De förebyggande uppgifter som nämns av barnhälsovården är inom storstadsområden främst arbete med riskgrupper, inom andra kommuntyper främst arbete med tidiga störningar. Tidiga störningar är dock en viktig uppgift också i storstäderna. Bhv-psykologerna betonar genomgående såväl primär som sekundär och tertiär prevention.

Samverkan med PBU/BUP i förebyggande arbete, vårdplanering och fortbildning har för bvc-s del mycket liten omfattning. Ett tema — barnmisshandel — har dock i viss utsträckning behandlats gemensamt på studiedagar, där också andra verksamheter som förskola och skola samt socialtjänstens individ- och familjeomsorg var representerade. Framförda önskemål gäller framför allt handledning/konsultation i klientarbete, förbättrade remissvägar och mer information överhuvudtaget om PBU/BUP och dess verksamhet.

Inte heller bhv-psykologerna och socialsekreterarna uppger något mer utvecklat samarbete med PBU/BUP när det gäller förebyggande arbete och vårdplanering. Däremot har viss seminarie- och studieverksamhet varit gemensam. Önskemålen gäller framför allt gemensam metodutveckling och handledning.

2.6 Mödrahälsovård och övrig primärvård

Problemförekomst och uppgifter

Materialet från mödrahälsovården varierar starkt från region till region vad gäller identifierad problematik. Det som något mer genomgående nämns som psykisk-psykosocial problematik är socio-ekonomiskt och kulturellt betingad familjeproblematik, relationsstörningar, depressivitet och missbruk.

Från övrig primärvård (vårdcentraler, distriktsläkare, distriktssköterskor) uppges främst psykosomatisk och neurotisk problematik hos barn/ungdom samt störda familjerelationer, dock inte med social, ekonomisk och kulturell bakgrund.

I sin framtidsbedömning menar mödrahälsovårdsrepresentanterna att särskilt problem kring missbruk, relationsstörningar, asocialitet, ensamhet och övergivenhet samt psykosomatiska och neurotiska reaktioner kommer att öka i omfattning. Inom övrig primärvård betonas aggressivt och asocialt utagerande, missbruk bland ungdomar och i familjer, socio-kulturell problematik och relationsstörningar.

För mödrahälsovårdens del är arbetet med psykisk och psykosocial problematik främst en fråga om samverkan. Överlämnande till annan verksamhet bedöms vara uppgifter främst i samband med tonårsfrigörelse och asocialitet, depressivitet, suicidrisk och grava psykiska störningar samt reaktioner i samband med långvariga fysiska sjukdomar. Övrig primärvård ser i ungefär lika utsträckning den aktuella problematiken som uppgifter för samarbete och för överlämnande. Grava psykiska störningar, missbruk och fall med barn som far illa är dock sådant som man generellt vill lämna över till specialistfunktioner. Den problematik man i något större omfattning betecknar som en egen uppgift är psykosomatiska störningar. Bedömningarna från mödrahälsovården varierar starkt när det gäller vilka uppgifter man klarar och vilka man inte klarar. I kommuner med mer omfattande problematik — särskilt i de större städerna — finns svårigheter kring vissa samarbetsuppgifter när det gäller missbruk, asocialitet, ensamhets- och övergivenhetsupplevelser och sociokulturellt betingad familjeproblematik. Helhetsbilden är, att man klarar sjukvårdsuppgifterna medan ärenden med inslag av missbruk och psykiska och sociala störningar bereder svårigheter.

I bedömningen från övrig primärvård är bilden i huvudsak optimistisk. Man anser sig i stor utsträckning klara sina uppgifter i arbete med psykisk och psykosocial problematik. Något större svårighet bereder arbetet med asocialt utagerande hos ungdom — vilket dock är en sällan förekommande problematik inom primärvården — och problem, sammanhängande med störda familjerelationer.

Behov av insatser från PBU/BUP.

Nuläget

Mödrahälsovården har inga omfattande kontakter med den barnpsykiatriska verksamheten. Exempel ges på samarbete i missbruksärenden och vid suicidproblematik. Regelbunden handledning/konsultation uppges inte förekomma. Enstaka ärenden överlämnas, något oftare vid depressiv problematik. Inte heller övrig primärvård har särskilt omfattande kontakter med barnspykiatrin. Överhuvudtaget bedöms psykisk och psykosocial problematik föreligga i jämförelsevis liten omfattning. När sådan problematik identifieras tar man relativt ofta barnpsykiatriska kontakter. Det gäller överlämnande, särskilt vid grav psykisk problematik och suicidrisker, depressivitet och övergivenhet, handikapproblem samt socialt utagerande. I övrigt förekommer gemensamma insatser och/eller stöd/konsultation från PBU/BUP.

Hinder

Mödrahälsovården uppger olika samarbetshinder i olika regioner. Sammantaget nämns ungefär de hinder som rapporterats från barnhälsovården: bristande kännedom, bristande återkoppling, bristande möjligheter till personkontakt och avsaknad av fungerande rutiner. Övrig primärvård ser relativt litet hinder i arbetet med PBU/BUP. För få tillfällen till personliga sammanträffanden nämns oftare än annat som ett samarbetsförsvårande förhållande.

Framtidsbehov

Mödrahälsovårdens svar på vilka problembilder som i framtiden särskilt kommer att ställa krav på PBU/BUP-samverkan är inte entydigt. Missbruks- och familjeproblem återkommer relativt ofta, annars varierar svaren. Resursökningar inom både den egna verksamheten och barnpsykiatrin ses som en förutsättning för en förbättrad samverkan. Barnpsykiatrins frivillighetsprincip nämns på sina håll som ett försvårande förhållande för att etablera samarbete med PBU/BUP när mödrahälsovården skulle behöva det. På det hela taget ses inte barnpsykiatrin som någon "stor" samarbetspart. Primärvården i övrigt anger missbruk hos ungdom, psykosomatisk och neurotisk problematik, socioekonomiska familjeproblem samt samspelsstörningar som områden, som i framtiden kommer att kräva fungerande samverkan med PBU/BUP. Förutsättningarna för detta bedöms på ett varierande sätt. Förbättrade resurser för primärvården och för barnpsykiatrin nämns ofta. "Socialtjänsten måste finnas med om samarbetet skall ge något", är en bedömning som återkommer. Även primärvården ser barnpsykiatrin som en relativt "liten" samverkanspart.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings-/fortbildningsverksamhet

Mödrahälsovården ger varierande beskrivningar/definitioner av förebyggande arbete. För egen del bedöms sekundära och tertiära uppgifter dominera. Samverkan med barnpsykiatrin vad gäller förebyggande insatser, vårdplanering och utbildning förekommer knappast. Vissa fortbildningserfarenheter finns, studiedagar och studiebesök. Önskemålen är få. Enskilda exempel som ges gäller tonårsgraviditeter, föräldrautbildning, konsultverksamhet. Övrig primärvård, som också betonar de sekundärt och tertiärt förebyggande uppgifterna, har inte heller någon samverkan med barnpsykiatrin att tala om i förebyggande arbete, vårdplanering och gemensam fortbildning etc. Vissa önskemål finns dock. Det nämns besök på vårdcentraler från PBU/BUP, medverkan i föräldrautbildning etc.

2.7 Barnmedicinsk verksamhet och barnhabilitering

Problemförekomst och uppgifter

Den vanligaste psykiska och psykosociala problematiken inom den barnmedicinska verksamheten är psykosomatisk och neurotisk problematik och barn från familjer med störda relationer, som alla uppges förekomma mycket ofta. Vidare nämns barn med kontaktstörningar, störningar i samband med fysiska sjukdomar och handikapp samt socialt, ekonomiskt och kulturellt betingade svårigheter i familjen som bakgrund till barnens störningar. Ganska ofta uppges också barn med depressiva drag, barn med störd skolanpassning samt tonårsproblematik förekomma. På det hela taget betecknas den psykiska och psykosocialt betingade problematiken som mycket vanlig inom både den öppna och slutna barnmedicinska vården.

Från barnhabilitering uppges främst — som mycket ofta förekommande — psykiska problem förknippade med handikapp och fysiska sjukdomar, tonårsproblematik och störda familjerelationer. Ganska ofta uppges grava psykiska störningar (med preciseringen hjärnskador, MBD), neuroser och aggressivt utagerande.

Barnmedicin bedömer att speciellt psykosomatisk problematik, aggressivt och socialt utagerande och missbruk, övergivenhetskänslor, suicidrisker, skolanpassningssvårigheter och störda familjerelationer ökar i framtiden. Barnhabilitering nämner för sin målgrupp särskilt aggressivt utagerande, störda familjerelationer och social, ekonomisk och kulturell familjeproblematik.

Den egna verksamheten bedöms av barnmedicin ha omfattande uppgifter i arbetet med psykisk och psykosocial problematik,. Egna behandlingsinsatser gäller speciellt neurotisk och psykosomatisk problematik samt psykiska problem i samband med långvariga fysiska sjukdomar. Kring barn som far illa, misshandel, missbruk i familjen och över huvud taget familjeproblematik har man stora samarbetsuppgifter. Remittering/överlämnande dominerar i fall av beteendestörningar, socialt utagerande och missbruk hos ungdomar samt grav psykisk problematik. I en på det hela taget optimistisk bedömning av möjligheterna att klara dessa uppgifter nämns svårigheter kring främst socialt utagerande och missbruk, vanvård/misshandel samt tyngre familjeproblematik.

Barnhabiliteringens uppgifter i arbetet med psykisk och psykosocial problematik gäller de handikappade barnens och deras familjers behov. Här avses speciellt psykosomatik, kontaktstörningar, tonårsproblem och störda familjerelationer. Övriga problembilder karakteriseras främst som samarbetsuppgifter och — speciellt vad gäller grava psykiska störningar, missbruk och tung familjeproblematik — överlämnande till andra verksamheter. Genomgående har man en optimistisk bedömning av möjligheterna att klara uppgifterna i samband med skolproblem, psykosomatiska störningar och problem i samband med långvariga fysiska sjukdomar. I övrigt är man mer pessimistisk, i betydande utsträckning på grund av resursbrister.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

För den barnmedicinska verksamheten är barnpsykiatrin en specialistfunktion till vilken man vill kunna remittera/överlämna fall med inslag av mer uttalad psykisk problematik, suicidrisker och tyngre familjeproblematik med inslag av missbruk. Man vill kunna göra gemensamma insatser med barnpsykiatrin i arbete med misshandelsärenden och i arbete med neurotisk problematik när egna behandlingsinsatser inte ger resultat. Man vill ha möjlighet att konsultera BUP i egna ärenden, speciellt med inslag av psykosomatisk problematik eller när det gäller långvarigt/kroniskt sjuka barn och deras familjer. I huvudsak uppges samverkan som väl fungerande och tillfredsställande. Särskilt gäller detta barnmedicinsk slutenvård, där man ofta har ett långtgående samarbete med BUP-personal integrerad vid barnklinikerna. De önskemål som finns gäller ökade möjligheter till informella kontakter och konsultationer samt ökade möjligheter att överlämna ärenden med viss problematik (missbruk, asocialitet, grava neuroser, barnmisshandel).

Barnhabiliteringens kontakter med barnpsykiatrin gäller speciellt samarbete kring aggressivt utagerande och depressivitet hos barnhabiliteringens patienter, samt neurotisk, grav psykisk och suicidproblematik, där man i allmänhet lämnar över till BUP. Relativt genomgående finns en motivationsproblematik hos familjen/klienten för BUP-kontakt som enligt vissa svarande förstärks av bristande erfarenhet och kompetens inom BUP för arbete med handikappade barn och deras familjer.

Hinder

Från den barnmedicinska verksamheten uppges mycket litet hinder i samarbetet med barnpsykiatrin. Främst nämns resursbristen men också detta av en minoritet svarande från verksamheten. Från barnhabilitering uppges något fler hinder. Också här nämns resursbrister främst men tillsammans med brist på fungerande samverkansrutiner. I övrigt varierar hindren för olika landsting och kommuner.

Framtidsbehov

Följande problematik kommer att ställa ökade krav på fungerande BUP-samverkan enligt bedömning från barnmedicin: psykosomatik, depressiva drag, missbruk hos barn och ungdom, relationsproblematik i familjen och vanvård, misshandel. Förutsättningarna betecknas i allmänhet som goda. Ett villkor är dock utökade resurser, särskilt för barnpsykiatrin. I enskilda svar nämns också behov av att få in andra verksamheter i samverkan (socialtjänst, skola, förskola) samt att utveckla samarbetet kring "dåligt motiverade". Som en förutsättning nämns ofta, att barnpsykiatrin stannar inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Barnhabiliteringens svar är olika i olika regioner. Återkommande behov gäller samverkan kring aggressivt utagerande och depressiv pro-

blematik. Förutsättningar för att denna skall fungera är en bättre samordning mellan verksamheterna, speciellt att man kontinuerligt kan ha kontakt med samma BUP-team, samma personal i det enskilda ärendet. Det nämns också behov av förändrade attityder: ett ökat intresse för handikapproblematik inom barnpsykiatrin.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Det förebyggande arbetet inom barnmedicinsk verksamhet gäller främst sekundär och tertiär prevention, dvs arbete med riskgrupper och tidiga störningar. Inom barnhabilitering avges många varierande svar på det förebyggande arbetets inriktning och karaktär. Föräldraarbetet ses ofta som centralt.

Få exempel på samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin i förebyggande arbete nämns från båda verksamheterna. Man kan dock förmoda, att det vanliga arrangemanget med BUP-personal tjänstgörande vid barnmedicinska kliniker och mottagningar ger grund för samverkan i tertiärt förebyggande arbete: inriktning på att tidigt identifiera och behandla psykisk och psykosocial problematik. Samplanering förekommer i vissa fall, kring samordnad barnhabilitering, i arbete med barnmisshandel och överhuvudtaget i försök att samordna förefintliga resurser för barnavård och barnmisshandel. Här finns också medverkan från annan hälso- och sjukvård, socialvård, skola m. fl. Utbildnings- och fortbildningssamverkan har främst utformats som konferenser, temadagar etc. kring problemställningar av gemensamt intresse.

Önskemålen gäller framförallt fortsatta och utvecklade fortbildningssatsningar och "personalinformation". Många är nöjda med nuvarande förhållanden. Inom barnhabilitering nämns vissa mer specificerade önskemål: samarbete kring MBD-diagnostik, kring autistiska och psykotiska barn etc.

2.8 Vuxenpsykiatri

Problemförekomst och uppgifter

Psykisk och psykosocial problematik hos barn och ungdom är inte aktuell i någon större utsträckning.I allmänhet rör det sig om familjeproblematik: relationsstörningar, psykiska sjukdomar, missbruk och suicider. I någon utsträckning kommer man i kontakt med tonårsproblematik, missbruk hos ungdom samt suicidrisker hos barn och ungdom. I den framtida utvecklingen bedömer man särskilt att missbruk hos barn och ungdom liksom i familjerna, aggressivt och asocialt utagerande, depressivitet och suicidrisker bland barn och ungdom skall öka. De direkta egna uppgifterna i arbete med barn och ungdom har främst karaktären av samarbets- och överlämnandeuppgifter i samband med arbete med egna ärenden. Komplicerade familjerelationer ses främst som samverkansuppgifter, den individuella barn- och ungdomspsykiatriska problematiken som uppgifter för andra verksamheter.

Svårigheter med att klara egna aktuella insatser i samband med barn- och ungdomsproblematik uppträder speciellt i arbete med socialt, ekonomiskt och kulturellt betingad familjeproblematik och i samband med missbruk och psykiska sjukdomar i familjen. Även vid så gott som samtliga övriga problembilder uppträder svårigheter, oavsett uppgiftens karaktär.

Behov av insatser från PBU/BUP

Nuläget

På det hela taget är kontakterna av överlämnandetyp. Regelbunden handledning/konsultation förekommer så gott som inte alls. Vid de egna vanligt förekommande problembilderna — familjeförankrad problematik samt missbruk hos ungdom — tenderar man att antingen inte ha BUP-kontakter alls eller söka samarbete eller mer informella kontakter "vid behov". Vid de mindre ofta förekommande problembilderna (individuellt definierad problematik hos barn och ungdom) tenderar man att lämna över till PBU/BUP. Uppenbarligen är det som en specialfunktion, till vilken man remitterar problem på relativt klara indikationer, man använder PBU/BUP.

Hinder

Hinder uppges i måttlig omfattning när det gäller samarbete med PBU/BUP. Mest dominerar svårigheter att få till stånd personliga sammanträffanden, bristande resurser för samverkan samt brist på tillfredsställande samverkansrutiner. I någon mån uppges skilda uppfattningar om behandlingsmöjligheter vara ett hinder för samverkan. Totalt sett uppges mer hinder än t. ex. barnmedicin men klart mindre än skola och socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Framtidsbehov

Den problematik, som i framtiden kommer att kräva en fungerande samverkan med PBU/BUP, är framför allt missbruk, främst i familjen men i viss mån också hos barn och ungdom. Även relationsstörningar, psykiska sjukdomar och suicider i familjen, barn som far illa och aggressivt utagerande barn nämns relativt mycket. Man uppger det som svårt att bedöma förutsättningarna för att få till stånd denna samverkan. I flera landsting är vuxenpsykiatrin under omorganisation med ännu okända konsekvenser. Egen inre splittring nämns i några fall som försvårande omständighet, liksom resursbrister. I några få svar nämns förutsättningarna redan i dag vara mycket eller ganska goda. Så gott som samtliga vill ha resurserna för arbete med barns och ungdomars psykiska och psykosociala problem samlade inom barnpsykiatrin. I något fall föreslås tillförande av resurser till vuxenpsykiatrin eller utvecklad samordning mellan barn- och vuxenpsykiatriska kliniker. Barnpsykiatrin ses på det hela taget som en kompetent, tillförlitlig resurs inom sitt kompe-

tensområde som förutom barn- och ungdomsproblematik i flera fall uppges omfatta familjeproblematik och familjeterapi.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Uppgifterna i förebyggande arbete definieras främst som arbete med riskgrupper och tidiga störningar. Endast i undantagsfall har samverkan med PBU/BUP förekommit och har då gällt barnens situation i ärenden med psykiskt sjuka föräldrar. I något fall har gemensam planering förekommit i arbete med missbruksproblematik hos föräldrar. Gemensam planering har också gällt utarbetande av länsvisa psykiatriplaner i vissa fall. Gemensamma utbildnings/fortbildningsinsatser har förekommit i viss utsträckning. Mer omfattande satsningar har gällt psykoterapiutbildning och handledning i familjeterapi och individualpsykoterapi. Vissa gemensamma insatser har gjorts kring mer avgränsade temata: barnmisshandel, missbruk m. m. Uppgivna önskemål handlar i många fall om presentation av PBU/BUP:s verksamhet och samplanering kring arbete med familjer. Samverkan kring riskgrupper och kring missbruksfrågor nämns också.

2.9 Omsorgsverksamhet

Problemförekomst och uppgifter

Den psykiska och psykosociala problematik man kommer i kontakt med uppfattas främst som "pålagrings-" och följdfenomen till den primära handikapproblematiken. Särskilt gäller detta i arbetet med förståndshandikappade. Vidare nämns neurotisk och grav psykisk problematik — ofta specificerat till hjärnskador —, kontaktstörningar, utagerande och problem kring tonåringars frigörelse. I den framtida utvecklingen bedöms särskilt aggressivt utagerande, hämmad depressiv och grav psykisk problematik att öka. I samband med detta bedöms också störda familjerelationer utvecklas. Uppgifterna är egna behandlingsinsatser främst vid kontaktstörningar, skolproblem och tonårsproblematik samt vid ensamhets- och övergivenhetsupplevelser. Egna behandlingsuppgifter, men också överlämnande, är aktuellt i samband med psykosomatisk och neurotisk problematik. I övrigt bedöms överlämnande/remittering till annan verksamhet för insatser vara adekvat åtgärd utom vid missbruksproblematik och asocialt utagerande liksom vid störda familjerelationer, som i huvudsak ses som samarbetsuppgifter. Det bereder generellt sett ganska stora svårigheter att klara de egna uppgifterna, oavsett deras karaktär. Endast i arbete med skolproblem och ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt när det gäller samarbete och/eller överlämnande i samband med fysiska sjukdomar samt suicidrisker bedömer man sig i något större utsträckning klara uppgifterna. Även i dessa fall ifrågasätts kvaliteten på resultatet i vissa svar.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

Samarbetet med PBU/BUP är på det hela taget inte särskilt utvecklat eller intensivt. I något större utsträckning förekommer barnpsykiatriska insatser för omsorgsverksamhetens målgrupp vid psykosomatisk, neurotisk och grav psykisk problematik, vid utagerande, i samband med suicidrisker, störda familjerelationer och när barn befaras fara illa. Mest består insatsen av informella kontakter och konsultationer. I samband med grav psykisk problematik samt suicidrisker förekommer dock i något större utsträckning att ärenden överlämnas till den barnpsykiatriska verksamheten. Viss mer regelbunden handledning och konsultation förekommer, särskilt kring psykosomatisk problematik. Barndomspsykoserna är ett problemområde i skarven mellan barnpsykiatrin och omsorgsvård, där gränsdragningen och ansvarsfördelningen är mycket oklar.

Hinder

Hinder i samverkan med PBU/BUP uppges i relativt stor omfattning. Hindrens karaktär skiljer sig delvis från övriga verksamheters. Som det mest avgörande hindret anges sålunda skilda bedömningar av vilka målgrupper som skall prioriteras. Också olika uppfattningar om behandlingsinsatsernas utformning bedöms i relativt stor utsträckning som ett väsentligt hinder. Annat som nämns är avsaknad av samverkansrutiner, svårigheter med personliga sammanträffanden med BUP-personal och bristande resurser för samverkan. Man återkommer i många svar till barnpsykiatrins bristande intresse för de utvecklingsstörda. Värderingar tycks spela en jämförelsevis stor roll i samverkansbedömningarna.

Framtidsbehov

De problembilder, som i framtiden torde ställa störst krav på en fungerande BPU/BUP-samverkan är aggressivt utagerande, grava psykiska störningar, särskilt i samband med hjärnskador och MBD, depressiv, inbunden problematik och relationsstörningar i familjen. Inom omsorgsvården önskar man av barnpsykiatrin en förändrad syn på utvecklingsstördas möjligheter, omprioriteringar och ökade kunskaper om utvecklingsstörning. Också en förändrad syn i samhället efterlyses, liksom en mer öppen ömsesidigt kontakt. Resursbrister påtalas liksom behovet av utlokaliserade PBU/BUP-team. I vissa svar påpekas, att de nya habiliteringsorganisationerna kommer att ta ett övergripande ansvar och att samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin måste utvecklas inom ramen för dessa.

På det hela taget andas svaren inte någon större optimism eller förhoppning på en fungerande samverkan med barnpsykiatrin. När det gäller resurser för psykiskt och psykosocialt arbete förordas följaktligen i mycket liten utsträckning en koncentration till barnpsykiatrin. Istället

påpekas behovet av egna resurser inom omsorgsverksamheten och särskolan, främst av psykologer och kuratorer, men också väsentligt utökade möjligheter till handledning och konsultstöd från PBU/BUP.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildning/fortbildningsverksamhet

Förebyggande arbete definieras oftast som arbete med tidiga störningar. Det betonas i flera kommentarer att insatser för att förebygga psykiska "tilläggshandikapp" måste sättas in från första början när ett handikapp identifierats, helst på BB. Föräldrarna är en synnerligen viktig målgrupp.

Mycket få exempel finns på samverkan i förebyggande arbete, vårdplanering och utbildning/fortbildning mellan omsorgsverksamhet och PBU/BUP. Ett undantag är ett landsting, där samma person är BUP-chef och omsorgsöverläkare. Detta kan vara en samverkansunderlättande faktor. Samverkan har förekommit kring tidiga bedömningar av barn, kring "gemensamma familjer", kring vårdplan för psykotiska barn, kring vårdbidragsutredningar m. m. I övrigt handlar önskemålen mest om samarbetsplaner för psykiatrisk vård åt utvecklingsstörda, samverkan kring psykotiska barn, identifiering av gemensamma målgrupper samt information, utbildning, handledning om och från PBU/BUP.

2.10 Landstingsanknutna hem för vård eller boende

Problemförekomst och uppgifter

Enkätmaterialet kommer från i huvudsak tre typer av institutioner, som kan grupperas med hänsyn till ålder: spädbarnshem, barnhem och tonårshem/ungdomshem. Eftersom bedömningarna naturligt nog varierar mellan dessa redovisas de var för sig.

Spädbarnshemmen uppger främst kontakt med familjeproblematik, särskilt missbruk. Uppgifterna är främst samverkan kring familjeproblem samt egna insatser i fall av depressivitet och kontaktstörningar och, där så är aktuellt, handikapproblematik. Svårigheter att klara uppgifterna anges speciellt då det gäller samverkan kring familjeproblem, där både resurs- och samverkansbrister spelar in.

Barnhemsverksamheten (målgrupp ca 2—12 år) uppger speciellt förekomst av kontaktstörningar, skolproblem, aggressivt och socialt utagerande, depressivitet, övergivenhet och störda familjerelationer. Man ser de psykiska och psykosociala problemen hos barnen som i hög grad uppgifter för den egna verksamheten. Samverkan söker man främst kring tyngre familjeproblematik (psykiska sjukdomar, missbruk och överhuvudtaget bedömda riskmiljöer). Överlämnande uppges i mycket begränsad omfattning. Man uppger sig i relativt stor utsträckning klara uppgifterna. Centralt placerade tjänstemän har en något mer pessimistisk bedömning än barnhemspersonalen. Uppgivna svårigheter gäller mycket varierande typer av problem, både individuella och familjeför-

ankrade. Där svårigheter finns uppges egna resursbrister i hög grad vara en avgörande orsak.

Tonårs- och ungdomshem (i materialet ingår också en f d ungdomsvårdsskola) uppger i mycket stor utsträckning förekomst av störda familjerelationer, frigörelseproblematik, kontaktstörningar, skolproblem och asocialt utagerande. Också missbruk och vanvård i hemmiljön uppges som vanligt. Institutionernas egna uppgifter gäller främst behandlingsinsatser kring kontaktstörningar, utagerande, depressivitet, övergivenhetskänslor, skolproblem. Grava psykiska störningar bedöms företrädesvis vara ett problem som bör överlämnas till specialistfunktioner. Samverkansuppgifter finns främst kring de störda familjerelationerna. Uppgifterna om vad man klarar och vad som skapar svårigheter varierar starkt. Egna resursbrister är ett återkommande problem.

När det gäller den framtida problemutvecklingen är man ense om att aggressivt utagerande bland barn och ungdom, ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt social, ekonomisk, kulturell familjeproblematik kommer att öka. I övrigt lägger spädbarnshemmen särskilt vikt vid missbruk och relationsstörningar i familjen medan barn- och tonårshem mera betonar risk för tilltagande depressivitet och kamrat- och kontaktproblem och ökade risker för suicidhandlingar bland barn och ungdom.

Behov av PBU/BUP-insatser

Nuläget

Spädbarnshemmen uppger mycket begränsade kontakter med barnpsykiatrin överhuvudtaget. För de andra verksamheterna är bilden mer motsägelsefull. Speciellt inom ett landsting uppger såväl barn- som tonårshem relativt utbyggda och välfungerande kontakter med PBU/BUP. Man har framför allt ett omfattande konsultstöd och möjlighet att ta upp problem vid behov. En svårighet vållar de akuta hjälpbehov som förekommer vid en dygnetruntinstitution. Inom andra landsting rapporteras inga eller så gott som inga insatser från eller kontakter med barnpsykiatrin. Det som i allmänhet finns är samarbete i samband med överlämnande av grava psykiska störningar och i några fall samarbete i barnmisshandelsärenden.

Hinder

Också vad gäller hinder för samverkan är de regionala variationerna stora. Även mellan institutionstyperna finns olikheter. Spädbarns- och barnhem ser sålunda bristande återkoppling från och bristande möjligheter att få personlig kontakt med PBU/BUP som avgörande hinder för samverkan medan tonårshemmen inte tillmäter sådana förhållanden nämnvärd betydelse. Likaså är bristen på samverkansrutiner besvärande för spädbarns- och barnhem men inte för tonårshem. Gemensamt för barnhem och tonårshem är däremot, att skiljaktigheter mellan institutionsvård och barnpsykiatri vad gäller synen på psykiska problem och på behandlingsmöjligheter uppfattas som ganska viktiga samverkanshinder.

Framtidsbehov

Det uttalas genomgående behov av ökad samverkan med barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. För spädbarnshemmen handlar detta främst om samarbete kring relationsstörningar, psykiska sjukdomar och missbruk i familjen. Barnhemmen uppger sig emellan ganska olikartade behov. Aggressiv och socialt utagerande problematik, depressiva och neurotiska störningar nämns mest som sådana problem, som kommer att göra samverkansbehovet med PBU/BUP större. Från tonårshemmen bedöms att samverkansbehoven kommer att öka speciellt kring aggressivt utagerande ungdomar, missbruk, depressivitet och suicidrisker.

Förutsättningarna för att förverkliga detta bedöms mycket olika. En del karakteriserar nuvarande samverkan som redan mycket god och räknar med att detta förhållande kommer att gälla också i framtiden. Andra menar att relationen till PBU/BUP fungerar dåligt och att förutsättningar knappast finns för att den skall bli bättre. Från speciellt barnhem återkommer upplevelsen, att PBU/BUP är föga intresserat av institutionsvårdens problem. En ändrad inställning, innefattande ökade möjligheter för PBU/BUP att ställa upp akut, efterlyses. Huvudmannaskapsfrågor berörs. I ett landsting där kommunerna kommer att överta institutionsvården, menar man, att detta kommer att försämra samverkan med den landstingskommunala barnpsykiatrin.

I allmänhet förordas en samling av resurserna för psykisk och psykosocial problematik hos barn och ungdom inom PBU/BUP men man önskar denna utbyggd och med ett väsentligt ökat konsultstöd till institutionerna. I många fall efterlyser man egna psykolog- och/eller terapeutresurser integrerade i verksamheten.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Mest betonas sekundärt förebyggande arbete: uppsökande insatser för bestämda riskgrupper där missbruk och sociala problem i familjen samt relationsstörningar föreligger. Även arbete med tidiga störningar betonas, speciellt av spädbarnshemmen.

Ingen samverkan med PBU/BUP i förebyggande arbete uppges förekomma. Samplanering har förekommit inom ett landsting, gällande barnpsykiatrisk slutenvård och institutionsverksamhet. Gemensamma fortbildningssatsningar har förekommit mest i form av studiedagar (kristerapi, kris och utveckling, samverkan i barnomsorgen, barnmisshandel etc.) och studiebesök, bl. a. från PBU/BUP till institutionerna. Önskemålen är få. De uttalas mest från barnhemshåll och gäller samarbetsformer, gemensam handledning och studiedagar.

2.11 Familjerådgivning

Tillfrågade familjerådgivningsverksamheter har alla, med undantag för Göteborg som är landstingsfri kommun, landstingskommunalt huvudmannaskap.

Problemförekomst och uppgifter

Den psykiska och psykosociala problematik med anknytning till barn och ungdom som genomgående nämns är störda familjerelationer. I några fall nämns ensamhets- och övergivenhetsupplevelser, psykosomatik och tonårsproblem. Under den närmaste framtiden bedöms särskilt relationsstörningar, socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad familjeproblematik, aggressivt och socialt utagerande bland barn och ungdom, psykosomatisk och neurotisk problematik, depressivitet, ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt suicidrisker att öka i omfattning.

Familjerådgivningen har — som ofta påpekas i svaren — en speciell karaktär i detta sammanhang, både genom sin sekretess och sin målgrupp. Det är relativt sällan barnpsykiatriska åtgärder är påkallade. De egna arbetsuppgifterna gäller helt relationsbehandling och problembearbetning hos vuxna. Om barn finns med i bilden och någon speciell åtgärd bedöms lämplig kan man rekommendera PBU/BUP-kontakt eller kontakt med t. ex. elevvård, socialförvaltning etc. Några samarbetskontakter vid sidan om klientarbetet förekommer inte. "Överlämnande" sker följaktligen endast i den utsträckning föräldrarna själva finner sådan åtgärd motiverad.

Behov av PBU/BUP-insatser

Som ovan nämnts har inte familjerådgivningsverksamheten något direkt behov av PBU/BUP-insatser. Om huvudproblemet visar sig vara symptom hos barnet rekommenderas kontakt med t. ex. PBU/BUP. Det egna arbetet gäller helt de vuxna sökande. Någon svarande uppger dock informella kontakter med PBU/BUP vad gäller metodproblem och metodutveckling.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Man karakteriserar de förebyggande uppgifterna mest som primär prevention, riktade mot hela befolkningen. Också sekundärt och tertiärt förebyggande arbete nämns dock av de flesta.

Samverkan med PBU/BUP förekommer inte. Inom ett landsting uppges dock visst utbildningsarbete kring relationsbehandling, som gällt båda verksamheterna, förekomma. Önskemålen är få. Gemensamt förebyggande arbete nämns i några fall, dels "allmänt riktat", dels riktat mot specifika grupper, t. ex. tonåringar och småbarnsfamiljer.

2.12 Vissa primärkommunala resurser för arbete med invandrarfrågor

Materialet från rubricerade verksamheter är litet. Från tre kommuner finns svar från invandrarbyråer. Därutöver finns enstaka svar från invandrarkonsulenter inom skola och förskola från tre kommuner.

Problemförekomst och uppgifter

Invandrarbyråerna uppger inte psykisk och psykosocial problematik bland barn och ungdom förekomma i någon större utsträckning. Det som nämns något mer är kamrat- och kontaktsvårigheter och frigörelseproblematik bland tonåringar. Man befarar att de socio-kulturellt betingade familjeproblemen kommer att öka. Uppgiften för invandrarbyråerna är att hänvisa till PBU/BUP när problem bedöms vara av den arten. Detta anses inte skapa några större svårigheter. Kontakterna med PBU/BUP uppges fungera bra.

Konsulenterna inom skolan nämner depressivitet, kamrat- och kontaktsvårigheter, övergivenhetsupplevelser, skolanpassningsproblem samt socio-kulturella och samspelsmässiga familjeproblem som vanliga bland invandrareleverna. Inom förskolan nämns samma typ av familjeproblem. De individuella problemen hos barn är främst aggressivt utagerande, depressivitet, psykosomatiska symptom och kamrat- och kontaktsvårigheter. De problembilder som bedöms bli allt vanligare i framtiden är framför allt socio-kulturella problem och samspelssvårigheter inom familjen, psykosomatisk problematik bland barn och ungdom samt problem i tonåringars frigörelse.

Inom skolan karakteriseras de flesta psykiska och psykosociala problemen bland invandrarelever som samarbetsuppgifter. Remittering/överlämnande är mest aktuellt vid grava psykiska störningar och vid komplicerad familjeproblematik. De egna uppgifterna försvåras främst av resursbrister. När det gäller överlämnande och samarbete kring familjeproblem finns brister i samarbetsformerna.

Förskolan ser de flesta av de psykiska och psykosociala problemen som uppgifter för den egna verksamheten för vilka man behöver stöd utifrån. Undantag är grava psykiska störningar och handikappförbunden problematik. I huvudsak kan den existerande problematiken lösas tillfredsställande när det finns tillgång till språkkunnig och kulturkompetent personal. I de fall man inte klarar uppgifterna är det brister i personalens kulturkompetens samt kommunikationsproblem mellan invandrare och svenskar som uppges vara huvudorsaken.

Behov av PBU/BUP-insatser

Existerande kontakter är inte omfattande. Invandrarbyråerna uppger sig hänvisa när behov bedöms föreligga- Skolans kontakter äger huvudsakligen rum inom ramen för elevvårdsarbetet överhuvudtaget. Någon speciell redovisning för PBU/BUP-kontakter kring just invandrarelever har inte lämnats.

De framtida samverkansbehoven uppges främst gälla psykosomatisk problematik och kulturellt betingade familjeproblem som involverar barn och ungdom. Det formuleras få uppfattningar om på vilka villkor ett sådant samarbete skulle kunna komma tillstånd. En invandrarbyrå efterlyser ökade PBU/BUP-kontakter för ömsesidig information och kunskaps-/erfarenhetsutbyte.

Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

Genomgående ses ett riskgruppsinriktat förebyggande arbete som den mest angelägna preventiva uppgiften. Från förskolan framförs att detta främst måste ske genom förskolans föräldrakontakter. Ingen samverkan med PBU/BUP uppges förekomma från något håll. Vissa önskemål om "erfarenhetsutbyte" uttalas. På det hela taget är dock intrycket, att PBU/BUP inte ses som någon stor eller högt prioriterad samverkanspart.

3. Sammanfattande jämförelser

Ett sätt att jämföra de studerade verksamheterna är att ange om verksamheten ofta eller sällan har PBU/BUP-kontakter kring den problematik man faktiskt identifierar inom den egna verksamheten, oavsett om man totalt sett ser mycket eller litet sådan problematik. Sett på så sätt finns det en grupp av verksamheter, som har relativt mycket PBU/BUP-kontakter. Dessa är barnmedicin, primärvård utom barnhälsovård, vuxenpsykiatri, socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt skolans elevvård. Jämförelsevis litet PBU/BUP-kontakter har barnhälsovård, primärkommunal barnomsorg med förskolor och fritidshem, skolans lärare och SYO-personal, omsorgs- och institutionsvård, familjerådgivning samt de invandrarverksamheter som berörts av undersökningen. Det som sägs gäller oavsett kontaktens typ — här görs ingen skillnad om det gällt egentlig samverkan/samarbete, konsultation, kontakter i utbildningssammanhang, remittering osv.

Det skall också understrykas att det sagda gäller i förhållande till den psykiska och psykosociala problematik som identifieras inom den egna verksamheten. Totalt sett är t. ex. distriktsvårdens och vuxenpsykiatrins kontakter med PBU/BUP få men detta förefaller sammanhänga med att man ser jämförelsevis litet psykisk och psykosocial problematik bland barn och ungdom. När man ser det är man benägen ta kontakt, vanligen genom remiss. Barnhälsovård, barnomsorg och skola har i absoluta tal säkerligen fler PBU/BUP-kontakter men i förhållande till den faktiskt existerande eller identifierade problematiken inom den egna verksamheten är deras kontakter glesare än vad fallet är med t. ex. vuxenpsykiatrins kontakter med PBU/BUP.

Kontaktens karaktär varierar. För hälso- och sjukvårdsanknutna verksamheter handlar det i allmänhet om remittering och överlämnande. Inom socialtjänsten och skolan gäller kontakterna i stor utsträckning konsultation, handledning eller annat form av stöd i den egna verksamhetens arbete. Gemensamma insatser — alltså direkt samarbete i enskilda ärenden med någon form av mer eller mindre uttalad ansvarsfördelning — förekommer framför allt mellan barnmedicin och barnpsykiatri samt mellan socialtjänstens individ- och familjeomsorg och barn- och ungdomspsykiatrin.

Att ha jämförelsevis mycket PBU/BUP-kontakter är inte detsamma som att vara tillfredsställd över existerande samarbete och tillgång på tjänster.

I *stort* sett uppger barnmedicin, primärvård utom barn- och mödrahälsovård, vuxenpsykiatri, familjerådgivning och invandrarverksamheter att samverkansläget med barn- och ungdomspsykiatrin är jämförelsevis acceptabelt. Socialtjänstens individ- och familjeomsorg, skolan med elevvård, barnhälsovården, omsorgs- och institutionsvården är jämförelsevis missnöjda med situationen. Det finns en tendens att ju mer hälso- och sjukvårdsinriktad samverkansparten är och ju mer samarbetet/kontakterna bygger på överlämnande/remittering, desto mer tillfredsställd är man över kontakterna och tillgången på barn- och ungdomspsykiatriska tjänster. Ju mer psykologiskt-pedagogiskt-socialt inriktad samverkansparten är och ju mer de efterfrågade kontakterna gäller samarbete och/eller handledning/konsultation, desto mer otillfredsställd är man. Klara undantag är barnhälsovården som är kritisk och familjerådgivningen och invandrarverksamheterna som uppger sig vara relativt tillfredsställda över sina PBU/BUP-kontakter. De senare verksamheterna har dock en betydligt lägre "efterfrågenivå" än de övriga som omfattas av undersökningen. I familjerådgivningens fall är det troligen sammanhängande med arbetsformerna och den faktiskt påträffade problematiken inom verksamheten. När det gäller invandrarverksamheterna träffar man onekligen på problem bland barn och ungdom i ganska betydande omfattning. Det förefaller dock inte som man i större utsträckning artikulerat dessa problem på sådant sätt, att behovet av barn- och ungdomspsykiatriska insatser blivit tydliga.

Samverkanshindren handlar i påfallande hög grad om brist på återkoppling, brist på samverkansrutiner, brist på sammanträffandemöjligheter, brist på information från och kännedom om PBU/BUP, brist på resurser. Det handlar i påfallande liten grad om skilda huvudmannaskap, olika behandlingsideologier, olika syn på klientel och på psykisk och psykosocial problematik. Där sådana åskådningsmässiga skillnader föreligger, tycks de snarast uppfattas som något som sammanhänger med skilda verksamheters skilda kompetensområden och många gånger uppfattas som en styrka, som själva anledningen till att man söker PBU/BUP-insatsen.

De uttalade önskemålen om och kraven på barn- och ungdomspsykiatriskt inriktade tjänster tycks i betydande omfattning gälla en samlad, specialiserad verksamhet. I mycket liten utsträckning förordar man en uppdelning av, spridning av den nuvarande kompetensen på flera verksamheter. Däremot vill man, speciellt i mindre kommuner och glesbygd, ha en spridning och utlokalisering av PBU/BUP-verksamheten men i huvudsak konstruerad som den är nu. Det barn- och ungdomspsykiatriska teamet med samlade kurators-, läkar- och psykologresurser ses som en styrka. I många fall och inom i stort sett alla undersökta verksamhetsområden efterfrågar man dessutom egna utökade resurser för arbete med psykisk och psykosocial problematik. Detta är dock knappast istället för en samlad specialistfunktion utan som ett komplement till denna. Särskilt från socialtjänst och skolhåll framförs inte sällan uppfattningen, att ökade egna resurser är en förutsättning för att kunna ta emot och nyttiggöra de barn- och ungdomspsykiatriska tjänsterna.

Tre olika bilder av en önskad barn- och ungdomspsykiatri framtonar.

a. En specialiserad PBU/BUP-verksamhet till vilken man överlämnar grav psykisk problematik hos barn och ungdom och till vilken man hänvisar familjer med komplicerad problematik.

b. En PBU/BUP-verksamhet som besitter specialistkompetens för att göra avgränsade insatser i ärenden med komplex problematik, som normalt uppträder inom och handläggs av andra verksamheter. PBU/BUP skall göras begränsade psykiatriska, psykologiska och psykoterapeutiska insatser liksom utredning och diagnostiska bedömningar i ärenden med problembilder där andra aspekter dock ses som dominerande (somatiska, sociala, missbruksrelaterade, misshandelsrelaterade, pedagogiska, utvecklings- och inlärningsrelaterade etc).

c. En PBU/BUP-verksamhet, som besitter specialkunskaper i barn-. ungdoms- och familjepsykologi, som bör göras tillgänglig för alla verksamheter som på något sätt kommer i kontakt med barn-, ungdoms- och familjeproblem av psykisk och psykosocial natur. PBU/BUP skall genom konsultation, handledning, olika former för informellt stöd, utbildning och i någon mån förebyggande arbete svara för en sådan kompetensspridning.

Var och en av de nämnda inriktningarna kräver speciella metoder och rutiner, inte bara i det klientrelaterade arbetet utan också när det gäller att skapa och vidmakthålla de "tvärfackliga" kontakterna. Så har exempelvis konsultations- och handledningsmetodik utvecklats till något av egna sidospecialiteter vid sidan av den psykiatrisk-psykologisk-sociala baskompetensen.

De i denna undersökning studerade verksamheterna har ganska olika behov av PBU/BUP. Den "profil" man söker hos barn- och ungdomspsykiatrin skall möta de egna behoven. Inte alltid verkar dock kringliggande verksamheter, i sin kritik av barnpsykiatrin, vara medvetna om att andra verksamheter samtidigt har helt andra behov, krav och förväntningar. Ett försök till ett sammanfattande schema över skilda verksamheters syn på barnpsykiatrin avser att illustrera detta förhållande..

De tidigare presenterade önskemålen om och förväntningarna på PBU/BUP:s verksamhet kan grovt sammanfattas i de tre ovan beskrivna modellerna a, b och c. Om man grovt karakteriserar de undersökta verksamheterna med avseende på vilken framtoning och profil de söker hos barn- och ungdomspsykiatrin får man följande:

	efterfrågad inriktning på barn- och ungdomspsykiatrin		
	a	b	c
barnomsorgsassistenter (motsv.)	x		x
förskola/fritidshem			x
socialtjänst, ind. o. fam.oms.	x	x	x
lärare, SYO inom skolan	x		x
skolpsykologer, skolkuratorer	x	x	x
skolhälsovård	x		
barnhälsovård	x		x
mödrahälsovård	x		
övrig primärvård	x		
barnmedicin	x	x	x
barnhabilitering		x	
vuxenpsykiatri	x	x	
omsorgsverksamhet		x	x
institutionsvård	x		x
familjerådgivning	?		
invandrarverksamheter	x		

Vad denna jämförelse vill peka på är vissa problematiska förhållanden, dels angående den barn- och ungdomspsykiatriska verksamhetens utrymme för behandlingsarbete med direktsökande klienter, dels angående omvärldens värderingar av sådana insatser. Dessa frågor skall följas upp i en diskussion i samband med presentation av materialet från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i bilaga 2.

Bilaga 2

Barn- och ungdomspsykiatrins syn på samverkan kring psykisk och psykosocial problematik

Ulf Janson

Sammanfattning av en undersökning, utförd för BFU -81

1. Undersökningens uppläggning och omfattning 171

2. Problemförekomst inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Uppgifter för PBU/BUP-verksamheten 171

3. PBU/BUP:s kontakter med andra verksamheter 173

4. Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet 175

5. Hur ser man i stort på den egna verksamheten? 177

6. Diskussion 178

1. Undersökningens uppläggning och omfattning

Som en del av den inom BFU-81-utredningen företagna undersökningen av efterfrågan på tjänster från barn- och ungdomspsykiatrin genomfördes en speciell studie av hur verksamheten inom PBU/BUP såg på samverkansfrågor. PBU/BUP inom samma landsting, delar av landsting och kommuner, som ingick i efterfrågeundersökningen, tillställdes omfattande frågeformulär om förekomst av psykiska och psykosociala problem i verksamheten, om verksamhetens uppgifter, kontakter med andra verksamheter, förebyggande arbete samt syn på sitt eget arbete.

Sammanlagt föreligger från verksamheten i Kopparbergs, Kristianstads, Norrbottens och Östergötlands län samt Göteborgs kommun 11 svar från öppna mottagningar där hela barn- och ungdomspsykiatriska team medverkat vid svarandet, vidare 2 svar från team i öppenvård som också är klinikanknutna samt 12 svar från olika slutenvårdsfunktioner: slutna klinikanslutna avdelningar inkluderande barn-, ungdoms- och familjebehandlingsavdelningar, akutavdelningar/kristeam samt behandlingshem/miljöterapeutiska avdelningar. Även en specialskola för autistiska och psykotiska barn ingår i materialet.

Materialet speglar följaktligen PBU/BUP:s arbete och samverkan med andra verksamheter inom fyra landsting samt 20 kommuner av skiftande karaktär, från storstäder till utpräglade glesbygds- och avfolkningsområden.

2. Problemförekomst inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Uppgifter för PBU/BUP-verksamheten

Problembilder, som uppges förekomma mycket ofta, är störningar hos barn och ungdom på grund av relationsproblem inom familjen, kamrat- och kontaktstörningar, aggressivt utagerande, neurotiska och psykosomatiska störningar. Även depressiva störningar, skolproblem med skolfobier, skolk och skolleda, problem i tonåringens frigörelseprocess samt ensamhets- och övergivenhetsupplevelser uppges förekomma ofta. Det föreligger inga påtagliga skillnader mellan uppgifterna från öppen och sluten vård i dessa avseenden. Det skall också påpekas, att alla problembilder är kända för samtliga uppgiftslämnare med ytterst få undantag. Vidare har få tillägg gjorts till listan på de i enkätformuläret angivna 21 problembilderna. I sammanlagt 26 svar görs totalt åtta sådana tillägg (anorexia nervosa, perceptionsstörningar, fobier, tvångsmässighet, vårdnads- och umgängeskonflikter, extremt överbeskydd, sorgereaktioner efter närståendes död, ouppklarade skilsmässor). Det förefaller följaktligen som om de i enkäten beskrivna problembilderna hyggligt täcker det problempanorama som framträder för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

I bedömningen av framtida problemutveckling anges särskilt att problem av typen aggressivt utagerande, kamrat- och kontaktsvårigheter,

socialt utagerande (snatteri, kriminalitet, asocialitet, vagabondering, prostitution), ensamhets- och övergivenhetsupplevelser, suicidrisker bland barn och ungdom, socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad familjeproblematik samt relationsproblem och psykiska sjukdomar i familjen, vanvård och misshandel kommer att öka i omfattning. Jämfört med svaren från andra verksamheter är denna "prognos" från barn- och ungdomspsykiatrins företrädare den mest pessimistiska av de gjorda framtidsbedömningarna i hela enkätmaterialet. Detta gäller särskilt öppenvården inom PBU/BUP.

Man ser samarbetsuppgifter speciellt i arbetet med aggressivt och asocialt utagerande (främst med socialtjänstens utrednings- och behandlingsverksamhet samt foster-/familjehemssektioner, skola med elevvård, institutionsvård), skolanpassningsproblem (främst med skolans företrädare men även socialtjänst och institutionsvård), missbruk bland barn och ungdom (samma samarbetsparter som ovan men i någon utsträckning också barnmedicinsk vård samt distriktsvård). Vidare ser man speciella samarbetsuppgifter i arbetet med socialt, ekonomiskt, kulturellt betingad familjeproblematik (främst socialtjänst men också skola med elevvård samt invandrarverksamheter inom skola, socialtjänst och invandrarbyråer — invandrarverksamheterna har dock inte den framskjutna plats i samarbetet som de enligt mångas bedömning borde ha) samt i arbetet med psykiska sjukdomar och missbruk i familjen (vuxenpsykiatri, socialtjänst med foster-/familjehemsverksamhet, i någon mån skolans elevvård med skolhälsovård).

Typiska uppgifter för den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården bedöms vara arbete med hämmade, depressiva barn, med svårigheter kring tonåringars frigörelse, neurotisk problematik och ensamhets- och övergivenhetsupplevelser samt relationsstörningar inom familjen. Typiska slutenvårdsuppgifter är grava psykiska störningar (psykoser, borderline, hjärnskador, akuta förvirringstillstånd) och i viss utsträckning suicidproblematik.

För övriga problembilder varierar bedömningarna. I få fall bedöms ärenden aktualisera överlämnande till andra verksamheter. Det sker i öppenvårdssvaren i några fall när det gäller vanvård/barnmisshandel/incest samt i fall av suicider inom familjen. I slutenvårdssvaren är det framför allt asocialt utagerande som man ser som uppgifter för andra verksamheter (socialtjänst, institutionsvård).

Det rådet god överensstämmelse mellan öppen- och slutenvårdssvaren i bedömningar av vilka problembilder man i stort sett klarar: hämmad, depressiv problematik, kamrat- och kontaktsvårigheter, skolproblem (fobier, skolk, skolleda), frigörelseproblematik hos tonåringar, psykosomatisk och neurotisk problematik, ensamhets- och övergivenhetsupplevelser, suicidrisker, suicidhot bland barn och ungdom samt störningar hos barn och ungdom på grund av relationsstörningar och sjuklighet inom familjen. Detta kan ses som en barn- och ungdomspsykiatrins självdeklaration av "vad man är bra på".

Särskilt pessimistisk är man från öppenvårdshåll när det gäller möjlighet till framgångsrikt arbete med aggressivt och asocialt utagerande, missbruk, svårigheter hos barn och ungdom på grund av socialt, ekono-

miskt och kulturellt betingad problematik i familjen, på grund av psykiska sjukdomar och missbruk i familjen samt problematik kring vanvård/misshandel. Slutenvården delar denna bedömning, särskilt när det gäller aggressivt och asocialt utagerande, missbruk och psykiska sjukdomar i familjen.

I bedömningen av vilka framtida problem som kommer att ställa särskilda krav på PBU/BUP-verksamheten nämner både öppen och sluten vård främst relationsstörningar inom familjen samt aggressivt utagerande bland barn och ungdom. Öppenvården nämner vidare psykosomatik och grava psykiska störningar (psykoser, borderline etc.) medan slutenvården betonar ensamhets- och övergivenhetsupplevelser och missbruk bland barn och ungdom. Det kan konstateras att det här delvis handlar om sådan problematik, som man i dag inte anser sig klara i särskilt stor utsträckning. Som förutsättningar för att i framtiden leva upp till dessa krav nämns särskilt utökade resurser men också förbättrad samverkan med särskilt socialtjänst och skola, förebyggande arbete, fortbildning och ökad handledning. Från både sluten och öppen vård nämns i en del svar behovet av behandlingshem, mindre avdelningar för långtidsvård. I några fall bedöms möjligheterna att möta de framtida behoven som goda, bara inga resursnedskärningar sker och på villkor att man självständigt ges möjlighet till verksamhets- och metodutveckling. Bristen på forskning samt bristen på metoder i arbete med psykosproblematik nämns i enstaka svar men torde peka på ganska generella brister.

3. PBU/BUP:s kontakter med andra verksamheter

Det finns en grupp verksamheter med vilka kontakterna är relativt täta i den meningen, att psykisk och psykosocial problematik som identifieras i den andra verksamheten i allmänhet leder till barn- eller ungdomspsykiatriska kontakter i en eller annan form. Med vissa verksamheter innebär detta kvantitativt sett många kontakter, med andra färre, beroende på hur vanlig psykisk problematik är inom den aktuella verksamheten. I denna vida mening täta kontakter har barn- och ungdomspsykiatrin framför allt med barnmedicin, barnhälsovård och primärvård vid distriktsmottagningar och vårdcentraler, institutionsvård, socialtjänstens utrednings- och behandlingsverksamhet med foster-/familjehemsverksamhet samt med grundskola, innefattande elevvård med skolhälsovård.

Detta behöver, som antytts ovan, inte innebära att kontakterna är många till antalet eller särskilt tids- eller resurskrävande. Bland de nämnda är distriktsvårdens och institutionsvårdens kontakter färre på grund av ett mindre antal ärenden totalt. De barnmedicinska kontakterna är, jämfört med t. ex. socialtjänstens och skolans, visserligen många men mer specialiserade till ett begränsat antal problembilder. Mycket blygsamma PBU/BUP-kontakter har barnhabilitering, mödrahälsovård, verksamheten vid f d ungdomsvårdsskolor, familjerådgivning och de olika primärkommunala invandrarverksamheterna kring barn och ung-

dom. Inte heller skolans SYO-personal har några mer omfattande PBU/BUP-kontakter. Gymnasieskolans kontakter är på det hela taget betydligt mindre omfattande än grundskolans.

Samarbetskontakternas inriktning på olika problembilder återges i stora drag i nedanstående sammanställning.

verksamhet	kontakt med öppen BUP gäller	kontakt med sluten BUP gäller
barnmedicin	psykosomatik, kroniska fys. sjukdomar, handikapp, neurotisk o grav psyk. problematik, i ngn utstr. suicidrisker, vanvård, barnmisshandel	psykosomatik, kroniska fys. sjukdomar, neurotisk o grav psykisk problematik, vanvård, barnmisshandel
barnhabilitering	handikappförbunden probl., i ngn utstr. hjärnskador	handikappförbunden probl.
vuxenpsykiatri	de flesta familjeproblem, särsk. psykiskt sjuka föräldr., missbruk, relationsstörn., suicider i familjen	som kontakterna med öppen BUP men också suicidprobl. hos ungdom
barnhälsovård	de flesta problembilder som är åldersmässigt aktuella, de flesta familjeproblem	i ngn utsträckning depressivitet, neurotisk o psykosom. probl., grava psyk. störn
övrig primärvård	de flesta problembilder som uppträder i verksamheten	—
omsorgsverks.	handikappförbunden probl., grava psyk. störn. (psykoser, hjärnskador), i viss utstr. aggr. utag., kamratprobl., tonårsproblematik	—
institutionsvård	de flesta aktuella problem	aggr. o asocialt utagerande, missbruk, skolproblem, grava psyk. störn, komplex familjeproblematik
f.d. ungdomsvårdsskolor	missbruk, asocialt utag.	—
socialtjänst, utredn. o behandl.	de flesta psykiska och psykosociala problembilder kring barn, ungdom och familjer	—
invandrarverks.	i någon utsträckn. sociokulturellt betingad familjeproblematik som påverkar barns och ungdoms fungerande	—
skola	de flesta psykiska och psykosociala problembilder hos barn och ungdom	särskilt skolproblem (fobier, skolk, skolleda)

verksamhet	kontakt med öppen BUP gäller	kontakt med sluten BUP gäller
skolpsykologer, skolkuratorer	samtliga problembilder, omfattande kontakter	mest kring aggressivt utag., depressivitet, kontaktstörn., skolproblem (skolk, skolleda, skolfobier) och neurotiska symptom
skolhälsovård	de flesta problembilder	speciellt psykosomatisk problematik

Hur ser man på betydelsen av arbetet med de ovan nämnda samarbetsparterna? De svarande har ombetts att ange de fem "tyngsta" samarbetsparterna, de fem med vilka man har mest tillfredsställande kontakter och de fem med vilka man har minst tillfredsställande.

Som de tyngsta, dvs de största, mest insatskrävande samarbetsparterna uppges socialtjänstens utrednings- och behandlingsverksamhet (individ- och familjeomsorg), skolan, inkluderande kontakter med lärare, skolledare, skolpsykologer och skolkuratorer och i viss mån skolhälsovård, barnmedicinsk verksamhet samt i viss mån barnhälsovård och institutionsvård. De svarande från slutna BUP-verksamheter uppger också övriga verksamheter inom PBU/BUP bland de "tyngsta" samarbetsparterna. Det är på det hela taget just de samarbetsparter, med vilka man har det mest tillfredsställande samarbetet.

Otillfredsställande samarbete/samverkan har man främst med vuxenpsykiatrin. Detta uppges med stor samstämmighet från de svarande. Också distriktsvård, familjerådgivning och invandrarverksamheter nämns oftare än andra. Vad gäller skola och socialtjänst är helhetsbilden något motsägelsefull. I flera svar uppges sålunda att man har tillfredsställande, ibland mycket goda kontakter med vissa skolor och vissa socialbyråer men dåliga eller otillfredsställande kontakter med vissa andra. Av svar och kommentarer att döma tycks här personfrågor ha en inte obetydlig inverkan på samarbetsresultatet.

Det finns på det hela taget god överensstämmelse mellan öppen och sluten vård i dessa bedömningar med det undantaget, att slutenvården inte ser fullt så negativt på samarbetet med vuxenpsykiatrin.

4. Förebyggande arbete, planerings- och utbildnings/fortbildningsverksamhet

I synen på de förebyggande uppgifternas karaktär betonas i lika utsträckning primär som sekundär och tertiär prevention. I dessa avseenden har den i vissa sammanhang uttalade prioriteringen av tidiga åldrar inte avsatt sig i en betoning av tertiär prevention (jfr t. ex. mål- och handlingsprogram för PBU-verksamheten vid Stockholms läns landsting).

Exempel på primärt förebyggande åtgärder — med "hela befolkningen" som målgrupp — ges i liten omfattning. Det handlar mest om viss föreläsnings- och föräldramötesverksamhet i samarbete med skola och förskola.

Riskgruppsinriktat förebyggande arbete exemplifieras genom olika samarbetsprojekt med speciellt barnmedicinsk verksamhet och socialtjänst. Här nämns arbete kring diabetespatienter och överviktiga barn, arbete med ensamma mödrar, studiecirklar och samtalsgrupper för fosterföräldrar och samarbete med socialförvaltningar kring barn i utsatta miljöer.

Den tertiärt förebyggande satsningen handlar främst om samarbete med barnhälsovård och barnomsorgssektioner kring relationsstörningar, missbruk, utvecklingsförseningar, psykosomatik och neurotiska symptom.

På det hela taget är existerande samverkan kring förebyggande uppgifter liten till sin omfattning. Detsamma gäller samverkan i vårdplanering. Inom ett landsting har man deltagit i samplanering med vuxenpsykiatri i syfte att samordna de psykiatriska resurserna i ett sammanlagt vårdområde med gemensamma geografiska upptagningsområden, lokal närhet och samverkan i utbildningsfrågor. På flera håll, inte minst i de aktuella Göteborgsdistrikten, har man diskuterat samordning av insatser för barn med deltagande från skola, fritids- och socialförvaltning samt från hälso- och sjukvård.

Utbildnings/fortbildningssamverkan förekommer i något större omfattning. Studiedagar kring temata av gemensamt intresse har ordnats för PBU/BUP, barnkliniker, barnhälsovård, skola, socialtjänst etc. Frågor som behandlats har varit barn och separationer, MBD, barnpsykoser, barnmisshandel, barns läsning, utagerandeproblematik, vårdnadstvister, umgängesfrågor, ungdomsproblem etc. Mer återkommande satsningar har gällt barn som far illa (i samarbete med förskola och socialbyråer), psykoterapiutbildning, psykodynamisk teori (i samarbete med vuxenpsykiatri), miljöterapiutbildning, familjeterapi, kristerapi samt utvecklingspsykologi.

Frågan, vilka samarbetsparter som bedöms som viktigast i det förebyggande arbetet, besvaras i stort sett som den tidigare frågan om viktiga samverkansparter överhuvudtaget. En skillnad är att barnhälsovården intar en klart mer central plats som samverkanspart i förebyggande arbete.

Vilka problembilder skulle det verkligen "löna sig" att satsa på med förebyggande insatser enligt PBU/BUP:s bedömning? Öppenvården betonar särskilt starkt den komplexa, tunga familjeproblematiken. Arbete med familjer med psykiska sjukdomar, missbruk, relationsstörningar skulle som man ser det verkligen ge resultat när det gäller att förebygga psykiska störningar hos barnen. Vad gäller den mer individuellt definierade problematiken nämns särskilt psykosomatik. Slutenvården gör inte samma betoning av familjeproblematik. Här nämns särskilt missbruk hos barn och ungdomar, utagerande och asocialitet, skolproblem och psykosomatisk problematik. Av familjeproblem nämns mest socio-ekonomiskt och kulturellt betingad problematik samt missbruk.

5. Hur ser man i stort på den egna verksamheten?

Barn- och ungdomspsykiatri bedöms genomgående inte oväntat som en principiellt mycket viktig verksamhet. Däremot är man i allmänhet kritisk när det gäller möjligheterna för verksamheten att idag fylla sin samhällsfunktion. Dels finns det svåra resursproblem och inte sällan överhängande nedskärningshot, dels är man också i betydande utsträckning av den meningen att verksamheten inte är vetenskapligt och metodiskt färdigutvecklad. På denna punkt är den interna kritiken inom barnpsykiatrin starkare än den, som yttras från de undersökta vårdgrannarna och samverkansparterna.

Som verksamhetens starka sidor nämns särskilt teamet med den kompetensbredd, tvärvetenskaplighet och helhetssyn det medger, vidare den psykodiagnostiska och psykoterapeutiska kompetensen samt det allmänna kunnandet om barn, ungdomar och familjer. Man nämner också verksamhetens sätt att se på och definiera psykiska problem, i beteendevetenskapliga, psykodynamiska eller "ansvars"-termer, dvs formuleringar som på olika sätt betonar individens/patientens aktiva roll i behandling och teori. Familjebehandling, flexibla behandlingsmöjligheter, god kontakt mellan öppen och sluten vård är andra egenskaper som nämns mer återkommande som starka sidor hos verksamheten.

När det gäller svaga sidor är svaren inte lika samstämmiga som fallet är med verksamhetens starka sidor. Det som fungerar bra eller bedöms som en styrka inom en enhet kan vara en svaghet inom en annan. Sålunda ser många samverkan och kontakter med andra verksamheter som en av PBU/BUP:s svagheter men från vissa enheter, särskilt inom ett av de studerande landstingen, ses just detta som en styrka. Andra svagheter som nämns mer återkommande är forskning, utvärdering, metodutveckling, vidare det förebyggande arbetet, tendenser till isolering samt allmänhetens syn på verksamheten. Resursbristerna ses också som en svaghet liksom metodiken, kompetensen vad gäller arbete med mer specificerade grupper: missbruk, utagerande, psykoser.

De nämnda svagheterna förefaller i huvudsak vara av två slag: dels sådana, som hänger ihop med resursbrister, överbelastning, bristande information om den egna verksamheten, bristande kontakter utåt och dels sådana, som sammanhänger med bristande forskning och vetenskaplig underbyggnad, metodiska brister samt oförmåga att med den kunskap och den forskning som finns lösa problemen för alla de människor som söker sig till eller på annat sätt kommer i direkt eller indirekt kontakt med verksamheten. Medan den första typen av svagheter sammanhänger med resurser och i princip kan åtgärdas genom vårdpolitiska ställningstaganden, prioriteringar i samhällets vårdutbud etc är den andra gruppen av svagheter inte åtgärdbara annat än genom långsamt och systematiskt utvecklingsarbete. Det kunde vara fruktbart att mer tydligt söka skilja mellan och i diskussionerna söka undvika sammanblandning av dessa båda fenomen. Vetenskapliga brister kan inte avhjälpas med vårdadministrativa åtgärder och forskning kan inte avhjälpa de verksamhetsbrister som sammanhänger med otillräckliga resurser. En samlad analys av vad som är problem på grund av lågprioriteringar av

barns och familjers behov och vad som är problem på grund av otillräcklig forskning och bristande vetenskaplig grund borde genomföras. Troligen har barn- och ungdomspsykiatrin i dag metoder för att lösa en stor del av de psykosocialt betingade problemen hos barn och ungdomar men saknar resurser för att göra detta.

6. Diskussion

Genomgången av samverkansparternas syn på och behov av barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet och PBU/BUP:s syn på sin egen roll i arbetet med barn- och ungdomspsykiatrisk problematik ger anledning till vissa reflektioner.

Det finns en utbredd psykisk och social problematik bland barn, ungdom och barnfamiljer. Om denna problematik är i tilltagande eller i stort sett lika omfattande som för ett eller två decennier sedan kan lämnas därhän. Buden är något olika (se t. ex. Mellbins, Sundelins och Vuilles Uppsalaundersökning, Socialstyrelsen redovisar 1982:10 och Cederblads undersökning i Östergötlands län, refererad i Barnombudsmannen 83/84, Rädda Barnens riksförbund 1983). I den nu redovisade undersökningen har samtliga tillfrågats om sin bedömning av den psykiska och psykosociala problemutvecklingen under den närmaste 10-årsperioden. Bedömningarna är genomgående pessimistiska — barnhälsovård och PBU/BUP står för de mest dystra "prognoserna". Sådana bedömningar är naturligtvis i stor utsträckning gissningar men är dock utförda inom verksamheter som kontinuerligt följer utvecklingen av barns och barnfamiljers situation i vårt samhälle.

Hur skall då denna problematik bemötas? Vid sidan om den specialiserade verksamheten vid BUP-kliniker och öppna PBU/BUP-mottagningar finns en mer allmän barn- och ungdomspsykiatrisk funktion, spridd över flera verksamheter och huvudmän och där barn- och ungdomspsykiatriskt anknutet arbete utförs som sidouppgifter av personal med i allmänhet annan baskompetens. Uppgiften kan bestå i att i viss utsträckning behandla psykisk och psykosocial problematik hos barn och ungdom eller att identifiera sådan problematik och se till att för barnet/familjen rätta åtgärder vidtas. En inte obetydlig uppgift i detta sammanhang är att hjälpa barnet/familjen att "ta för sig" av de resurser som faktiskt finns. Primärkommunal barnomsorg och övrig socialtjänst, skola med elev- och hälsovård, barnhälsovård och övrig primärvård står i allmänhet i första ledet när det gäller att identifiera psykisk och psykosocial problematik. I viss utsträckning utförs inom dessa verksamheter också utredning och behandling. Verksamheterna inom barnmedicinsk vård och barnhabilitering kommer i betydande utsträckning i kontakt med psykiska störningar, som en primär problematik (inslag i olika former av psykosomatiska och neurotiska problembilder) eller som en sekundär problematik (reaktion hos barnet eller dess familj på handikapp/sjukdom). Inom omsorgs- och institutionsvård utförs behandling även av psykisk problematik. Vuxenpsykiatrin liksom familjerådgivningen kommer via arbetet med vuxna som också är föräldrar i

kontakt med målgruppen barn och ungdom. De olika invandrarverksamheterna kommer i kontakt med svårigheter hos sin målgrupp som för barn och ungdom i betydande utsträckning tar formen av psykiska och psykosociala störningar.

En diskussion av samhällets barn- och ungdomspsykiatri måste innefatta alla dessa verksamheter och kontakterna mellan dem. Deras ställningstaganden och bedömningar, liksom deras förmåga till korrekt problemvarseblivning, är av största vikt för hela vårdkedjans sätt att fungera och slutligen också för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrins möjligheter att fullgöra sina uppgifter. Endast en minoritet av de personer/familjer som söker vid BUP-kliniker och PBU/BUP-mottagningar gör så, utan att någon annan verksamhet är inblandad på ett eller annat sätt. Hälften av patientpopulationen eller drygt det kommer på remiss (Socialstyrelsen redovisar, 1980:2) varvid speciellt skola, socialtjänst och barnmedicin har en framträdande roll som inremitterande. Den återstående hälftens PBU/BUP-kontakt torde i betydande utsträckning ha föregåtts av mer eller mindre intensiva motiveringsförsök från personal inom skola, förskola, barnhälsovård etc.

Den barn- och ungdomspsykiatriska specialistresursens effektivitet när det gäller att nå sin målgrupp blir följaktligen höggradigt beroende av med vilken effektivitet tidig identifiering och förberedande insatser görs av verksamheter med en bredare kontaktyta mot totalbefolkningen.

Att det brister på denna punkt är tyvärr fallet. En illustration ges genom de uppgifter på problemförekomst som framkommit i denna undersökning. Bedömningarna av enskilda problembilders förekomst inom områden som är numerärt, socialt och i andra relevanta avseenden tämligen lika kan inom en och samma verksamhet skilja sig åt på ett sätt som förefaller orimligt. Ett områdes förskole-, skol- eller primärvårdspersonal kan uppge att ca 20 barn och ungdomar årligen behöver specialistinsatser för psykiska eller psykosociala problem. Inom ett annat jämförbart område kan man hitta exempel på att personalen inom motsvarande verksamhet uppskattar att 300 eller 500 barn och ungdomar behöver samma typ av insats.

Detta säger tre saker. För det första, att det är svårt att avgöra vad som är psykisk och psykosocial problematik av sådan natur, att särskilda åtgärder behöver vidtas. För det andra, att man, specialister såväl som personal inom andra, näraliggande verksamheter, saknar hjälpmedel, screeningtekniker etc för att underlätta en rimligt korrekt identifiering. För det tredje, att många av de samarbetsönskemål som riktas mot PBU/BUP sannolikt antingen är kraftigt överskattade eller kraftigt underskattade.

Det påtalade förhållandet leder till risken att barn- och ungdomspsykiatrin hamnar i en klämma mellan kringliggande verksamheters krav och önskemål, en klämma som kan illustreras på följande sätt:

1. Det finns en efterfrågan på specialiserat behandlingsarbete med "svåra fall". PBU/BUP bör ägna sig åt detta, utveckla metoder för detta och ha resurser att ta emot inremitterade ärenden.

2. Det finns en efterfrågan på utåtriktat, "kompetensspridande" arbete från PBU/BUP:s sida. Utan att, genom handledning och konsultation, stödja andra verksamheter i deras arbete med att identifiera psykisk problematik, motivera familjer till BUP-kontakter och utföra vissa egna stödinsatser kommer PBU/BUP att till sin egen behandlingsverksamhet inte få de ärenden, där sådana insatser verkligen är indikerade.

Med nuvarande resurser inom barn- och ungdomspsykiatrin synes detta vara ett olösligt dilemma därför att satsningar på den ena inriktningen ofta ses som något som står i motsättning till satsningar på den andra. Så tenderar t. ex. hälso- och sjukvårdsverksamheter å ena sidan och psykosocialt-pedagogiskt inriktade verksamheter å den andra att polariseras i sin uppfattning om PBU/BUP:s funktion. I själva verket förutsätter framgångsrikt och sakligt grundat utåtriktat och konsultativt arbete en stabil baskompetens, en klart avgränsad specialiserad kärna. Ett annat sätt, på vilket denna klämda situation kommer till uttryck är i uppskattningen av och efterfrågan på PBU/BUP:s psykoterapeutiska, psykodiagnostiska och familjeterapeutiska kompetens, kombinerade med kritik av verksamheten för att vara isolerad, exklusiv, teoretisk. Det verksamheten här kritiseras för är egenskaper, som till stor del hänger ihop med just den kompetens man efterfrågar. De gäller villkoren för ett professionellt psykoterapeutiskt och diagnostiskt arbete. Att å andra sidan verksamheten inte i tillräckligt stor omfattning informerat om och skapat respekt och rådrum för de villkor som är förknippade med denna del av det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet, det är en annan sak.

Det är här på sin plats att säga något om behovet av forskning, metodutveckling, konsolidering av en egen kärna och en egen profil hos den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten. Få andra verksamheter inom vård och behandling torde i dessa avseenden uppfattas med så många frågetecken, både inom och utom de egna leden, som barn- och ungdomspsykiatrin. Man skulle kunna nämna många forskningsområden som är angelägna både för verksamhetens inre utveckling och för möjligheten att fungera utåtriktat-konsultativt kring problemidentifiering, behandlingsmotivering och i samband med stödinsatser inom "normalinstitutionernas ramar: epidemiologisk forskning, psykoterapeutisk processforskning, miljöterapiutveckling, psykoterapiutvärdering och jämförande psykoterapistudier, forskning kring kommunikation och samverkansmodeller, forskning kring metoder för arbete med "multiproblematik", t. ex. av typen nätverksarbete. Inom alla dessa områden pågår forskning i tämligen ringa omfattning. Risken är att barn- och ungdomspsykiatrin, om inte förutsättningar för en egen kompetensutveckling ges i större utsträckning än för närvarande, varken kommer att kunna fungera tillfredsställande för de människor, som direkt söker dess tjänster eller för de kringliggande verksamheter, som efterfrågar dess kompetens i sitt eget arbete.

Bilaga 3

Tabeller över antal tjänster m. m.

I sammanställningen av tjänster, mottagningar och vårdplatser är uppgifterna från 1975 hämtade ur Socialstyrelsen redovisar 1980:2 Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige.

Landstingen och kommunerna utanför landsting anges med sina länsbeteckningar.

AB	Stockholms läns landsting
C	Uppsala läns landsting
D	Södermanlands läns landsting
E	Östergötlands läns landsting
F	Jönköpings läns landsting
G	Kronobergs läns landsting
H	Kalmar läns landsting
I	Gotlands kommun
K	Blekinge läns landsting
L	Kristianstads läns landsting
M	Malmöhus läns landsting
MM	Malmö kommun
N	Hallands läns landsting
O	Göteborgs och Bohus läns landsting
OG	Göteborgs kommun
P	Älvsborgs läns landsting
R	Skaraborgs läns landsting
S	Värmlands läns landsting
T	Örebro läns landsting
U	Västmanlands läns landsting
W	Kopparbergs läns landsting
X	Gävleborgs läns landsting
Y	Västernorrlands läns landsting
Z	Jämtlands läns landsting
AC	Västerbottens läns landsting
BD	Norrbottens läns landsting

Långbro	—	Ungdomskliniken, Långbro Sjukhus, Stockholms läns landsting (specialklinik)
Kronåsen	—	Kronåsens Sjukhus, Uppsala (specialklinik)
S:t Lars	—	Ungdomskliniken, S:t Lars Sjukhus, Lund (specialklinik)

Förkortningar

inv	invånare
slv	sluten vård
öv	öppen vård
enb	enbart
tot	totalt
centr	centralt
dec	decentralt
beh.hem	behandlingshem
motsv	motsvarande

	Antal 1 000 inv 0–17 år		Antal 1 000 inv 0–17 år per läkartj.		Läkartjänster							Psykologtjänster			
					1975			1984				1975			1984
	1975	1984	1975	1984	slv+ öv	öv	Tot	Tot	slv	slv+ öv	öv	slv	öv	Tot	Tot
AB	355	340	8.1	6.6	10	34	44	51.75	1	13	37.75	15,5	73	88.5	154.5
Långbro					3	—	3					2	—	2	
C	59	61	11.8	6.8	3	2	5	9	4	1	4	3.5	3	6.5	9
Kron-åsen					3	—	3					3	—	3	
D	65	65	16.3	13.0	3	1	4	5	—	3	2	5	2	7	9.75
E	96	91	19.2	10.1	2	3	5	9	1	3	5	5	4	9	20
F	77	71	25.7	10.1	3	—	3	7	1	3	3	4.5	—	4.5	7.5
G	42	42	21.0	14.0	2	—	2	3	—	3	—	4.5	—	4.5	4.5
H	58	55	14.5	11.0	2	2	4	5	—	2	3	3	3	5	8.75
I	14	13	14.0	5.2	1	—	1	2.5	—	—	2.5	2	—	2	3.25
K	39	37	39.0	18.5	1	—	1	2	—	2	—	2	—	2	9.5
L	67	66	16.8	8.25	4	—	4	8	—	6	2	5.5	—	5.5	7
M	124	124	24.8	11.3	5	—	5	11	2	4	5	7	—	7	18
S:t Lars					2	1	3					3	—	3	
MM	50	40	8.3	6.6	5	1	6	6	—	5	1	2.5	7.5	10	19
N	56	58	18.7	14.5	2	1	3	4	—	2	2	3	1	4	6.25
O	72	73	24.0	14.6	2	1	3	5	—	2	3	1	8	9	11.5
OG	96	80	6.9	4.05	4	10	14	19.75	9	—	10.75	5.5	23	28.5	37.8
P	106	106	26.5	17.7	4	—	4	6	—	6	—	10	—	10	13.6
R	69	66	34.5	16.5	2	—	2	4	—	4	—	1.5	2	3.5	6
S	66	63	16.5	9.0	4	—	4	7	1	4	2	3	1.5	4.5	10
T	65	61	13.0	6.1	3	2	5	10	—	6	4	6	1	7	13
U	69	60	34.5	9.2	2	—	2	6.5	—	1	5.5	4.5	—	4.5	8.5
W	66	65	16.5	11.8	3	1	4	5.5	—	3.5	2	6	1	7	9
X	69	69	34.5	11.5	2	—	2	6	1	2	3	5	—	5	10
Y	63	60	31.5	12.0	2	—	2	5	—	3	2	4	—	4	8.5
Z	30	30	15.0	15.0	2	—	2	2	—	2	—	2	—	2	3.5
AC	59	59	14.0	11.8	3	1	4	5	—	5	—	5.5	1	5.5	8
BD	71	64	35.5	12.8	2	—	2	5	1	1	3	2	3	5	16
					86	60	146	210	21	86.5	102.5	127	134	261	432.4

	Kuratorstjänster									Mottagn. o. filialer 1984				
	1975			1984						Mottagningar			Rese-	
	slv	slv+ öv	öv	slv	öv	Tot	Tot	slv	slv+ öv	öv	centr.	dec.	filial	filial	
AB	1.25	8.5	144.75	14.5	78	92.5	111.75	—	7.5	104.25	6	30	2		
Långbro				2	—	2									
C	5	—	4	1	2.5	3.5	9	5	—	4	1	4	—		
Kron- åsen				2.5	—	2.5									
D	—	5	4.75	5	2	7	8.5	—	5	3.5	1	2	5		
E	1	4.5	14.5	4.5	3	7.5	15.5	1	—	14.5	1	7	2		
F	—	4	3.5	3	—	3	5.5	—	3	2.5	3	3	—		
G	—	3.75	0.75	4	—	4	4	—	4	—	1	—	—	7	
H	—	3.75	5	2	2	4	7	—	3	4	1	5	—	4	
I	—	—	3.25	2	—	2	2.25	—	—	2.25	1	—	—		
K	—	—	9.5	2	—	2	6.75	—	—	6.75	1	1	—		
L	—	5	2	5	—	5	7	—	5	2	1	1	3		
M	4.5	3.5	10	3	—	3	14.5	1.5	5.5	7.5	3	4	—	2	
S:t Lars															
MM	1	7	11	3	4.5	7.5	13.5	—	13.5	—	3	—	2		
N	—	5.25	1	3	1	4	5	—	4	1	1	2	—		
O	1.5	—	10	1	5	6	8	1	—	7	1	4	1	1	
OG	8	1	28.8	3.5	20.5	24	28.75	4.75	1	23	1	10	—		
P	—	3.6	10	8	—	8	11.5	—	6.5	5	2	—	4	3	
R	—	—	6	2	1	3	5	—	—	5	2	3	—	1	
S	3	1	6	2	2	4	8.5	2.5	—	6	3	1	1		
T	—	8	5	6	1	7	11.5	—	7.5	4	1	4	1		
U	1	—	7.5	5	—	5	6.5	—	—	6.5	1	5	—		
W	—	3	6	4	1	5	6.5	—	1.5	5	2	1	1	3	
X	—	2	8	4	—	4	9	—	2	7	1	3	—	2	
Y	1	—	7.5	1.5	—	1.5	8	1	—	7	1	—	3	1	
Z	—	1	2.5	2	—	2	3	—	—	3	1	—	—	4	
AC	2.5	5.5	—	4	—	4	7	3	2	2	3	2	—		
BD	2.5	1	12.5	1.5	2.5	4	11.5	2.5	—	9	1	3	—		
	32.25	76.35	323.8	108	126	234	335	22.25	71	241.75	44	95	25	28	

	Pedagogisk personal			Vårdpersonal			Vårdpersonal			
	1975	1984		1975			1984			
	Tot	Tot	öv	Klinik	Beh. hem	Tot	Tot	slv	slv+öv	öv
AB	18	38.75	29.75	66	27	93	182.57	120.25	3.5	58.82
Långbro	2.5			56		56				
C	3	8.75	—	44.5	12	56.5	97	93	1	3
Kronåsen	12.5			68		68				
D	7.5	3.75	—	32	—	32	44.33	31.83	12	0.5
E	7.5	1	—	29.5	8.5	38	37.85	21.85	9	7
F	2	5.5	1.5	14.5	—	14.5	28.5	22.5	1	5
G	3	3	—	26.5	8	34.5	41.82	37.82	1	3
H	3	5	3	29	3.5	32.5	20.63	15.63	1	4
I	0.5	0.5	2	5	—	5	6	—	—	6
K	3	6	2	16.5	—	16.5	14.75	12.75	—	2
L	6	3.5	—	35	11	46	43.41	42.16	1.25	—
M	6	9	—	29.5	6	35.5	83.41	66.25	12.16	5
S:t Lars	6.5			50.5		50.5				
MM	2	6.5	5.75	11.5	10	21.5	43.0	41.0	—	2
N	2	4.8	—	18	—	18	23.64	22.64	—	1
O	7	5	—	22.5	13	35.5	23.87	21.12	2.25	0.5
OG	3	5.25	1.75	67.5	22.5	90	90.74	79.18	2	9.56
P	4.5	8	5.5	40	—	40	40.8	37.3	1	2.5
R	2	3	2	12.5	—	12.5	20.08	4	9.08	7
S	4.5	5	—	30	10.5	40.5	69.65	61.65	8	—
T	7	3.5	—	41.5	18.7	60.2	102.08	92.08	1.5	8.5
U	12	13.5	8	25.5	8.8	34.3	34	15.3	0.2	18.5
W	2	3	—	35	—	35	35.33	33.08	0.25	2
X	5	3	1	24.5	—	24.5	37.5	29	0.5	8
Y	1	7	—	9.5	—	9.5	20.5	19.5	—	1
Z	3	3	1	22	—	22	24.05	19.55	—	4.5
AC	1	3	—	14.5	—	14.5	34.27	33.27	1	—
BD	5	—	—	9	8	17	44.1	39.1	—	5
	142	158.3	63.25	886	167.5	1 053.5	1 243.88	1 011.81	67.69	164.38

Vårdplatser 1975			Vårdplatser 1984			Dag-vårds-platser 1984	Vårdplatser pr 1 000 inv 0—17 år "Platstäthet"			
Klinik	Beh. hem	Tot	Tot	Klinik	Beh. hem		Klinik 1975	Klinik 1984	Klin + beh.hem 1984	
66	22	118	59	59	—	126	0.19	0.17	0.17	A
30										Långbro
33	12	45	45	24	18	—	0.56	0.39	0.69	C
41		41								Kronåsen
27	—	27	16	12	4	2	0.42	0.18	0.25	D
22	9	31	20	12	8	—	0.23	0.13	0.22	E
14	—	14	10	6	4	6	0.18	0.08	0.14	F
20	7	27	24	10	14	10	0.48	0.24	0.57	G
15	7	22	6	4	2	—	0.26	0.07	0.11	H
9	—	9	—	—	—	8	0.64	—	—	I
8	—	8	10	4	6	6	0.21	0.11	0.27	K
24	8	32	32	24	8	—	0.36	0.36	0.48	L
32	6	38	42	24	18	18	0.26	0.19	0.34	M
40		40								S:t Lars
10	10	20	31	21	10	24	0.20	0.53	0.78	MM
13	—	13	13	8	5	2	0.23	0.14	0.22	N
9	8	17	12	6	6	—	0.13	0.08	0.16	O
30	16	46	43	4	39	78	0.31	0.08	0.53	OG
36	—	36	24	24	—	14	0.34	0.23	0.23	P
5	—	5	8	5	3	3	0.08	0.08	0.12	R
24	10	34	29	13	16	—	0.36	0.21	0.46	S
33	16	49	48	22	26	8	0.51	0.36	0.74	T
25	8	33	14	2	12	17	0.36	0.03	0.23	U
25	—	25	23	23	—	—	0.38	0.35	0.35	W
25	—	25	21	15	6	5	0.36	0.22	0.30	X
10	—	10	14	10	4	—	0.16	0.17	0.23	Y
12	—	12	12	6	6	—	0.40	0.20	0.40	Z
12	—	12	25	25	—	—	0.20	0.42	0.42	AC
10	8	18	24	16	8	—	0.14	0.25	0.38	BD
660	147	807	602	379	223	327				

Tjänster inom BUP/PBU i stat oktober 1984

(approximativa tal)

Läkare (specialister)	210
Psykologer	432
Kuratorer	335
Sjuksköterskor	340
Skötare	533
Undersköterskor	6
Sjukvårdsbiträden	30
Barnskötare	82
Barn- och ungdomsvårdare	58
Barnhemsföreståndare	2
Barnhemsassistenter	4
Behandlingsassistenter	119
Familjeassistenter	9
Bildterapeuter	1
Musikterapeuter	1
Dramapedagoger	1
Socialpedagoger	16
Fritidspedagoger	31
Fritidsledare	7
Socioterapeuter	1
Arbetsterapeuter	22
Terapibiträden	1
Arbetsinstruktörer	3
Slöjdlärare	1
Verkmästare	1
Förskollärare	80
Pedagogassistenter*	4
Lärare*	1
Administrativ personal	52
Handledare	1
Läkarsekreterare/kontorspersonal	250

* Flertalet pedagogassistenter och lärare är anställda av primärkommunen och därför ej medräknade här.

Bilaga 4

Analysmodell

ANALYSMODELL (UR ÖVERSYN AV BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISK VERKSAMHET, JÄMTLANDS LÄN , 1984)

Barnets utvecklingsfas	Familjens livssituation	Risker	Symtom-signaler som kan hänföras till psykosoc/ psykiska/psykosom/somatopsyk. problem. Även relationer till föräldrar	Samverkan/avgränsning	BUP's mål	BUP's målgrupp D = Direkt → I = Indirekt →	BUP's insatser	Utöver barnpsykiatrisk kunskap och erfarenhet krävs för det direkta och indirekta arbetet kompetens i
Graviditet	Ny eller skör familjebildn.	För stor påfrestning på förälder/ -rar	För stark positiv el negativ förväntan under graviditet Förnekande av graviditet Missbruk hos modern	MBHV, BB, Vuxenpsyk, Tallåsliden,[1] Barnhab[2]	Förebygga och undanröja hinder för normal utveckling	D-Föräldrar I-Personal inom MBHV, Barnhab	D-Stöd och kristerapi för anmälda föräldrar I-Kunskapsförmedling/ handledning till dem som handleder berörd personal	D-Psykoterapi I-Handledning och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område
Födelse	Föräldrarnas osäkerhet, rädsla, förväntningar inför ny familjesituation	Omhändertagandet på BB Separation mor/barn längre än 1 dygn Relationsstörning mor/barn	Orealistiska förväntningar på barnet Bristande förmåga hos modern att ta till sig sitt barn Svårighet att börja amma	MBHV[3], BB, Barnklin. Tallåsliden Vuxenpsyk Barnhab	Lindra och kompensera där störning redan uppkommit utifrån förståelse för orsakssammanhang	D-Föräldrar o barn I-Personal inom BB, MBHV, barnklin, Barnhab	D-Stöd och kristerapi för anmälda föräldrar I-Kunskapsförmedling/ handledning till dem som handleder berörd personal	D-Psykoterapi I-Handledning och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område
0 – 1 år	Familjemönster och rollsystem ändras Hitta föräldraroll	Djup pers. störning hos vuxna Sjukdom/handikapp hos barn el annan familjemedlem samt obearbetade föräldrareaktioner på detta Extraordinära påfrestningar el kriser i familjen el närmiljön Att relation t var och en av båda föräldrarna ej etableras o utvecklas Påfrestn på parrelationen Att omvårdnad ex.vis mat, sömn ej fungerar	"Failure to thrive" (dålig viktuppgång) Apati – överdriven snällhet – distanslöshet Hög frekvens av somatiska symtom Sömnstörning Uppfödningssvårigheter	MBHV, Barnklin, Tallåsliden, primärvård, Barnhab Vuxenpsyk Socialtjänst		D-Barn och föräldrar I-Personal inom MBHV, barnklin., Barnhab, vuxenpsyk, barnomsorg och annan socialtjänst	D-Diagnostik, stöd och kristerapi I-Kunskapsförmedling, konsultation och handledning	D-Barn- och familjediagnostik, psykoterapi, psykosocialt behandlingsarbete I-Handledning och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område
Förskolebarn 2 – 6 år	Yrkesarbete? Föräldrar i karriären? Krav fr "samhället" Praktiska problem, t ex barntillsyn Ekonomi Bostad, villa eller ej? Fler barn? Hitta gemensamma uppfostringsnormer	Inadekvat gränssättning Överbeskydd/bli försummad Att relationer t andra än föräldrar ej får utvecklas Under- resp överstimulering Brister i olika former av barntillsyn Sjukdom och handikapp hos barn el i familjen Obearbetad reaktion på ovanstående	Isoleringstendenser i familjen Isoleringstendenser hos barnet Utvecklingshämning Starkt utagerande, hyperaktivitet, aggressivitet, dålig impulskontroll Överdriven hämning, ängslan Matproblem Avskärmning, tillbakagång i utvecklingen Kamratsvårigheter Enures, encopres, sömnstörning Inadekvata reaktioner vid sjukdom eller olyckshändelse	MBHV, Barnklin, Barnhab, Tallåsliden, primärvård vuxenpsyk, förskola, annan soctjänst	Diagnostisera medverka till förändringar som medför symtomförlust el symtomlindring	D-Barn och dess familj Barnens närmiljö I-Personal inom MBHV, barnklin, Barnhab, vuxenpsyk, barnomsorg och annan socialtjänst	D-Diagnostik och behandlingsinsatser för anmälda barn och familjer i öppen eller "halvöppen" verksamhet samt på institution I-Information, kunskapsförmedling, konsultation	D-Barn- och familjediagnostik, psykoterapi, psykosocialt behandlingsarbete Förskolepedagogik I-Handledning och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område

Barn i skolåldern 7 – 12 år	Engagemang och krav på engagemang i barnens skolgång och fritidsaktiviteter Oro f barnens utveckl utifr egna o samhällets förväntningar Slitningar mellan engagemang i yrkesarbete kontra barn o familj	Hinder för jagutveckling o stabilisering av jaget (jag-utveckl spec viktig i denna åldersperiod) Dåligt "socialt arv" får konsekvenser i form av dålig skolanpassn o störda kamratrelationer Avsaknad av kompensatorisk miljö (ex.vis i familjen, i skolan, i fritidsaktiviteter) För stora påfrestningar i skolmiljön	Ansvarstyngda barn Passivitet, bestående ängslan Utagerande, aggressivitet, begynnande asocialitet Skolsvårigheter t.ex skolvägran, skolk, läs- och skrivsvårigheter, koncentrationssvårigheter m m Spec kamratsvårigheter Tvångsmässighet Huvudvärk, magont, överdriven ängslan för div sjukdomar Försvårat accepterande av sjukdom el handikapp betingat av utv.-ålder	Barnklin. Barnhab, Tallåsliden, primärvård, vuxenpsyk, skola, soc.tjänst, fritidsverksamhet			Föra in den yttre miljöns (allt större betydelse) - för normalutveckl - f symtomets uppkomst o val av symtom - som resurs i behandling	D-Barn och dess familj, barnens sociala miljö I-Personal inom barnklin, barnhab, primärvård, vuxenpsyk, elevvård, fritidshem, fritidsgårdar o annan soc.tjänst	D-Diagnostik och behandlingsinsatser för anmälda barn och familjer i öppen-, "halvöppen" och sluten verksamhet samt på institution I-Information, kunskapsförmedling, konsultation, handledning, undervisning inom spec utbildningar	D-Barn- och familjediagnostik, psykoterapi, psykosocialt behandlingsarbete, pedagogik I-Handledning- och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område
Barn i tonåren 13 – 17 år	Förändrade roller Från föräldraroll till parrelation Förändrad satsning på föräldrarnas yrkesarbete Summering av livssituation f föräldrarna Ömsesidig frigörelse	Pubertetsutveckling aktualiserar tidigare brist i den psykologiska utvecklingen Inadekvata reaktioner på frigörelseprocesser inom familjen och brister i kompensatoriska möjligheter utom familjen Normer, krav och attitydpåverkan utifrån, ex.vis "skräp-" och drogkultur Ingen el påtvingad sysselsättning utifrån, brist på utbildning eller arbete Sjukdom el handikapp försvårar identitetsutveckl. Åldersperiodens brister i självkänsla och jagstyrka medför ökad risk för misskötsel av fysisk hälsa	Försvårad frigörelseproblematik Utagerande, "utespring" Isoleringstendenser Asocialt beteende Begynnande missbruk Skolsvårigheter Suicidförsök, fobier, tvångsmässighet Olika psykosom. uttryck, ex.vis anorexia nervosa Försvårad identitetsutveckling, p ga sjukdom el handikapp, somatiska symtom som uttryck för psyk. problem	Andra klin. vid sjukhuset, barnhab, vuxenpsyk, primärvård, socialtjänst, skola, arbetsförmedling, fritidsverksamheter, polisen				D-Tonåringen tonåringens familj och sociala miljö I-Personal inom barnklin, Barnhab., akutmottagning, intagningsavd och andra klin. på las. utifrån enskilda patienter, primärvård, vuxenpsyk, elevvård, fritidsgårdar, annan soc.tjänst	D-Diagnostik och behandlingsinsatser för anmälda tonåringar och deras familjer i öppen, "halvöppen" o sluten verksamhet. Specifik observans på fysiskt hälsotillstånd I-Information, kunskapsförmedling, handledning, konsultation, undervisningsinsatser inom speciella utbildningar	D-Diagnostik av tonåringar och familjer, psykoterapi, psykosocialt behandlingsarbete, pedagogik. Speciella kunskaper om olika samhälls- och vårdinstanser I-Handledning och konsultationsmetodik samt kulturkompetens för resp område
Ungdomar i övergång 18 – 23 år	Lämna ursprungsfamilj och stabilisera eget individuellt vuxenliv	Flera risker, samma som i tonåren. Tillägg: Brister i förmåga att skapa nära relationer utanför familjen För tidig familjebildning	Olöst frigörelseprocess ger olika diffusa svårigheter att klara vuxenidentitet Olika neurotiska symtom Missbrukaridentitet Psykotiska reaktioner Manodepressivitet	Vuxenpsyk, socialtjänst				D-Ungdomen, Ungdomens familj I-Personal inom vuxenpsyk, barnhab., socialtjänst	D-Behandlingsarbete med pågående ärenden. Diagnostik och behandlingsinsatser för ungdomar över 18 år utifrån mognad och utvecklingsnivå, ej strikt kronologisk ålder. Dock ej ungdomar med manifesterat missbruk I-Information, kunskapsförmedling, konsultation	D-Diagnostik Psykoterapi Psykosocialt behandlingsarbete Speciella kunskaper om olika samhälls- och vårdinstanser I-Handledning- och konsultationsmetodik

OBS I flertalet åldrar finns speciella risker för barnen, t.ex. vid vårdnadstvister, i resursssvaga familjer, vid barnmisshandel, för barn till psykiskt sjuka föräldrar och för barn till utvecklingsstörda föräldrar.

1) Tallåslidens upptagningshem för barn 0 – 12 år, under landstingets sociala nämnd.

2) Landstingets samordnade barnhabilitering

3) Mödra - barn - hälsovård

Bilaga 5

Handledning, konsultation och förebyggande arbete

Inga Sylvander

Inom vårdområdet används begrepp som handledning, konsultation och förebyggande arbete. Begreppen har olika innebörd inom olika verksamheter och det är inte möjligt att entydigt och klart avgränsa definitionerna från varandra. Här görs ett försök till sammanfattning och definition av begreppen.

Handledning

används i olika betydelser — som arbetsledning och som utvecklingsinstrument. Generellt syftar handledning till att ge ökad kunskap och färdighet, till att ge större förståelse för de problem man arbetar med, till att lära sig behärska den arbetsmetodik som används samt till att bli medveten om sin roll och delaktighet i utrednings- och behandlingsarbetet. Handledningen syftar också till att ge större trygghet i arbetssituationen och är ett stöd för utvecklandet av yrkesidentiteten. Den bidrar till utvecklandet av "the professional self".

Handledning som arbetsledning

har arbetsinnehållet i centrum och som målsättning att den handlande skall utföra sitt arbete på ett så kompetent sätt som möjligt.

Handledningen ges antingen av ansvarig arbetsledare eller av någon som av denne delegerats till uppgiften, som regel en äldre erfarnare kollega till den handledde och tillhörande samma yrkeskategori. Denna handledning ges främst i början av yrkesbanan när yrkesidentiteten fortfarande är oklar och osäker och innan en egen arbetsmetodik hunnit utvecklas. Då är det viktigt att handledaren är av samma yrkeskategori, liksom när handledningen gäller att ge kunskaper och färdighet i yrkesspecifika metoder.

Målsättning

När handledning kombineras med arbetsledning står innehållsfrågorna i arbetet i centrum. Arbetsledande handledning syftar till att utveckla kunskaper och färdigheter främst inom följande områden:

- kunskaper om och träning i hur arbetet bedrivs på den lokala arbetsplatsen, om arbetsfördelningen mellan de anställda, om arbetsrutiner, om befogenheter och skyldigheter, t.ex. vad gäller dokumentation, sekretess m.m. Hit hör också kunskaper om arbetsorganisationens struktur, beslutsprocesser, plats i samhällsservicen etc.

- kunskaper om patienterna/klienterna, deras problem ur medicinsk, psykologisk, social, ekonomisk etc. synvinkel (med tonvikt på de faktorer som är relevanta inom verksamheten)
- kunskap om och förståelse för problemens uppkomst, deras betydelse för individen, deras svårighetsgrad, påverkbarhet, prognos etc.
- kunskap om och träning i arbetsmetodik, t.ex. utrednings- och behandlingsmetodik, dvs. handledning i "hur man gör", yrkesmedvetenhet om egen roll i samspelet med patienten/klienten
- formulering av behandlingsprogram och genomförande av sådana.

Ansvar

Det övergripande ansvaret för den handleddes verksamhet ligger hos handledaren. Handledaren ansvarar för att arbetet bedrivs på ett kompetent och riktigt sätt (ett ansvar som givetvis åvilar arbetsledaren även efter handledningens avslutande).

Handledning som utvecklingsinstrument

har den handleddes personliga professionella utveckling i centrum. Målet är att utveckla den handledde till en kompetent yrkesutövare. Handledaren kan också här vara en äldre och erfarnare kollega från den egna yrkeskategorin, men när det gäller speciella kunskaper och färdigheter som t.ex. vid utbildning i psykoterapi är handledarens kompetens inom det aktuella området viktigare. I kvalificerad psykoterapihandledning bör handledaren ha särskild handledarutbildning (enligt UHÄ:s minimikrav: minst 70 t teori och 70 t handledning på handledningen under minst två terminer).

Målsättning

Handledningen är i detta fall en pedagogisk metod som syftar till att öka och fördjupa den handleddes förståelse för mänskliga reaktioner, för uppkomsten av problem och för faktorer som hindrar eller befrämjar mänsklig utveckling. Förståelsen måste vara både intellektuell och känslomässig, teoretisk och praktisk. Via relationen till handledaren har den handledde möjlighet att forska i och utveckla sitt eget personliga sätt att fungera i arbetet, att bli mer medveten om sina egna resurser och svårigheter, att kunna tillägna sig en kritisk och konstruktiv hållning till sitt eget arbete och att realistiskt kunna värdera sin egen kompetens. I handledningen ingår också bearbetning av den handleddes personliga svårigheter att fungera adekvat i arbetet.

I handledningen ingår att förmedla

- kunskaper om patienten/klienten och dennes behandling. Den handledde får hjälp att intellektuellt och känslomässigt förstå de ofta komplicerade orsakerna bakom problemen, att förstå de subjektiva lidanden som problemen innebär, att bedöma behandlingsmöjligheterna utifrån olika metoder och utifrån klientens/familjens/gruppens svårigheter och tillgångar samt utifrån de yttre påfrestningsfaktorerna, att behandla patienten/klienten utifrån viss metodik, att få råd

och kunskap om olika tillvägagångssätt, att analysera och förstå behandlingsprocessen inklusive klientens relation till behandlaren och behandlarens relation till klienten

- att utveckla den handleddes intellektuella och känslomässiga förmåga som "behandlare". Hit hör att kunna integrera teoretisk och praktisk kunskap, att genom det praktiska klientarbetet lära sig förstå teoretiska begrepp och kunna använda den teoretiska kunskapen på ett meningsfullt sätt både i det enskilda fallet och generaliserad också till andra behandlingar. Hit hör vidare att bli medveten om sina egna inadekvata reaktioner och sin egen roll, att kunna bearbeta och påverka sina reaktioner i den mån de bygger på fördomar, bristande förståelse och egna problem
- att medvetet använda relationen mellan handledare och den handledde. Reaktionerna på handledningen används bl.a. för att förstå den handleddes relationer till andra, i första hand till klienten.

Psykoterapihandledning är den mest utvecklade handledningsmetoden.

Beroende på vilken teoretisk grund psykoterapihandledningen har betonas olika moment av handledningen. Eftersom den psykodynamiska teorin är den dominerande beskrivs här s.k. processinriktad handledning. Den har sina rötter i psykodynamisk teori och praktik. Den bygger på en antiauktoritär pedagogik, där den handledde inte betraktas som en "tom burk" som skall fyllas med kunskap, utan som en individ med egna kunskaper och färdigheter och förmåga att integrera, acceptera eller förkasta de kunskaper som förmedlas i handledningen. Den dynamiska processen mellan handledare och handledd, mellan handledd och klient används systematiskt i inlärningen bl.a. genom att studera parallellprocessfenomen. Ofta arbetar man med "inlärningshinder" och personlighetsdrag som hindrar en adekvat yrkesutövning, t.ex. en överaktiv, överbeskyddande hållning mot klienter, en intellektuellt distanserande attityd, eller motsatsen, en oförmåga att hålla en professionell distans så klienten påtvingas en intimitet som försvårar behandlingsarbetet. Den bärande tanken är att man blir en god psykoterapeut genom att bli medveten om och utveckla sin personlighet och att få en trygg professionell identitet.

Inlärningsprocessen

Den handledde har särskilt i början behov av grundläggande kunskaper om teknik eller metod. Även senare i utbildningen kan det vara nödvändigt att handledaren förmedlar tekniska kunskaper och färdigheter, t.ex. för att lösa ett visst problem, men teknik och metod måste alltid utvecklas utifrån utbildningskandidatens personlighet och resurser. Förståelsen för patientens personlighet och problem måste kontinuerligt fördjupas. Samtidigt är den alltmer fördjupade medvetenheten om egna reaktioner och egen roll i relation till patient och handledare en förutsättning för utvecklandet av en professionell identitet. De olika behoven skiftar under olika handledningsperioder, men man brukar kunna se följande utveckling i handledningsprocessen:

- I början företrädesvis arbete omkring patienten och dennes problem samt metodik
- Så småningom fokuseras handledningen mer på utbildningskandidaten, dennes behov av hjälp, dennes svårigheter i arbetet, medvetandegörandet av "blinda fläckar", inadekvata reaktioner etc. Viktigt är att skilja mellan psykoterapi och handledning — terapi riktar sig mot "the private self" medan man

i handledning arbetar med "the professional self" även om samma problemområden kanske behandlas, t.ex. utbildningskandidatens rädsla för aggressivitet, tystnad, närhet etc.

- Handledarens och den handleddes relation kommer mer i fokus, på vilket sätt handledaren hjälper, respektive försvårar för utbildningskandidaten, hur den handledde kan förmedla sina speciella handledningsbehov etc. Parallellprocesser observeras och studeras.
- Till denna handledningsprocess kan ibland fogas speciella inslag för att effektivisera inlärningsprocessen, främst skriftliga sammanfattningar som utbildningskandidaten får göra för att utveckla sin förmåga att integrera teori och tillämpning samt systematiska återkommande evalueringssamtal om utbildningskandidatens förmåga i och upplevelser av arbetet, förmåga till samarbete omkring patienten, samt relationen mellan handledare och handledd.

Den yttre ramen för handledning

Den yttre ramen för handledning både som arbetsledning och som utvecklingsinstrument kan variera, men brukar omfatta minst en timme per vecka (alternativt två timmar var fjortonde dag) och utsträckt under minst ett år, behandlingshandledning som regel längre. Handledningen bedrivs individuellt eller i grupp.

Individuell handledning

Att få enskild handledning och därmed handledarens odelade uppmärksamhet är många gånger en fördel och i de flesta fall nödvändigt åtminstone en period vid specialistutbildning i psykoterapi. Handledningen kan "skräddarsys" utifrån den handleddes behov under handledningsprocessen och personliga problem i yrkesutövningen kan bearbetas i en trygg situation. Vid specialistutbildning i psykoterapi brukar utbildningskandidaten ha minst två handledare.

Grupphandledning

Vid grupphandledning brukar tiden per gång vara längre än vid individuell handledning. Handledningsgruppen bör inte omfatta mer än högst fyra deltagare utöver handledaren, helst inte fler än tre. Gruppen hålls sluten, dvs. samma medlemmar följer hela handledningsperioden och nya medlemmar släpps bara in i undantagsfall.

Genom att flera personer samtidigt får handledning sker en viss tidsbesparing, även om grupphandledning ofta behöver sträckas ut längre i tid än individualhandledning.

Gruppmedlemmarna tar del av varandras erfarenheter, även om det ofta visar sig att man i början av sin utbildning har så stora egna handledningsbehov att man har svårt att engagera sig i de andras problem. Snarare kan man uppleva de andra som konkurrenter om tiden, men så småningom kan man även utnyttja varandras erfarenheter och därigenom få ett bredare register. Gruppen som sådan kan också användas till "rollspel" där man kan pröva olika infallsvinklar i behandlings- och handledningsarbetet och de handledda får särskilda tillfällen att uppöva sin inlevelseförmåga.

Ibland benämner man deltagande i behandlingskonferenser och seminarier som grupphandledning. Vid dessa sammankomster träffas som regel hela (behandlings)personalen och olika fall eller teoretiska problem belyses var gång. För klarhetens skull bör denna typ av sammankomster ej betecknas som handledning, även om handledningsmoment förekommer.

Förslag till definition av handledning

Handledning förekommer i två betydelser:

Handledning som **arbetsledning**, som har *arbetsinnehållet* i centrum och som syftar till att hjälpa den handledde att utföra sitt arbete på ett kompetent sätt. Handledaren har här *det övergripande ansvaret* för den handleddes arbete.

Handledning som **utvecklingsinstrument**, som har den handleddes *personliga yrkesmässiga utveckling* i centrum och som syftar till att utveckla den handledde som utredare och behandlare. Handledaren *har inte ett formellt* ansvar men brukar i praktiken ta ett betydande delansvar i början, vilket successivt övergår till den handledde.

Referenser:
Ekstein R & Wallerstein R S: Handledning i psykoterapi.
Natur och Kultur, Stockholm, 1977.
Holmström B: Handledningens pedagogik och tillämpningens konst.
Psykolognytt, nr 15/1975.
Laurell A & Svensson L: Att gå i handledning i psykoterapi.
Teorier och egna erfarenheter. Natur och Kultur, Stockholm, 1978

Konsultation

Konsultation förekommer allmänt inom vårdområdet. Initiativet till konsultation tas av en person/institution/verksamhet/avdelning etc. därför att i arbetet förekommer problem som man inte själv kan tillfredsställande lösa. Man vänder sig till en utomstående person med kompetens inom aktuellt problemområde för att genom denne få ökade kunskaper att klara problemet. Konsulten bidrar med sina kunskaper och sin personlighet och ger den ordinarie personalen en ökad yrkeskompetens.

Gustafsson och Kaplan-Goldman formulerar i sin bok "Att främja ett psykosocialt arbetssätt" (LIC förlag, Stockholm, 1981) målet för psykologisk och social konsultation på följande sätt. "Konsultation syftar allmänt till att ge den ordinarie personalen inom normalinstitutioner ökade kunskaper, ökad skicklighet, ökat självförtroende och ökad objektivitet då det gäller att inom ramen för sin yrkesroll och sitt ordinarie verksamhetsområde på olika sätt främja psykisk hälsa".

Den numera israeliske psykiatern Gerald Caplan (The Theory and practice of Mental Health Consultation. New York, London 1970), som är föregångare på området, definierar konsultation som "en interaktionsprocess mellan två professionella yrkesutövare:

Konsulten som är specialist och konsultanden som ber konsulten om

hjälp angående ett aktuellt yrkesproblem med vilket konsultanden har vissa svårigheter, vilket han utgår ifrån ligger inom konsultens kompetensområde". Caplan förutsätter att konsulten kommer utifrån — i regel från en organisation med psykiatriskt/psykologiskt/socialt vårdansvar — och saknar formellt ansvar för personalens/konsultandens arbete. Konsultanden står fri att acceptera eller förkasta konsultens bidrag. Enligt Caplan skiljer man på olika typer av konsultation, nämligen:

- Klientcentrerad fallkonsultation
- Konsultandcentrerad fallkonsultation
- Programcentrerad administrativ konsultation
- Konsultandcentrerad administrativ konsultation

Klientcentrerad fallkonsultation

Målet är att hjälpa personalen/konsultanden att handskas med en speciell klient eller grupp av klienter på ett kunnigt och riktigt sätt. Personalen upplever att den egna kompetensen inte räcker till och söker hjälp men "Vi måste också komma ihåg att konsultanden inte sällan begär konsultation när han befinner sig i en 'kris'. Han kan känna sig hotad inför de svårigheter han befinner sig i med sin klient eller sitt arbete. Att bistå, ej att förtrycka är viktigt. Vi måste också räkna med att förväntningar och fantasier om konsultationen styr konsultandens relation till konsulten. Att klargöra dessa, att etablera en bra arbetsrelation och för båda parter acceptabel och användbar kontakt är nödvändigt för att genomföra en konsultation" (Imre Szecsödy: Mentalhälsokonsultation, SFPH:s monografiserie nr 14 1981).

Konsultandcentrerad fallkonsultation

Konsultationen inriktar sig på att öka konsultandens kompetens till sitt arbete i stort, inte bara i relation till ett särskilt ärende. Man inriktar sig också på de svårigheter som konsultanden har i klientarbetet. De brister hos konsultanden man inriktar sig på kan vara: (Szecsödy 1981)

- brist på kunskaper
- brist på färdigheter
- brist på självkänsla och självrespekt i yrkesrollen
- brist på "objektivitet" som i sin tur kan bero på för stark identifikation med klienten
- karaktärologiska egenheter
- överföringsreaktioner mot klienten

Programcentrerad administrativ konsultation

Konsultens uppgift är här att hjälpa konsultanden/erna, institutionen med mera övergripande problem som gäller arbetets inriktning.

Konsultandcentrerad administrativ konsultation

Om problem och hinder uppstår vid genomförandet av t.ex. ett eftersträvat ökat samarbete mellan två institutioner kan denna konsultation vara ett medel att lösa problemen.

Förslag till definition av konsultation

Konsultation innebär att en konsultand begär hjälp av en konsult utifrån dennes större kompetens inom ett speciellt område för att bättre kunna klara sina svårigheter i förhållande till en klient/grupp/institution. Inom konsultationen är båda parter jämställda och konsultanden behåller sitt fulla yrkesansvar.

Förebyggande arbete

Då PBU/BUP startade anförde man att verksamheten skulle vara av primärt förebyggande natur. Man menade att förekomsten av vuxnas psykiska sjukdomstillstånd, asocialitet och missbruk till en viss del kunde härledas till svåra barndomsförhållanden och att man genom att se till att barnen bereddes en bättre uppväxt kunde förebygga vissa problem senare i livet. Tankarna bakom detta är

- om problemen kommer under bearbetning på ett tidigt stadium, kan utveckling mot en gravare störning hindras
- om man undanröjer svåra och onödiga påfrestningar i livssituationen leder detta till förbättrad psykisk hälsa och bättre förmåga att bemästra problemen
- om upplysning om mänskliga behov ges leder detta till en förbättring i människors villkor och miljö.

Forskning har visat att dessa tankar i stort sett är riktiga.

Det gäller alltså att hjälpa så tidigt under individens utveckling som möjligt, det är viktigt att komma i kontakt även med mycket små barn i fara att utvecklas i felaktig riktning.

Även i socialutredningen tryckte man på värdet av förebyggande insatser. Enligt en vanlig definition av förebyggande arbete tar man fasta på målgrupperna och definierar **primärt förebyggande arbete** som det som riktas till en befolkningsgrupp som helhet, dvs. till "alla", **sekundärt förebyggande** det som görs för att identifiera och stödja "sårbara grupper" och **tertiärt förebyggande** det som görs i form av behandlingsinsatser för individer och familjer.

Gustafsson och Kaplan-Goldman beskriver insatser som riktar sig till vissa identifierade grupper som man erfarenhetsmässigt vet är utsatta för extra stora påfrestningar och därmed i riskzonen för störningar av olika slag. Dessa "sårbara" grupper eller "riskgrupper" kan i många fall få välbehövligt stöd. En del är dock s.k. "svårnådda", varför särskilda energiska och målinriktade uppsökande åtgärder behövs.

Uppsökande insatser kan från vissa synpunkter betecknas som ett särskilt effektivt och välmotiverat sätt att använda resurser, eftersom de på ett målmedvetet sätt riktar sig till grupper, som annars på ett senare stadium skulle komma att manifestera ett ganska omfattande hjälpbehov.

Det är dock viktigt att vara medveten om att uppsökande insatser fordrar extra stor omsorg i både planläggning och utförande för att få

avsedda positiva effekter. Dåligt genomtänkta riskgruppsprogram kan bl.a. få stämplingseffekter.

Överhuvudtaget måste riskgruppsprogram till skillnad från andra förebyggande program ofta definieras i behovstermer eller negativa termer snarare än positiva, målorienterade termer (t.ex. i termer av livskvaliteter). Man talar när det gäller riskgrupper om vad man vill undvika (exempelvis barnmisshandel) snarare än vad man vill uppnå.

Effektivt förebyggande insatser fordrar både kunskaper, uthållighet och resurser, vilket inte minst Horst Eberhard Richter påpekat i samband med saneringsförsök inom bostadsområden och befolkningsgrupper. (Richter HE Gruppen: Natur och Kultur, Stockholm, 1973.)

Huvudregeln är att plattformen för det förebyggande arbetet är samhällets normalinstitutioner. Förebyggande insatser kommer då naturligt att inriktas på att öka det ändamålsenliga fungerandet och flexibiliteten inom dessa institutioner, så att man utöver grunduppgifterna (exempelvis undervisning, hälso- och sjukvård etc.) också kan främja psykisk hälsa och därmed förebygga ohälsa.

Målgrupp för insatser med detta syfte är vanligtvis den ordinarie personalen som är nyckelpersonerna i det förebyggande arbetet. När det gäller insatser som kan definieras som brett förebyggande befinner sig den kliniskt utbildade personalen (exempelvis BUP-personal) i ledet bakom den ordinarie personalen och arbetar via dessa, i regel som konsulter.

Om normalinstitutionernas personal är målgruppen för den kliniskt utbildade personalens utbildnings- och upplysningsverksamhet är de som drar nytta av dessa insatser "nyttjarna". Dessa "nyttjare" av förebyggande insatser kan exempelvis vara barnen i en förskolegrupp eller de föräldrar som deltar i en sjuksköterskeledd samtalsgrupp på BVC, där sjuksköterskan i sin tur kan få handledning av psykolog.

Det är sålunda att märka att målgrupp och "nyttjare" i regel är olika personer när det gäller förebyggande arbete men är samma personer vid behandlingsarbete.

I praktiken förekommer naturligtvis större eller mindre överlappningseffekter mellan de ovan beskrivna förebyggande, uppsökande och behandlande insatserna.

Det är rimligt att hävda att behandlingsarbete i viss bemärkelse ofta får förebyggande effekter inte minst om behandlingen avser barn och barnfamiljer (man kan exempelvis skapa bättre förutsättningar för dessa barn att i sin tur fungera väl i sina framtida föräldraroller). Trots detta kan det vara fördelaktigt att begreppsmässigt hålla isär de här olika typerna av insatser och hålla fast vid att behandlingsinstitutioner har som främsta uppgift att bedriva olika slag av behandlingsarbete med patienter som målgrupp.

Systematiska och kontinuerliga förebyggande insatser i stor skala måste göras av grupper som specialiserat sig på dessa uppgifter. Alla erfarenheter från både Sverige och utomlands pekar på att förebyggande och behandlande insatser inte bör konkurrera om samma resurser, eftersom behandlingsbehovet alltid upplevs som mera påträngande och därför tenderar att mer och mer äta upp utrymmet för de förebyggande insatserna.

Förslag till definition av förebyggande arbete

Förebyggande arbete brukar indelas i:

- □ primär prevention, varvid menas arbete som går ut på att psykisk och social ohälsa överhuvudtaget inte uppstår, arbetet riktas mot "alla"
- □ sekundär prevention, som innebär att riskgrupper så tidigt som möjligt identifieras och får hjälp och stöd
- □ tertiär prevention, som innebär behandlingsinsatser så att t. ex. psykiskt störda personer kan rehabiliteras och kan uppnå en så hög levnads- och funktionsnivå som möjligt.

"Preventionsbegreppen innefattar alltså en **inriktning** — att möta den psykiska ohälsan på alla fronter. Eftersom så gott som alla fall av psykisk ohälsa har en flerdimensionell bakgrund, kan man inte tänka sig att preventiva insatser blir en enkel orsak-verkan-typ, som med calmette-vaccinering för att förebygga tbc. Man måste i stället göra en analys av vilka uppgifter av preventiv art som blir aktuella för en psykiatrisk vårdorganisation, och vilka som faller på andras ansvar" (Johan Cullberg, Dynamisk psykiatri, Natur och Kultur, Stockholm, 1984).

Referenser:

Carlberg M & Guvå G & Teurnell L: Psykosocial konsultation inom förskolan. Natur & Kultur, Stockholm, 1981.

Statens offentliga utredningar 1985

Kronologisk förteckning

1. Församlingar i samverkan. C.
2. Livsmedelsforskning II. Jo.
3. Leva som äldre. S.
4. Rättshjälp. J.
5. Barn genom befruktning utanför kroppen m. m. J.
6. Förköp av bostadsrätter. B.
7. Arbetsmarknadsverkets ansvarsområde. A.
8. Beredskapsarbete i AMS-regi. A.
9. Kulturarbetsförmedling. A.
10. Pantsättning av patent. J.
11. Ny räntelag. J.
12. Skolbarnsomsorgen. S.
13. Fornlämningar och exploatering. U.
14. Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. S.

Statens offentliga utredningar 1985

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet
Rättshjälp. [4]
Barn genom befruktning utanför kroppen m. m. [5]
Pantsättning av patent. [10]
Ny räntelag. [11]

Socialdepartementet
Leva som äldre. [3]
Skolbarnsomsorgen. [12]
Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten [14]

Utbildningsdepartementet
Fornlämningar och exploatering [13]

Jordbruksdepartementet
Livsmedelsforskning II. [2]

Civildepartementet
Församlingar i samverkan. [1]

Arbetsmarknadsdepartementet
Arbetsmarknadsverkets ansvarsområde. [7]
Beredskapsarbete i AMS-regi. [8]
Kulturarbetsförmedling. [9]

Bostadsdepartementet
Förköp av bostadsrätter. [6]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningens nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
1985-06-25
STOCKHOLM

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08851-7
ISSN 0375-250X