

Hur går det för barn- och ungdomspsykiatrins patienter?

Samverkan krävs mellan pediatrik, barn- och vuxenpsykiatri

Under 1990-talet har både den vuxenpsykiatriska och den barn- och ungdomspsykiatriska vården varit föremål för statliga utredningar. Psykiatireformen som avsåg den vuxenpsykiatriska verksamheten medförde bl a ett ökat primärkommunalt ansvar för psykiskt sjuka. När motsvarande utredning av den barn- och ungdomspsykiatriska vården presenterades 1998, betonades både behovet av förbättrat samarbete mellan vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri samt mellan den barn- och ungdomspsykiatriska vården och kommunernas socialtjänst. I en studie vid Östersunds sjukhus, genomförd inom ramen för forskarutbildningen vid Karolinska institutet i Stockholm, har barnpsykiatriska patienter beskrivits med särskild hänsyn tagen till samarbetet både med vuxenpsykiatri och socialtjänsten.

Här presenteras data om 1 420 tidigare barn- och ungdomspsykiatriska patienter och deras framtida situation. Observationstiderna varierar mellan 5 och 20 år, och intresset har fokuserats på BUP-patienternas framtida självmordsrisk, behov av vuxenpsykiatriska hjälpinsatser och kriminalitetsutveckling. Nästan 2 procent har avlidit under observationstiden, huvudsakligen på grund av självmord. Fler än var fjärde patient har sökt kontakt med vuxenpsykiatri, medan drygt var tredje har kommit i kontakt med kriminalvården. Emellertid utgör de tidigare BUP-patienterna bara en mindre del (8 procent) av de aktuella åldersgrupperna inom vuxenpsykiatri. Resultaten aktualiserar därför frågan om barnpsykiatrins samarbete med barnsjukvården. Kan-

Författare

ULF ENGQVIST

socionom, doktorand vid Karolinska institutet, institutionen för kvinnors och barns hälsa, vid barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten, Östersunds sjukhus

PER-ANDERS RYDELIUS

professor, barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska institutet, Stockholm.

ske måste detta utvidgas ännu mer om målet är att tidigt identifiera barn som utvecklar egna psykiatriska besvär och om effektiva preventiva åtgärder skall kunna utvecklas.

Kunskapsbrist om samarbetet mellan disciplinerna

I Sverige finns tre psykiatriska discipliner: psykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Beröringspunkterna är många, men trots detta saknas viktiga och tillförlitliga kunskaper om beröringspunkterna och samarbetet dem emellan.

Vad händer med tidigare barn- och ungdomspsykiatriska patienter? Blir de välfungerande vuxna? Kommer de att behöva vuxenpsykiatriska vårdkontakter? Hur många riskerar att avlida genom självmord? Blir de kriminella?

I Sverige finns pionjärstudier med uppföljningar av barnpsykiatriska patientgrupper från 1950- och 1960-talet [1-3] och senare om ungdomar som utretts inom rättspsykiatri [4]. Här framkommer och diskuteras viktiga resultat om samband mellan psykiatriska avvikelser och beteenderubbningar i barna- och ungdomsåren samt senare psykisk sjuklighet och sociala anpassningsproblem/kriminalitet i vuxenlivet. Ytterligare belysning krävs för att dessa kunskaper skall kunna ligga till grund för effektiva samarbetsformer mellan olika discipliner så att psykisk ohälsa och sociala anpassningsproblem kanske skall kunna förhindras.

Övergripande kunskaper om samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri saknas nästan helt. Trots att de två disciplinerna har funnits parallellt under 1900-talet finns det brister i samarbetet angående unga vuxna och när det gäller anhörigperspektivet inom den psykiatriska vården, i synnerhet kring hjälpen till barn vars föräldrar är psykiskt sjuka, personlighetsstörda eller missbrukare.

Studie av gränsområdet mellan BUP och vuxenpsykiatri

Detta arbete är det första delarbetet med syftet att beskriva och diskutera gränsområdet mellan BUP och allmänpsykiatri med särskild inriktning på

Sammanfattat

- 1 420 tidigare BUP-patienter har observerats under varierande tid om 5–20 år. 25 har avlidit, varav 14 begått självmord. Ingen som senare begick självmord hade vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri på grund av självmordsförsök. Kontaktorsaken var beteendeproblem och otrygga hemförhållanden.
- Var fjärde patient (pojkar/flickor, 1/2) har sökt hjälp inom vuxenpsykiatri. De utgör endast 8 procent av de jämgamla vuxenpsykiatriska patienterna. Har den gruppen tidigare funnits oidentifierad inom pediatriken?
- Var tredje patient (pojkar/flickor, 2/1) har blivit känd för kriminalitet.
- Vaga samband framkom mellan barn- och ungdomspsykiatriska respektive vuxenpsykiatriska diagnoser.
- Resultaten är jämförbara med äldre liknande svenska undersökningar.
- Ökad samverkan krävs mellan barnsjukvård, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

kunskaps- och samarbetsfrågor av gemensamt intresse. Förenklat kan det sägas belysa frågan om barn- och ungdomspsykiatriska patienter kommer att fortsätta som patienter inom vuxenpsykiatri eller ej.

För att kunna besvara de ovan ställda frågorna krävs både patient- och populationsstudier. Ett mindre landsting och län med en välavgränsad barn- respektive vuxenpsykiatrisk verksamhet ger unika förutsättningar för att närmare

Brister i hemmiljön, svåra relationsproblem och alkohol- eller tablettmissbruk hos förälder är vanliga orsaker till ungdomars självmord.

beskriva både aktuella patientgrupper och befolkningen i allmänhet.

Med en kombination av prospektiva och retrospektiva metoder har en ursprunglig barn- och ungdomspsykiatrisk patientgrupp beskrivits med avseende på kön, ålder/orsaker till primärkontakten med barn- och ungdomspsykiatri respektive orsakerna/åldern vid framtida kontakter med vuxenpsykiatri samt behovet av slutenvård inom de två disciplinerna. Intresse har riktats mot eventuell förekomst av framtida dödsfall/självmord samt kriminalitet och missbruk i BUP-populationen.

METOD OCH URVAL

Undersökningsgruppen är samtliga patienter, födda 1957–1976, som avslutat kontakten med BUP i Jämtlands län åren 1975–1990. Med en sammanställning av de aktuella patientuppgifterna som utgångspunkt har sedan prospektivt kartlagts hur många som sökt vuxenpsykiatrisk vård (öppen och slutenvård i Jämtland, slutenvård i resten av landet) till och med utgången av 1995. BUP-patienterna indelades efter födelseår. Samtliga aktuella årskullar söktes inom det vuxenpsykiatriska patientregistret. På så sätt erhöles information om jämnåriga som sökt vuxenpsykiatri »direkt» utan föregående kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.

Sedan erforderliga tillstånd och etiskt godkännande (Um dnr 95-051) erhållits genomfördes datainsamling via granskning av journaler såväl inom BUP som inom vuxenpsykiatri. Ytterligare uppgifter (etiskt godkännande Um dnr 99-023; KI Dnr 99-209) har erhållits via Socialstyrelsens nationella patientregister, Lokala skattemyndigheten och Landsarkivet i Jämtlands län, SCBs dödsorsaksregister, BRÅs register över lagförda samt SCBs och Socialstyrelsens register för tvångsvård av missbrukare.

RESULTAT

1 420 patienter (674 män och 746 kvinnor) födda 1957–1976 avslutade sin BUP-kontakt under åren 1975–1990. De var då i genomsnitt 14 år gamla (variationsvidd 5–24 år). 1996 var 960 personer kvarboende i Jämtland, medan övriga hade flyttat ut, varav 12 till annat land. För 7 personer har det inte kunnat erhållas information om vistelseort.

Självmord vanligaste dödsorsak

Med utgången av år 1996 hade 25 patienter eller 1,8 procent (17 män och 8 kvinnor) avlidit. Medelåldern vid dödsfallen var 22 år (variationsvidd 12–33 år). Mer än hälften av de döda (64 procent) avled på grund av självmord (14 perso-

ner) eller på grund av s k oklara dödsfall (2 personer). 8 personer avled efter olyckor och 1 på grund av sjukdom. Bland de avlidna hade 14 haft vuxenpsykiatrisk kontakt (10 i Jämtland, varav 3 hade haft kontakt även i annat län samt 4 enbart i annat län).

För att få närmare kunskap om eventuella likheter/skillnader i levnadshistorik för dem som avlidit har fallbeskrivningar sammanställts, varifrån följande uppgifter hämtats: Ingen (!) av dem som senare begått självmord hade aktualiserats inom BUP på grund av självmordsförsök. 15/25 (8/14 suicid) hade uppenbara, dokumenterade, brister i hemmiljön. I 7 fall fanns alkohol- eller tablettmissbruk hos minst en förälder. För 6 av de avlidna fanns minst en förälder med psykisk sjukdom/problem. I 2 ärenden uppgavs att någon av föräldrarna hade gjort suicidförsök/haft suicidtankar. För 11/25 avlidna beskrevs svåra relationsproblem i familjen. I 9/25 fall beskrevs placering utanför hemmet, i familjehem, skolhem, tonårshem etc. 18/25 hade dokumenterade skolproblem.

De flesta återkom inte i vuxen ålder

Drygt var fjärde tidigare BUP-patient (404 personer, 28,5 procent) och nästan dubbelt så många kvinnor som män (1,7:1) har sökt vuxenpsykiatrisk kontakt efter den barn- och ungdoms-

psykiatriska vården. 229 av dem (57 procent) hade sin första vuxenpsykiatriska kontakt inom fem år efter det att BUP-kontakten avslutats. Majoriteten (356/404) har sökt hjälp inom Jämtlands vuxenpsykiatri, varav 40 personer även har vårdats inom slutenvård i ett annat län. Ytterligare 48 personer har enbart haft psykiatrisk kontakt enbart utanför Jämtland.

35 procent av de 404 hade vårdats som slutenvårdspatienter inom BUP. Medelåldern vid inledd BUP-kontakt var 14 år (variationsvidd 2–19 år) och vid avslutad kontakt 16 år (variationsvidd 5–24 år). Vanligast var att den vuxenpsykiatriska kontakten påbörjades i 19–20-årsåldern.

De tidigare BUP-patienterna utgjorde emellertid endast en mindre del (8 procent) av de vuxenpsykiatriska patienterna från samma årskullar.

Samband mellan diagnoser i barn- och vuxenåldern

Sambandet mellan diagnoserna som sattes inom barn- och ungdomspsykiatri och de senare vuxenpsykiatriska diagnoserna framgår av Tabell I (ICD-8- och ICD-9-systemen gällde under den aktuella tiden). Följande tendenser framkom:

Psykos. De som fått psykosdiagnos inom BUP fick i åtta fall av tio en sådan diagnos också som vuxen. På BUP dominerade diagnoser som »reaktiva psykos» medan diagnosen schizofreni givits för dessa inom vuxenpsykiatri. Intressant att notera är att symtom som ångest och skolvägran bedömda inom BUP-verksamhet senare har utvecklats till/uppfattats som psykos inom vuxenpsykiatri.

Ångesttillstånd. Fyra av tio som på BUP fått en diagnos bland ångesttillstånden fick en sådan diagnos också som vuxen. Intressant är att notera att flera av dem som på BUP observerades på grund av uppmärksamhetsstörningar och utagerande problem och som hade relationsproblem till föräldrarna eller omsorgssvikt i familjen hade erhållit diagnoser inom gruppen ångestsyndrom som vuxna. Dessa iakttagelser tyder på att utagerande beteende och uppmärksamhetsstörningar hos barn skulle kunna vara ångestrelaterade symtom.

Depressiva symtom. Depressiva symtom i barn- och tonåren kan antingen vara uttryck för depressiva tillstånd som liknar dem som ses hos vuxna eller också vara utvecklingsrelaterade, övergående symtom. Endast en av tio med BUP-diagnosen depression har också fått depressionsdiagnos som vuxen. En relation kan påvisas mellan utagerande beteende-/uppmärksamhetsstörning i barn- och ungdomsåren och ångestdiagnos som vuxen, så också

mellan symtom gränsande till utagerande beteendestörning/uppmärksamhetsstörning under uppväxtåren och senare depressiv störning inom vuxenpsykiatri. Inom denna grupp hade majoriteten också relationsproblem inom familjen. Fynden talar för att utagerande symtom och uppmärksamhetsstörning i barn- och ungdomsåren skulle kunna vara uttryck för depressiva inre känslor.

Missbruk. Varannan med diagnosen drogmissbruk/beroende på BUP fick samma diagnos inom vuxenpsykiatri. I denna grupp fanns förutom missbruket vanligen också en uppförandestörning och svåra hemförhållanden, föräldrar med alkoholproblem eller där kontakten förälder–barn beskrevs som dålig, eller mycket dålig.

En tredjedel blev kriminella

En tredjedel av de tidigare BUP-patienterna (502 personer, 35 procent, varav 348 män, 52 procent av männen och 154 kvinnor, 21 procent av kvinnorna) var kända i kriminalregistret vid uppföljningstillfället. Medianåldern vid första lagföringstillfället var 18 år. Totalt förekom 2 066 brott, i genomsnitt 4 brott per person, medianvärdet är 2. De vanligaste brotten var stöld, bilstöld, olovlig körning, snatteri, misshandel, rattfylleri och narkotikabrott.

De som blivit kända för kriminalitet hade från statistisk synpunkt oftare aktualiserats inom barn- och ungdomspsykiatri på grund av beteendestörningar och relationsproblem än de som inte utvecklats kriminalitet och där anmälningsorsaken till BUP oftast varit en somatisk problematik, depression, ångest och självmordstankar/försök.

DISKUSSION

De psykiatriska vårdbehoven inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri kan beskrivas från två utgångspunkter: dels utgående från dem som sökt hjälp vid de två enheterna under observationstiden, dels genom att jämföra dem som sökt hjälp inom den ena organisationen men inte i den andra.

För- och nackdelar med använd metod

Fördelarna med att undersöka ett mindre landstingsområde med ett »litet» sammanhållet utbud av psykiatrisk vård är stora. I det aktuella landstinget finns endast en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet och dessutom endast en vuxenpsykiatrisk organisation som betjänar hela befolkningen. Detta förhållande underlättar själva kartläggningen. Dessutom bodde 69 procent av de tidigare BUP-patienterna

kvar i landstingsområdet vid uppföljningstidens slut. Möjligheten att unga militärer som gör värnplikt i Östersund respektive studenter som studerar vid högskolan i Östersund har sökt vuxenpsykiatrisk hjälp men inte varit mantalsskrivna i Jämtland har beaktats. Någon större inflyttning av invandrargrupper har inte heller skett i Jämtland under den aktuella observationstiden. En nackdel med undersökningen kan därför vara att befolkningen i landstingsområdet kanske inte är representativ för en modern svensk genomsnittsbefolkning, varför möjligheten att generalisera resultaten blir begränsad.

Nackdelar med den använda metoden är också att den bygger på psykiatriska journaler som inte kan sägas i alla stycken vara vetenskapligt korrekta undersökningsinstrument. Det diagnostiska arbetet har vidare varierat över tid där ICD-8 och ICD-9 använts, men där mer handfasta kriterier, som finns i DSM-systemet och numera även i ICD-10, har saknats.

Patientpopulationen är också relativt ung (de äldsta är i dag knappt 42 år gamla) varför ett psykiatriskt vårdbehov sett i ett livsperspektiv ännu inte har kunnat beskrivas. Observationstiderna skiljer sig också inom patientgruppen (5–20 år). Detta innebär att andelen tidigare BUP-patienter kan komma att öka inom den vuxenpsykiatriska patientpopulationen i takt med att observationstiden blir längre.

Med beaktande av de metodologiska aspekter som diskuterats ovan, kan de redovisade fynden tolkas på olika sätt.

Olika teorier om varför få fortsätter i vuxenpsykiatri

Gruppen tidigare BUP-patienter utgjorde bara en liten del (8 procent) av den undersökta åldersmatchade vuxenpsykiatriska patientpopulationen. Vad beror detta på?

En orsak till att så få BUP-patienter fortsätter inom vuxenpsykiatrisk vård skulle kunna vara att BUP-verksamhet och vuxenpsykiatrisk verksamhet inte har utvecklat några samarbetsformer när det gäller fortsatt omhändertagande av tidigare barn- och ungdomspsykiatriska patienter som behöver hjälp.

En annan orsak skulle kunna vara att BUP-verksamheten är så effektiv att patienterna inte kommer att behöva senare vuxenpsykiatrisk kontakt.

En tredje förklaringsmöjlighet kan vara beroende av metoden och om ett retrospektivt eller ett prospektivt synsätt användes vid analysen. Med ett retrospektivt synsätt utgående från den aktuella vuxenpsykiatriska patientgruppen konstateras att 8 procent av dem varit tidigare BUP-patienter. Användes ett prospektivt synsätt utgående från de ti-

ANNONS

digare BUP-patienterna blir resultaten andra. Var fjärde tidigare BUP-patient har hittills aktualiserats inom vuxenpsykiatri. Hur skall detta förklaras?

Det kan ses på flera sätt. En del barn och ungdomar kanske uppvisar tidiga symtom som uttryck för manifestationer av vuxensjukdomar, där en senare vuxenpsykiatrisk kontakt skall ses som en naturlig fortsättning av deras habilitering. Om så är fallet behöver kunskaperna förbättras om de barn- och ungdomspsykiatriska symtom som har allvarlig innebörd.

Man kan också tänka sig att barn och ungdomar som har kontakt med BUP har en psykisk sårbarhet som medför att de kan behöva psykiatrisk hjälp även senare i livet när de möter personliga svårigheter. Eftersom det moderna samhället är så komplicerat och ställer så stora krav på medborgarna blir psykiska insufficienssymtom allt vanligare. Det kanske uppstår ett kontinuum från symtom i barnaåren till symtom i vuxenlivet som i sin tur beror på effekter av individuella sårbarhetsfaktorer.

Slutligen kan det kanske vara så att en barnpsykiatrisk behandlingskontakt under uppväxtåren kan ha givit både hjälp och insikter som gör att personen vid eventuella svårigheter senare i livet har lättare att söka hjälp än den har som inte haft tidigare psykiatrisk kontakt.

En majoritet av pojkar blir lagförda för brott

Anmärkningsvärt är också att fler av de tidigare BUP-patienterna blivit kända inom kriminalvården än inom psykiatri. Medan 22 procent av männen och 35 procent av kvinnorna i den ursprungliga BUP-populationen senare har aktualiserats inom psykiatri har 52 procent av männen och 21 procent av kvinnorna hittills blivit lagförda för brott.

Fyndet liknar dock dem som beskrivits i andra barn- och ungdomspsykiatriska patientgrupper såväl i Sverige som i övriga Norden [1-9]. I skolorna dominerar pojkar med aggressivitet och utagerande »asociala» symtom, medan i tonåren flickor dominerar med mer »psykiatriska/psykologiska» symtom som oro, ångest, nedstämdhet och olika värksymtom.

Pojkar med aggressivitet och utagerande beteende riskerar att som vuxna bli missbrukare och kriminella [2, 10-12], medan flickor som har ångest och orossymtom utvecklar psykiatriska besvär [2, 10-13]. Kan det vara så att tonårsflickors sätt att visa psykiatriska symtom gör det lättare för dem att få hjälp inom BUP, och därigenom också har lättare att söka hjälp även inom vuxenpsykiatri? Kan det också vara så att pojkarnas symtom är svårare att åtgärda på grund av deras störande beteende,

vilket leder till besvikelser för dem och till att de själva blir avvisande till både BUP-kontakt som små och senare vuxenpsykiatrisk kontakt? Eller är det så att professionen uppfattar flicksymtomen som »psykiatriska», medan pojksymtomen uppfattas som »sociala beteendeproblem» och därför i stället hänvisas till socialtjänst, beroendevård och kriminalvård, där barnpsykiatrisk kompetens saknas? Fyndet från vuxenpsykiatri, där flickorna överväger, jämfört med fynden från kriminalregistret, där pojkarna överväger, kan tala för det senare.

Ospecifika barnreaktioner kan få olika utfall i vuxen ålder

Det tycks bara föreligga svaga samband mellan jämförbara diagnoser givna till samma patienter inom BUP och senare inom vuxenpsykiatri. Detta har sannolikt sin förklaring i att olika traditioner att sätta diagnoser har funnits inom BUP och vuxenpsykiatri. På annat sätt kan det förhålla sig när det gäller att förklara de svaga samband som också finns mellan vissa BUP-diagnoser och senare vuxenpsykiatriska diagnoser. Det gäller framför allt krisreaktioner, anpassningsstörningar och de åldersspecifika diagnoserna. Dessa kan vara diagnoser som är relaterade till barns mognad och utveckling, och därigenom är så ospecifika att de hos olika barn kan ha olika innebörd och därför förebådar många olika utfall i vuxenåldern. Ytterligare förklaringar kan finnas.

Somliga symtom hos barn kan vara reaktioner på omgivningens krav respektive reaktioner på psykopatologiskt beteende hos föräldrarna. Här kan man förvänta sig att barnen aktualiseras av olika orsaker som yngre inom BUP och som äldre inom vuxenpsykiatri. Om så är fallet kan det kanske bakom de ibland vaga V-koderna (observationsdiagnoserna) finnas en specifik barnreaktion och livsproblematik som i vuxenlivet följs av en yngre psykiatrisk diagnos. Utagerande barn och ungdomar, barn som far illa, barn som har konflikter med sina föräldrar eller drabbas av föräldrarnas konflikter bör i så fall uppmärksammas särskilt av BUP, skolan och socialtjänsten. Särskilt intressanta i dessa avseenden är fynden att det tycks finnas svårigheter att upptäcka deprimerade barn och ungdomar i barn- och ungdomspsykiatri, då depression under uppväxtåren tycks kunna visa sig även genom symtom som uppmärksamhetsstörningar och utagerande beteende.

Suicidförsök i unga är ingen prediktor för framtida suicid

Frågan om dödsrisk/dödsorsaker bland tidigare BUP-patienter och om

likheter och skillnader i »själv-mordsstegen» i olika ålder har betydelse för vidareutveckling av gemensam kunskap i gränsområdet mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Andelen dödsfall samt dödsorsakerna liknar dem som beskrivits i andra svenska och internationella barn- och ungdomspopulationer [14-18]. Ingen (!) av dem som senare suiciderat hade sökt BUP efter självmordsförsök. I den särskilda analysen som nu sker av journalmaterialet bland dem som avlidit kommer förekomsten av självmordstankar i samband med den barn- och ungdomspsykiatriska vården att särskilt belysas.

Fyndet stöder tidigare resultat från Ulf Ottos avhandling [18] att självmordsförsök under barn- och ungdomsåren är en dålig prediktor för framtida fullbordade självmord. Orsaker som svår egen psykisk sjukdom samt problematisk social uppväxtsituation och asocialitetssymtom kan vara viktigare prognostiska faktorer än kända självmordsförsök för kunskapen att utveckla effektiv suicidprevention bland ungdomar.

Tidigare undersökningar stöder aktuella fynd

Som redan påpekats har de aktuella fynden stöd från resultaten av tidigare svenska longitudinella prospektiva undersökningar från 1930- till 1980-talet. Till denna grupp av undersökningar hör Frieds (och Hellströms) uppföljning av 1930-talets patienter vid Mellansjö skolhem [11], Curmans och Nylanders uppföljningar av 2 000 PBU-patienter från 1950-talet [1, 2], Anderssons, Jonssons och Kälvestens uppföljning av 50-talets Stockholmspojkar [12], men också från mer aktuella svenska undersökningar [7] och från de omnämnda nordiska undersökningarna, Thomsens [8] danska registerstudie av 546 barnpsykiatriska slutenvårdspatienter och Kjelsbergs [9] norska longitudinella studie av tidigare slutenvårdspatienter.

I sin inledning till XXVI:e Berzeliussymposiet »Mental and psychosocial adaption in children – A longitudinal and prospective approach» (Linköping, 1993) jämförde professor Michael Rutter dagens »current opinions» och kunskapsnivå [19] med 1960- och 1970-talet i en uppdatering av ett föredrag från 1972 om »Relationships between child and adult psychiatric disorders» [20]. De aktuella kunskaper han diskuterar med avseende på relationen mellan barndomens symtom och störningar i vuxenlivet är likartade med de fynd som framkommer i denna undersökning. Han konstaterar också att barn med ångestsymtom, externaliserande beteende och anpassningssvårigheter löpte stor

risk att i vuxenlivet behöva psykiatrisk vård.

Fyndet i denna undersökning stöder också uppfattningen att det finns både likheter och olikheter i de patientgrupper som barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri arbetar med. Det finns en mindre gemensam patientgrupp som vi behöver lära känna bättre. Detta diskuterades redan på Läkaresällskapets riksstämman 1986, där man slog fast att utökat samarbete mellan barn- och vuxenpsykiatri borde komma till stånd, särskilt för patienter i åldern 15–25 år.

Diskussionen återkom i Barnpsykiatriutredningen 1998 [21], där denna ungdomsgrupp fick ett eget kapitel. Kanske berör det viktigaste samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri inte en gemensam mindre patientgrupp av tidigare BUP-patienter utan i stället de beröringspunkter som begreppet »gemensamma familjer» innebär. Hit räknas föräldrar som sviktar på grund av egna psykiatriska symtom och där barnen blir symtombärande eller där föräldrarnas egna svårigheter leder till ångest och oro hos barnen, som vid psykisk sjukdom och föräldramissbruk.

Viktiga frågor återstår

Den föreliggande studien skall ses som ett steg i processen att nu vid 2000-talets början bättre leva upp till Psykiatrirreformens och Barnpsykiatriutredningens intentioner om ett förbättrat samarbete mellan de psykiatriska disciplinerna.

En viktig fråga återstår. Vilken är den större gruppen jämnåriga som söker vuxenpsykiatrisk hjälp utan att först ha varit aktuell inom barn- och ungdomspsykiatri? Frågan kan inte besvaras i denna undersökning men kommer att belysas genom beskrivning av ett slumpmässigt urval av dem som blivit vuxenpsykiatriska patienter utan föregående barn- och ungdomspsykiatrisk kontakt.

En viktig följdfråga som uppstår berör därför samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och barnsjukvården. Ragnar Jonsell [22] visade i sin avhandling att var sjunde patient som sökte barnmedicinsk öppenvård i själva verket hade barnpsykiatriska symtom. Är det så att det är dessa patienter som blir de senare vuxenpsykiatriska patienterna utan att ha varit aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri kommer helt nya frågeställningar att öppnas.

Referenser

1. Curman H, Nylander I. A 10-year prospective follow-up study of 2 268 cases at the

child guidance clinics in Stockholm. *Acta Paediatr Suppl* 1976; 260.

2. Nylander I. A 20-year prospective follow-up study of 2 164 cases at the child guidance clinics in Stockholm. *Acta Paediatr Suppl* 1979; 276.

3. Otto G, Otto U. Prognosis in child psychiatry. A follow-up study of a youth clientele. *Acta Psychiatr Suppl* 1978; 273.

4. Adler H, Frisk M, Lidberg L. Severe delinquency in young people: Background factors and characterizing features. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49: 263-74.

5. Gunnarsson E, Rydelius PA. Maria ungdomsmottagning – en beskrivning av organisation och arbete. Metodbyrå I Rapport nr 35. Stockholm: Stockholms Socialförvaltning, 1981.

6. Janols LO. Unga missbrukare av tung narkotika. Deras sociala bakgrund, hälsa och anpassning i jämförelse med barnpsykiatriska patienter och normala ungdomar [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet, 1984.

7. Hellgren L, Gillberg C, Gillberg C. Många psykiska störningar i vuxen ålder har ospecifika förbud i barndomen. *Läkartidningen* 1992; 89: 3381-8.

8. Thomsen PH. A 22- to 25-year follow-up study of former child psychiatric patients: a registerbased investigation of the course of psychiatric disorder and mortality in 546 Danish child psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 397-403.

9. Kjelsberg E, Dahl A. High delinquency, disability and mortality – a register study of former adolescent psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 1: 34-40.

10. Rydelius PA. Alcoholabusing teenage boys – testing a hypothesis on the relationship between alcohol abuse and social background factors, criminality, and personality in teenage boys. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 68: 368-80.

11. Fried I. Mellansjö school-home. Psychopathic children admitted 1928–1940, their social adaptation over 30 years: a longitudinal prospective follow-up. *Acta Paediatrica Suppl* 1995; 408.

12. Andersson M, Jonsson G, Kälvesten AL. Hur går det för 50-talets Stockholmspojkar? En uppföljning av 222 vanliga skolpojkar och 100 Skåpojkar. Monografier Nr 38. Stockholm: Stockholms kommunalförvaltning, 1976.

13. Jonsson G. Flickor på glid. En studie i kvinnoförtryck. Stockholm: Tiden/Folksam, 1977.

14. Rydelius PA. Deaths among child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 119-26.

15. Rydelius PA. The development of antisocial behaviour and sudden, violent death. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 398-403.

16. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders – A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.

17. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.

18. Otto U. Barn och ungdomars självmordshandlingar – En barn- och ungdomspsykiatrisk studie [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1971.

19. Rutter M. Connections between child and adult psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996; Suppl 1: 4-7.

20. Rutter M. Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1972; 48: 3-21.

21. Barnpsykiatrikommittén. Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Stockholm: Statens offentliga utredningar, 1998.

22. Jonsell R. Patienter som söker barnmedicinsk öppen vård – En studie med särskild

hänsyn till psykiska och sociala bakgrundsfaktorer [dissertation]. Umeå, Stockholm: Umeå universitet och Karolinska institutet, 1974.

Summary

A prospective follow-up of child and adolescent psychiatric patients with special reference to subsequent suicides, psychiatric morbidity and criminality

Ulf Engqvist, Per-Anders Rydelius

Läkartidningen 2000; 97: 2856-61.

1 420 child and adolescent psychiatric patients from a County Council in Northern Sweden were prospectively monitored during observation periods ranging from 5-20 years. These follow-ups focused on the patients' risk of future suicide, need of psychiatric care in adulthood, and risk of future criminality. In as much as every fourth child and adolescent psychiatric patient (male:female ratio = 1:2) required subsequent psychiatric care, while every third (male:female ratio = 2:1) demonstrated criminal behavior, these results indicate that improvements are needed in co-operative efforts linking child and adolescent psychiatry on the one hand with general psychiatry and social welfare authorities on the other. However, the majority of patients in general psychiatric care in corresponding age-groups were not the same former child and adolescent psychiatric patients. In a previous investigation of pediatric patients in ambulatory care it was found that every seventh patient was not physically ill although presenting with somatic symptoms, but suffered from undiscovered psychiatric problems. Considering the fact that patients in this group might well become patients in general psychiatry, yet never treated in child and adolescent psychiatry, then questions arise concerning ways to improve preventive measures and care.

The following results also merit attention:

25 former child psychiatric patients died during follow-up. Mean age at death was 22 years (range 12-33 years). 14 suicided and another two died of "uncertain causes". None of those who suicided had previously been admitted to a child psychiatric unit after attempted suicide. The majority had suffered from serious psychosocial problems related to parental factors such as parental psychiatric illness, alcoholism/drug-abuse and neglect.

Correspondence: Ulf Engqvist, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Östersunds hospital, SE-831 83 Östersund, Sweden

E-mail: ulf.engqvist@jll.se