

Leder Leif Elinders och Eva Kärfves »kamp« till något gott för barn i behov av särskilt stöd?

II Som kliniskt verksam barn- och ungdomspsykiater på en BUP-öppenvårds-mottagning och medicinskt ansvarig på ett behandlingshem i Hudiksvall med ett blandat uppdrag att möta barn och ungdomar 0–18 år med allvarlig psykisk ohälsa kan jag inte låta bli att undra över frågan i rubriken.

Brett behandlingsutbud

På vår mottagning arbetar behandlare med sammanlagt 152 års erfarenhet av barnpsykiatriskt behandlingsarbete, dvs de flesta har erfarenhet av att bedriva behandling före den s k neuropsykiatrins inträde på arenan. Vi har ett brett behandlingsutbud med klassiskt dynamisk terapi, Ericametodik, barnorienterad familjeterapi (BOF), systemisk familjeterapi, intensiv familjeterapi, nätverksterapi, kognitiv psykoterapi, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), bildterapi och kognitiv beteendeterapi (KBT) via mobilt team.

Stress och sårbarhetsfaktorer

På mottagningen är vi eniga om att ett bra diagnostiskt arbete grundar sig på att vi ser till stress och sårbarhetsfaktorerna. Då kan också våra behandlingsmöjligheter användas på ett individuellt anpassat sätt. Många erfarenhet är idag att det

gör stor skillnad att utöver ovanstående terapiutbud också ha möjligheten till farmakologisk intervention; det kan vara det som gör skillnaden om en terapeutisk insats verkligen får fullt genomslag. Jämför gärna med att skära en halsböld då man även ger penicillin samtidigt för att nå bästa möjliga behandlingsresultat.

Anpassad pedagogik viktigast

För varje gång som Leif Elinder och Eva Kärfve varit ute i DN eller SvD med sina kraftfulla rallarsvingar mot neuropsykiatriska diagnoser så upplever jag att det är svårare att få gehör för behov av extra resurser till »Kalle« och andra barn med behov av särskilt stöd. För dessa barn är en anpassad pedagogik den absolut viktigaste »ingrediensen« i behandlingen, men efter Elinders och Kärfves inlägg »vet« ju rektor att det inte finns några »diagnoser« och att »skulden« kan förklaras bero på bristande föräldraskap, och rektor kan hålla budgeten. Inser Elinder och Kärfve att detta i vissa fall blir resultatet av deras kamp?

Vad säger BUP-kollegerna?

Var finns då mina kolleger inom barn- och ungdomspsykiatri som ju också har sett denna möjlighet med farmakologiskt stöd till barn med många sårbar-

hetsfaktorer? När Barnpsykiatriska föreningen anordnade en kurs i s k continuous professional development (= efterutbildning för specialister) skulle vi (ett drygt tjugotal BUP-specialister) beskriva vad som inneburit milstolpar i vår kliniska karriär.

Nästan alla hänvisade till utbildning i neuropsykiatri och möjligheten till farmakologisk intervention som en viktig och positiv förändring i det kliniska arbetet. De flesta av oss har fått vår grundläggande utbildning i neuropsykiatri via Christopher Gillberg och hans forskarkolleger i Göteborg.

Det kanske är fler än jag som försökt få in debattinlägg i DN och SvD i frågan men som mötts av tystnad. Den fria debatten är inte alltid fri!

Jag efterlyser fler inlägg från kliniskt aktiva inom BUP-kåren, och jag bjuder gärna in Leif Elinder och/eller Eva Kärfve till en auskultationsvecka på BUP-mottagningen i Hudiksvall så kan vi diskutera stress och sårbarhet »in real life«!

Gunnel Svedmyr

överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Hudiksvall
Gunnel.Svedmyr@lg.se

ST-läkare i allmänmedicin och internmedicin bör ha placering på akutgeriatrisk avdelning

II Enligt artikeln »Lång väg till specialistbeviset« i LT 7/2003 (sidorna 488-9) är bakgrunden till den förändrade specialistutbildningen dels en internationell anpassning, dels att »antalet äldre ökar i samhället och därmed antalet multisjuka patienter, vilket kräver ökad kompetensbredd«. I Sverige finns det stora variationer i var denna kompetens finns.

Specialavdelning för äldre multisjuka

I Stockholm har vi i över ett decennium med framgång utvecklat och byggt upp kompetens på specialavdelningar för äldre multisjuka inom geriatrikens ram, s k akutgeriatriska avdelningar med dygnet runt-intag. De flesta äldre multisjuka med behov av akut slutenvård vårdas idag i Stockholm inom geriatriken och inte inom internmedicin.

ST på akutgeriatrisk avdelning

Om ett av syftena med den förändrade specialistutbildningen är att öka kompe-

tensen på detta område borde man i Stockholm ställa krav på ST-placeringar på akutgeriatriska avdelningar för t ex ST-läkare i allmänmedicin och internmedicin. För ST-läkare med målet att få grenspecialitet i geriatrik, och därmed internmedicin som basspecialitet, skulle detta få mer gynnsamma effekter än om förlängningen av utbildningen endast skulle ske inom internmedicin.

Kommer man att ta hänsyn till de regionala skillnaderna beträffande var kompetensen finns?

Martin Annetorp

överläkare
martin.annetorp@dalger.sspo.sll.se

Gunilla Barkman

biträdande överläkare

Börje Lundqvist

biträdande överläkare; samliga vid
Dalens geriatriska klinik, Stockholm

Tidigare inlägg

8/2003

Adolfsson R, Bejerot S, Engel J, Forssberg H, Heilig M, Humble M, et al. Kärfves kampanj har karaktär av personförföljelse och saknar vetenskaplig grund (sidorna 636-7).

9/2003

Brante T. Gillbergs forskning måste tåla granskning (sidorna 736-7; en längre version av denna artikel finns på Läkartidningens webbplats: www.lakartidningen.se).

Adolfsson R, Bejerot S, Engel J, Forssberg H, Heilig M, Humble M, Ingvar M, et al. Replik: Kärfve lurar Vetenskapsrådet (sidan 737).

Wentz E. Kammarrättsdomar orsakar forskningsetiskt dilemma (sidan 741).