

# Slutenvården behövs inom barn- och ungdomspsykiatrin

Någon form av slutenvård vid allvarliga psykiska störningar är nödvändig. Då är det väl dags att höja utbildningsnivån och göra slutenvårdsavdelningen till specialenhet, anser Per Rosenqvist, överläkare i Karlskrona.

I alla tider, men särskilt under senare år, har negativa, ifrågasättande och kritiska omdömen om slutenvården inom såväl VUP (vuxenpsykiatrin) som BUP (barn- och ungdomspsykiatrin) allt som oftast stått att läsa i tidningar och tidskrifter samt hörts i olika TV-program. Inom VUP anses slutenvård så nödvändig att dess existens inte ifrågasatts, men inom BUP förekommer en ständig diskussion om behovet av slutenvård (»Att vara eller inte vara«) – vilket skapar en uppgiven pessimism, minskad arbetsro och kreativitet. Till vilken nytta?

**Ordet »slutenvårdsavdelning«** har en aura av institution och negativa värderingar med låsta dörrar och social avskärmning från samhället. Lågt utbildad personal ska ta hand om de patienter som högt utbildad personal i öppen vård inte med tillfredsställande resultat kan behandla. Behandlingsupplägg, -planer, -metoder etc är ofta bristfälliga. Bristande kontinuitet mellan öppen- och slutenvård gör att patienten och eventuell familj inte på ett optimalt sätt ser en process i behandlingen. Inläggning i slutenvård har setts som en sista åtgärd »i brist på annat«. Framför allt inom BUP (men även inom VUP) är det brist på läkare. En eller två läkare på en klinik i landsorten orkar inte ensamma vara ansvariga för en egen jourlinje och »stå till pass« dygnet om i veckor.

På grund av detta, men även på grund av ideologiska aspekter, har därför BUP (till skillnad från VUP) runt om i landet försökt hitta olika lösningar. Till exempel kan BUP erhålla någon enstaka plats på barnklinik vid mycket kortvariga

vårdtillfällen. Annars kanske det får bli privata behandlingshem etc.

**BUP sorterar** under olika sjukhusförvaltningar, varav psykiatri och kvinnor/barn lär vara de vanligaste. Det måste givetvis skapa förvirring och otydligheter att man kan betrakta en specialitets tillhörighet så olika.

Visst faller det sig naturligt att betrakta BUP och VUP som psykiatriska specialiteter i ett kontinuum? Om man väljer att se BUP ur detta perspektiv faller det sig också naturligt att samverka med till exempel VUP vad gäller jourer under kvällar, nätter, helger, vid tillfällig vård på PIVA (psykiatrisk intensivvårdsavdelning) – om sådan är nödvändig – och i vårdintygssituationer. BUP kan till exempel svara med att effektivisera konsultverksamhet dagtid och att snabbt och smidigt lösa problem som uppstått på jourtid.

Man kan alltid välja om man vill betrakta något med positiva eller negativa ögon. Hur känner sig den familj som ska avlämna sitt barn på en slutenvårdsavdelning »i brist på annat«? Om jag i stället erbjuder familjen att, under en begränsad tid, få komma till vår specialenhet för utredning, diagnostik och behandling känns det kanske lite mera hoppningivande?!

**Redan innan en patient** läggs in planerat bör en behandlingsplan finnas med tankar om vad som behöver göras, diagnostiska förslag, inplanerade träffar med öppenvårdsterapeut etc. En välkommande introduktion där vi efter presentation av personal, lokaler och rutiner visar patient och familj tillräta betyder säkert mycket. Två eller tre kontaktmän/-kvinnor utses som har täta samtal med patienten och familjen i ett kartläggande syfte. Kartläggning av familjedynamik och -system, relationsanalys och beteendeanalys kan – om

behov anses föreligga – efterföljas av olika utredningar eller bedömningar av begåvningsnivå och -profil, depression, ångest, användande av »5-15« (ett frågeformulär smom täcker av problemområden inom psykopatologin), datorbaserade uppmärksamhetstest (IVA/TOVA) vid misstanke om ADHD, m m.

**I denna mycket** spännande process kan vid behov engagerad personal från öppenvård och slutenvård träffas och stämma av vad olika fynd hittills visar och hur man ska gå vidare. En förälder bör finnas hos barnet – helst hela dygnet om barnet är yngre. Vi bedömer interaktionen. Diagnostiska överväganden kan väcka frågan om medicinering. Till detta kommer bedömning av hur permission till hemmet avlöpt: Vad gick bra? Vad fungerade inte? Ska socialtjänsten kopplas in? Behövs nätverksträffar med socialtjänst, skola etc? Behövs mer specifik terapi? Dialektisk beteendeterapi? Kognitiv beteendeterapi? Kontakt med ätstörningsenheten? Bör man inleda familjebehandling i öppenvård av något slag? Detta är bara några exempel på många olika insatser som kan behövas.

Vi är skeptiska till att »sysselsätta« barnen. Vi vill lägga tonvikten vid att jobba med de personliga/familjära problemen. Sysselsättning, att »göra roliga saker« etc kan i själva verket dölja eller fördröja problem att komma upp till behandlingsbar yta, medan att »ha tråkigt« ibland kan underlätta samtalskontakt, och grupp-aktiviteter som att laga mat, åka och bada etc kan visa social funktion.

**Olika bedömningar** har kommit fram till att vi måste ha någon form av slutenvård – även för BUP – för allvarliga psykiska störningar av till exempel psykotisk valör, suicidprevention, svåra anorektiska tillstånd med mera. Då är väl den enda rimliga inställningen att göra denna behandlingsform så effektiv och välfungerande som möjligt? Och varför är det så låg utbildningsnivå i sluten vård? Är det inte dags att, kanske just genom att höja utbildningsnivån, göra slutenvårdsavdelningen till en specialenhet?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



**PER ROSENQVIST**  
överläkare, BUP Öst, Karlskrona  
per.rosenqvist@ltblekinge.se

**APROPÅ!** Studenterna om läkarutbildningen

# Rusta upp den kliniska handledningen!

»Föreskrifter, muntliga råd och allt vad till undervisningen hör skall jag meddela ... de lärjungar som avlagt skriftlig ed enligt läkarsed ...«

Ur den hippokratiska eden

■ Det är lätt att tänka att läkaryrket är uppbyggt av två fundament: klinisk verksamhet och forskning. Som synes finns emellertid ytterligare en grundsten, omhuldad redan av Hippokrates, men i dag närapå bortglömd: undervisning! Här brister i dag svensk läkarutbildning, åtminstone när det gäller den kliniska handledningen.

Det är inte sällan man som läkarstudent på klinisk placering blir tvungen att se till att man inte blir frånsprungen av sin handledare – om det ens finns någon. Handledarbristen är i dag på många håll skriande, men detta är ändå inte det största problemet.

**Problemet är undervisningens kvalitet.** Handledningen är en av de viktigaste faktorerna för hur givande en klinisk praktik blir – många är de läkarstudenter som helt tappat intresset för en specialitet på grund av dålig handledning, och få är de som känner sig tillräckligt förberedda när de kommer ut på sitt första vikariat, eftersom de fått för liten eller ingen återkoppling från sina handledare. Därmed formar man som läkarstudent också sin egen utbildning i långt större utsträckning än vad man borde, vilket är oacceptabelt från kvalitetssäkrings-synpunkt.

**Ordförandekonventet** för medicine studenter i Sverige (OMSiS), som är ett nationellt samarbetsorgan för läkarstudentkårerna på de sex universitetssorterna där läkarutbildning bedrivs i Sverige, och



Foto: John Powell/IBL

**Läkarstudenterna vill ha regelbunden uppföljning av handledarna på klinik, där studenten får tillfälle att värdera handledarens insatser.**

som i förlängningen alltså representerar alla svenska läkarstudenter, har under alltför lång tid observerat den bristande kliniska handledningen. Övertygelse råder om att bättre fokus skulle kunna läggas på grundutbildningen av läkare och att studenternas personliga ansvar för patienter skulle kunna stärkas.

För att detta ska bli genomförbart krävs dock en ordentlig upprustning av den kliniska handledningen. Förbättrad handledning skulle också innebära att högre krav skulle kunna ställas på studenterna, vilket dessutom skulle betyda bättre förberedelser inför AT.

**I samarbete med** Medicine studerandes förbund (MSF), som är Sveriges läkarförbunds studerandeorganisation, har nu OMSiS beslutat att sätta fokus på den kliniska handledningen. MSF skickar vartannat år ut en enkät till studenterna på medicin- och kirurgikurserna på alla sex studieorterna. Studenterna får i enkä-

ten svara på hur de tycker att handledningen har fungerat under kursen. Frågorna rör bland annat hur många studenter det har varit per vårdteam, om de har haft en personlig handledare, om de har fått öva på praktiska moment och om de har fått tillräcklig återkoppling från handledaren.

2006 års enkät visade att den ökade studenttäteten på utbildningen gett negativa effekter på handledningen. MSF har sedan dess drivit frågan om utökade resurser till handledning på kliniken.

**Läkaryrket är i mångt och mycket ett lärlingsyrke, och för en färdig yrkesverksam läkare ska undervisning därmed vara ett självklart inslag.** I dag finns många lysande handledare, men tyvärr också lika många av motsatsen.

För att komma till rätta med detta vill vi nu följande:

- Pedagogiska meriter måste värderas högre vid anställning av *samtliga* läkare, inte bara de som anställs via universiteten.
- Sjukvårdshuvudmannen ska kunna redovisa *hur* tilldelade finansiella medel används för att utveckla och uppmuntra undervisning av studenter på grundutbildningen.
- *Alla* handledare ska ha genomgått någon form av pedagogisk utbildning, handledarkurs etc. Utbildningen kan med fördel ingå i AT, eftersom AT-läkare ofta undervisar.

- **Regelbunden uppföljning** av handledarna på klinik, där studenten får tillfälle att värdera handledarens insatser.

Til syvende og sidst handlar det om en attitydförändring till något som egentligen är självklart: den som har mer erfarenhet och kunskap *ska* dela med sig av detta till den som inte har lika mycket. Så utbildar vi framtidens läkare, så bygger vi kollegial gemenskap och ständig ömsesidig, personlig och kunskapsmässig utveckling, och så förvaltar vi Hippokrates' arv.

Nu kräver vi handling!  
Sveriges läkarstudenter genom

**Jens Jacob Fredriksson**  
generalsekreterare, ordförande  
konventet för medicine  
studerande i Sverige (OMSiS)  
jensjacob.fredriksson@gmail.com

**Yosef Tyson**  
förbundsordförande, Medicine  
studerandes förbund (MSF)  
yosef.tyson@slf.se

**Linn Persson**  
ordförande,  
Läkarutbildningsrådet, Göteborg

**Johan Eriksson**  
ordförande, Medicinska  
föreningen, Linköping

**Astrid Möell**  
ordförande, Läkarsektionen,  
Karolinska

**Elisabeth Malmin**  
ordförande, Medicinska  
utbildningsrådet, Lund/Malmö

**Amira Diallo**  
tillförordnad ordförande,  
medicinska studierådet, Umeå

**Leo Wennström**  
ordförande, Medicinska  
studierådet, Uppsala