

# Social kompetens bör vara väl representerad vid utredning av utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning

■ I en medicinsk kommentar i LT 14–15/2007 (sidorna 1126-7) ger Elisabeth Fernell och Christopher Gillberg en vetenskaplig och klinisk uppdatering av kunskapsläget inom det utvecklingsneurologiska och barnpsykiatriska fältet. Kommentaren påtalar även dilemman inom den nuvarande svenska vårdorganisationen på området och stimerar till debatt om förbättringsmöjligheter.

**Författarna konstaterar** bland annat att man på flera håll i Sverige, för att möta det ökande utredningsbehovet på området, har organiserat diagnosbaserade team. Många diagnosbaserade team har dock tyvärr ofta alltför smalt utbud av utredningar för att kunna genomföra nödvändiga helhetsbedömningar av de barn som remitteras till dem. Och, än värre, hänvisning till diagnosbaserade team förutsätter ibland att remitterande instans i princip redan är på det klara med barnets diagnos.

I sin kommentar förordar Fernell och Gillberg breda tvärfackliga utredningsteam. De understryker också att vården måste vara så organiserad att det finns utrymme för adekvat utvärdering av insatta hjälpinsatser och uppföljningar av barnens sym-

tom. Symtombilder hos växande barn förändras ju med nödvändighet över tid. Symtom kan minska, tillkomma eller bli mera uppenbara. Förståelsen för det enskilda barnet, och anpassning av insatta åtgärder, måste givetvis vara i samklang med detta barns aktuella symtombild och funktionsnivå.

**I avslutningen** av sin kommentar föreslår Fernell och Gillberg att hälso- och sjukvårdsorganisationens kartor på det aktuella området ritas om så att de anpassas till aktuellt kunskapsläge och till barns och familjers reella behov.

Jag anser att Fernell och Gillberg med sin initierade medicinska kommentar har givit ett bidrag som stimulerar till konstruktiv debatt om hur vården av barn med utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar bäst bör utformas. Innehållet i kommentaren anser jag också till stora delar vara relevant för debatten om psykiatrins organisation och innehåll.

**Avslutningsvis** – mina egna erfarenheter av arbete inom det barnneuropsykiatriska fältet överensstämmer väl med den bild som Fernell och Gillberg ger. Deras genom-

gång och förslag i den korta medicinska kommentaren uppfattar jag som synnerligen värdefulla för vårdutveckling på området. Möjligtvis hade jag önskat att författarna hade haft utrymme att ännu mera understryka det sociala perspektivet – och att social yrkeskompetens bör vara väl

representerad när barn och ungdomar utreds med frågeställning utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning.

**Hans Smedje**  
specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska Sjukhuset, Uppsala  
hans.smedje@akademiska.se

## REPLIK:

### Vi instämmer!

■ Tack för positiv feedback på vår artikel. Vi håller helt med Hans Smedje om vikten av att alltid beakta sociala faktorer vid utredning och uppföljning av barn.

**Kanske skulle vi** under vår rubrik »Riskgrupper behöver särskilt uppmärksammas« skrivit lite fylligare om den grupp som vi kallar »barn med dubbla risker«, dvs de barn som har en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning och en ogynnsam social situation. Social kompetens behövs i ett utredningsteam med bredd!

**Som tillägg** vill vi justera referens nr 10, som skall vara den som står i den fullständiga referenslistan, nämligen:

10. Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B, Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48:361-6.

**Elisabeth Fernell**  
docent, överläkare, barnneurologi och habilitering; Autismcenter för små barn, Stockholm; utvecklingsneurologiska enheten (UNE), Mariestad  
elisabeth.fernell@karolinska.se

**Christopher Gillberg**  
professor, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri, barnneuropsykiatriska kliniken, Göteborg; National Centre for Young People with Epilepsy, London University/Strathclyde University, Glasgow

# Licenspreparat krävs för normalisering av D-vitaminstatus

■ Glädjande nog börjar D-vitaminbrist uppmärksammas, vilket illustreras av Anna Gerges och Hans Peter Söndergaard's inlägg i Läkartidningen 24–25/2007 (sidan 1882).

**Det kan vara av intresse** att den angivna nedre gränsen för referensintervallet för 25-OH-vitamin D<sub>3</sub> är mycket konservativ. Andra laborato-

rier i Sverige uppger 75 nmol/l som nedre gräns för rekommenderad nivå. Det är alltså fullt möjligt att samtliga sex fall som Anna Berge och Hans Peter Söndergaard beskriver kan bedömas ha suboptimalt D-vitaminstatus.

**En annan fråga** är hur behandling skall genomföras och vilka resultat som kan

förväntas. Det är tyvärr mycket osannolikt att man skall lyckas normalisera dessa patienters D-vitaminstatus med i Fass tillgängliga preparat. Det krävs licenspreparat för att få till en effektiv dosering, om man samtidigt vill kontrollera att serumnivån hamnar rätt. Man måste också räkna med att det tar minst 6 månader innan man kan förvänta full effekt [1].

**Mats Humble**  
överläkare, allmänpsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
mats.humble@skane.se

## REFERENS

1. Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Andersen H, et al. Hypovitaminosis D myopathy without biochemical signs of osteomalacic bone involvement. *Calcif Tissue Int.* 2000;66:419-24.