

Ett debattinlägg om barnpsykiatrins framtid

Karl Grunewald

Gerd Westman

Frågan om barnpsykiatrins framtid har det senaste året diskuterats i olika sammanhang. Socialministern har också i år lagt fram en proposition om utredning av denna fråga.

Följande artikel är ett sammandrag av ett längre inlägg, som baseras på ett par konferenser vid Allmänna Barnhusets konferensgård, Sättra Bruk.

Karl Grunewald är medicinalråd i socialstyrelsen, tidigare överläkare i barnpsykiatri och ledamot av direktionen över Allmänna Barnhuset. Gerd Westman är forskningsassistent vid Allmänna Barnhuset och tidigare psykolog i barnpsykiatrisk verksamhet.

Artikeln kommenteras av en föreläsare för barn- och ungdomspsykiatri, överläkare Ebba Neander, på sid 388 och av en föreläsare för socialvården, socialchef John Lovén, på sid 390.

Den svenska barn- och ungdomspsykiatri är en historiskt ung verksamhet. Formellt startade den 1945. Under 60-talet skedde en explosionsartad utveckling, som resulterade i barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i varje landsting, kompletterade med öppna mottagningar.

Under 70-talet har betydande resurser tilldelats många barnavårdande områden, dock har barnpsykiatri behandlats styvmoderligt.

Barnpsykiatri måste få större resurser och ett erkännande av dess viktiga funktion i vårt samhälle. Det finns dock motstridande uppfattningar om målgrupper, behandlingsmetoder, förhållande till samarbetspartners, organisationstillhörighet m.m. Detta är i och för sig inte något unikt för barnpsykiatri.

Dock har det bidragit till en barnpsykiatri i kris.

Allmänna barnhuset intresserar sig sedan många år för barn och ungdomars sociala situation. Därför inbjöds barnpsykiatriska kuratorer, psykologer och läkare samt representanter för departement, skola, barnhälsovård och socialvård till två konferenser på Barnhusets konferensgård Sättra bruk i Tiveden. Det mesta i detta debattinlägg kommer därifrån, men naturligtvis färgat av våra värderingar. Alla deltagare har fått vad vi skrivit – en del har protesterat, andra har applåderat.

Kan barnpsykiatrins kris vändas till någonting konstruktivt.

BUP kritiserar sig för att den isolerar sig. Många anser att:

- man inom BUP ej förstår andra som arbetar med barn och ungdomar,
- man arbetar inom ett alltför snävt område och har så mycket interna problem,
- man har allt för litet av forskning, utbildning, målsättningsdiskussioner och ifrågasättande av metoder.

Och domokumentationen är bristfällig. Jämför barnhälsovården och handikappomsorgen och deras anslag! Där har man dokumenterat nyttan av verksamheten och krävt resurser. Ingenting som kommit av sig självt.

Resurser har de senaste tio åren uppenbart satsats på andra organ än BUP. Barnpsykiatri fick sitt

Barn- och Ungdomspsykiatri förkortas med BUP. Det inkluderar i detta inlägg även det som i Stockholm sedan länge kallas PBU (Psykisk Barna- och Ungdomsvård).

under 60-talet och är uppenbart sedan länge i en kris. Det beror främst på den stora skillnaden mellan den egna ambitionen och kraven utifrån. Barnpsykiatri har svårt hitta sin roll i samhället. Fortfarande efter alla år är det så stor skillnad mellan barn-psykiatri i Stockholm och landet i övrigt.

Barnpsykiatri har blivit en slagpåse för mycket som händer som värst för barn och ungdom. Det beror inte bara på att man har varudeklarerat sig dåligt, utan även på att man inte nått fram till stora grupper barn och ungdom som behöver hjälp. Därför vill nu många integrera BUP med all annan barn- och ungdomsvård.

Men inom BUP vill man fördjupa sina metoder och förbättra sin teknik.

Tyvärr har det lett till splittrade diskussioner om roller, ansvar och befogenheter.

Löneklyftorna för närliggande arbeten är för stora. Konfrontationen med en barnläkare i randutbildning och en kvalificerad psykoterapeut leder till bitterhet. Läkarens chefskap kan inte längre anses vara självklart. Allt detta måste uppenbart klaras upp först.

Att utan vidare integrera BUP med de andra verksamheterna för barn och ungdom kan betyda en urholkning. Man kan inte ge något utåt om man inte får förnya sig inåt. Finna och utveckla sin identitet.

Och om barnpsykiatri går ut på fältet allt mer, är det risk för att någon annan organisation måste klara det tunga klientelet – de psykotiska barnen t ex. Redan idag händer det att tunga fall omhändertas inom vuxenpsykiatri i brist på barnplatser. Barn i kris läggs in tillsammans med vuxna. Det kan ej accepteras.

Det behövs en ingående och allsidig utredning om BUP. För det krävs en statlig kommitté.

Ambitionerna inom barnpsykiatri och anspråken på den måste realitetsanpassas och harmoniseras. Barnpsykiatri kan inte lyckas med alla problem hos barn och ungdomar som ingen annan klarar!

Lönen måste anpassas efter den terapeutiska kompetensen, ansvaret bör läggas på den som utför det praktiska arbetet och chefsfunktionen måste analyseras, utvecklas och struktureras om.

De som arbetar inom BUP måste få en systema-

.....
Mitt i allt anses Sverige för att ha den bästa barnpsykiatri i världen!
.....

tisk vidareutbildning. Det är basen för en ny identitet. Och de måste få resurser att bättre dokumentera sina insatser.

Mitt i allt anses Sverige för att ha den bästa barnpsykiatri i världen!

Så här formulerar Ragnar Jonsell sin kritik.

(Han är barnhälsovårdsöverläkare i Älvsborgs län).

BUP väljer endast de som är motiverade att komma – släpper kontakten om familjen är omotiverad. Nackdel: De minst motiverade har ofta de största problemen.

BUP isolerar sig. Nackdel: Ömsesidiga missförstånd.

Verksamheten uppfattas som "mystisk". Barnpsykiatri får ej kontakt med vardagsproblem eller friska barn. Referensramar ändras.

BUP har svårt att ställa upp akut. Nackdel: Familjens motivation försvinner.

BUP har övertro på nya metoder innan resultaten utvärderats. Strider mellan olika psykiatriska skolor. Rubbad trovärdighet hos kollegor, föräldrar, lärare, huvudmän.

Vad är egentligen psykiatri i barnpsykiatri?

Vad är barnpsykiatriens specifika kompetens? Vad kräver man av den?

Kraven från medicinskt håll är relativt klart definierade, men inte de från socialvården, skolan och handikappomsorgen.

Barn- och ungdomspsykiatri är tvärvetenskaplig. Det är viktigt.

Den vill igenkänna, bota, lindar och förebygga psykiska störningar hos barn och ungdomar.

Den har specifika kunskaper i psykopatologi och utvecklingspsykologi (därför att psykisk sjukdom hos barn och ungdom ger en störning i utvecklingen).

BUP är den sista resursen för de svårast skadade barnen. Den är vår viktigaste kunskapsresurs om barn med problem.

.....
Sjukvårdstillhörigheten ger ett likaberättigande med andra specialiteter och patientflödet är relativt lätt för barn som fångas upp inom sjukvården.
.....

Barnpsykiatrin är formellt en medicinsk specialitet. Dock är det endast läkarna som har den specialiteten, inte psykologerna och kuratorerna. Men i praktiken är den i mycket en socialpsykologisk verksamhet.

Bör BUP förbli en medicinsk specialitet? I så fall måste man nog börja avvisa många av de barn och ungdomar som behandlas där nu – nämligen de som inte är i behov av sjukvårdens resurser. Då skulle man lättare kunna utveckla kompetenser för speciella grupper barn. De svårast störda barnen, de psykotiska och de svårast psykiskt och fysiskt handikappade barnen skulle få mera hjälp. Sjukvårdstillhörigheten ger ett likaberättigande med andra specialiteter och patientflödet är relativt lätt för barn som fångas upp inom sjukvården.

BUP borde...

- påverka samhället mera när det gäller barns behov och utvecklingsbetingelser för att förebygga felutveckling.
- gå in i samhällsdebatten, vara goda bråkare, sitta med i alla statliga kommittéer som sysslar med barn och samhällsplanering.
- föra ut kunskaper till de människor som finns på nyckelpositioner i samhället
- ställa upp med konsultation och handledning överallt där det finns barn och ungdomar.

Blir mångfalden av metoder en tillgång eller ett hinder?

BUP har ej någon enhetlig ideologisk förklaringsram. Människan måste självklart ses som en del av sin miljö. Men terapin har en mångfald olika former som måste behäskas och tillämpas utan låsning. Alla olika hjälpmedel som står oss till buds behövs! Man måste väga samman sådana teorier som utvecklingspsykologi, inlärningspsykologi, socialpsykologi, organbiologi m fl.

Och de olika metoderna för diagnos och behandling hos de olika teammedlemmarna måste accepteras: medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk.

Första statliga betänkandet om barnpsykiatri kom 1944. Det handlade om att förebygga kriminalitet och social missanpassning.

Nästa betänkande kom 1958. I det pläderas för en mera sjukvårdsinriktad verksamhet.

Sedan kom ett betänkande från mentalsjukvårdsberedningen 1968 om behovet av behandlingshem av olika slag.

40-talet och början av 50-talet kan kallas för den ideella barnpsykiatrins tid med i huvudsak öppen verksamhet.

Den efterträdde från mitten av 50-talet av den professionella och blev mera sjukhusanknuten.

De senaste 20 åren har mera kännetecknats av en ändring av metoderna än av organisationen. Till stor del en följd av att man har mycket färre lätta fall "att vila sig på" nu än förr.

Blir barnpsykiatrin effektivare med fler konsulter och handledare?

BUP kan inte ta ansvar för eller ens ta ställning till alla barn med psykiska störningar. Skolan, förskolan, den övriga socialvården, handikappomsorgen och barnhälsovården måste alla ha folk som kan utveckla sin egen kompetens för barn med psykiska störningar. Detta bör ske bl a genom hjälp av konsulter, handledare och utbildare från BUP.

Engagemangen måste vara sådana att dessa personer orkar att fortsätta under en längre tid. Man kan inte vara konsult på heltid!

De andra organisationerna måste specificera sina krav på konsult- och handledarmedverkan från BUP. De bör äska särskilda medel för varje enskild tjänst, för att kunna köpa sådan service av BUP.

Ett stort problem är olika boendeinstitutioner för barn och ungdom (behandlingshem, elevhem, specialskolor m fl). Även dessa behöver kontinuerlig kontakt med handledare och konsulter, om de inte ingår i den ordinarie personalstaben.

Teamet. En helig treenighet?

Det inarbetade teamet läkare, psykolog, kurator måste bibehållas men kunna utvidgas till även and-

ra, tex pedagog, skötare, socialpedagog, fritidsledare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, mfl.

Hur pass specifika är rollerna bland de tre i kärnteamet? I vilken utsträckning går tex läkaren in i psykologens roll?

En yrkesgrupp som har utvecklats mycket under dessa år är psykologerna, men deras formella befogenheter har inte ökat trots att de numera är legitimerade (eller kan bli).

Om ansvarsfördelningen klarläggs bör erfarna psykologer och kuratorer kunna arbeta mera självständigt vid tex filialer. Det ger möjligheter till differentierade insatser av teamet och integrerade relationer med andra barnomsorger.

Målet måste vara att allt färre barn skall behöva sändas till de centrala BUP-resurserna för behandling där. Allt fler skall våga åta sig att sköta även krångliga barn, kunna göra ett bra jobb till vardags.

Med teamet som utgångspunkt: Är det verkligen barnpsykiatri som man bedriver? Som helhet? Nej, allt psykologiskt och socialt arbete inom BUP är inte psykiatri. Kanske är det dags att gå ännu längre – att kommunerna tar mer ansvar för dessa barn och anställer kompetent folk. Men att överta BUP kan det ej bli fråga om.

Vem ansvarar för metodutveckling och utbildning?

Inom varje sjukvårdsregion måste finnas resurser för metodutveckling och forskning inom barnpsykiatri. Det måste byggas in i det dagliga arbetet. Och det kräver forskarutbildning och kontakt med närliggande forskningsenheter.

BUP bör bättre systematisera och utvärdera det man håller på med. Vart leder arbetet och vilken målsättning har man?

Även på primärkommunal nivå behövs några som arbetar med fortbildning och utvecklingsarbete gemensamt för alla som har barn och ungdom som yrke.

Det förutsätter ett gemensamt programarbete för kommun och landsting. Man måste bestämma sig för gränserna för de olika organisationerna – och för hur man bäst drar nytta av varandras kompetenser.

.....
Kanske är det dags att gå ännu längre – att kommunerna tar mer ansvar för dessa barn och anställer kompetent folk.
.....

Barnpsykiatrien känner sig sviken av samhället. Visserligen har det byggts en del flotta kliniker och visserligen har en del tjänster tillkommit, men ingen har intresserat sig för BUP:s utveckling. Socialstyrelsen har inte skrivit några som helst råd och anvisningar, medan de andra barnomsorgerna verkligen fått stöd.

Fortbildning och vidareutbildning måste systematiseras och erbjudas alla i teamet även vårdpersonalen.

Rekryteringen av läkarna innebär speciella problem. Det beror kanske till en del på en uttunning av det medicinskt-psykiatriska innehållet i arbetet.

Barnmedicinare som går i sidoutbildning blir förbryllade och efterlyser mer handledning. Det tar tid att förstå och komma in i arbetet. De saknar bas-kunskaper i beteendevetenskap. Accepterar inte svävande besked eller "vet ej", vilket skäl i och för sig är sunt men dessvärre en realitet.

Skall barnpsykiatrien utvecklas till en socialtjänst bland alla andra?

BUP kan inte stå upp för alla barn med problem. Det finns andra som också kan mycket om barn. I verkligheten mer än BUP i den situation det gäller: daghem, förskola, skola, fritidsarbete.

Flera av barnorganisationerna har utvecklats mer än BUP nu under 70-talet. De har i stor utsträckning egna socialarbetare, psykologer och läkare. Ambitionen har ökat och man är mera observant på barn som far illa. Därigenom har kraven på BUP också ökat – ej bara kvantitativt utan även kvalitativt.

Kommunernas allmänt inriktade sociala insatser på barn- och äldreomsorger är politiskt prioriterade. Men de individinriktade insatserna – det direkta sociala arbetet – har hamnat långt på efterkälken, samtidigt som problemen ökat kraftigt.

Följderna är ödesdigra.

Barn, ungdomar och familjer i kris sviks eller får otillräckligt stöd. Svagmotiverade och resurssvaga

BUP och socialvården ser olika verkligheter.

drabbas mest. Socialarbetare ger upp, flyr till "lät-tare" områden.

BUP och socialvården ser olika verkligheter. Men vi måste ta ansvar för det samhälle vi lever i, inte bara titta på den organisation vi befinner oss i! BUP får inte utvecklas till en landstingskommunal socialtjänst – parallell med den övriga.

De större kommunerna borde bygga upp särskilda psykologiskt-sociala resurser, som köper konsultationer från BUP.

Då skulle BUP mera kunna koncentrera sig på barn med allvarliga psykiska lidanden. En nackdel är att man förlorar sin referensram om man inte också träffar barn med mindre svåra problem.

Det viktiga är att socialvården behöver BUP:s kunskaper och resurser för snabba insatser – just när det händer. Och att BUP inte frånhänder sig ansvaret för tvångssituationer. Detta är ett svårt problem och därför också BUP:s problem.

Hela team i socialvård, skola etc leder till en barnpsykiatri även utanför BUP. Flera slags barnpsykiatri, ej bara centrala och på fältet, utan även som delar av andra organisationer än sjukvården. Det vore nog ej bra.

Kan samarbetet med skolan förbättras?

En konflikt uppstår lätt om kurator och psykolog arbetar med eleven, och BUP med familjen. Familjen vill ofta hålla skolan utanför.

Däremot går det bra att samarbeta med BUP kring speciella problem i en skola, tex mobbning.

Kurator och psykolog behövs nog i skolan på deras egna villkor. De bör ej tillhöra BUP. Och skolhälsovården måste uppenbart ha sin egen kompetens.

Om skolhälsovården övergår till sjukvårdshuvudmannen ökar förutsättningarna för ett bättre samarbete med BUP.

Men det primärkommunala huvudmannaskapet borde ej vara ett hinder för ett fördjupat samarbete redan i dag. Hur skall man få igång ett sådant?

Situationer där barnläkaren behöver barnpsykiatrins hjälp:

- Föräldrar med missbruk, annan kontaktstörning, psykisk sjukdom;
- Misstänkt eller manifest barnmisshandel;
- Somatiska symtom hos barn som kan vara psykogent betingade, tex sömnstörningar, sömngång, oförmåga hålla avföringen, buksmärtor, huvudvärk, yrsel, ryggont, krampliknande sjukdom;
- Försenad eller störd utveckling;
- Somatiska sjukdomar där psykologiska faktorer har avgörande betydelse, tex astma, tjocktarmssår, sockersjuka;
- Svåra reaktioner på sjukdom och sjukhusvistelse, tex rädsla för döden, accepterande av handikapp, separationsångest;
- Akuta intoxikationer till följd av missbruk eller suicidalförsök.

Några önskemål från barnläkarna:

- Barnpsykiatriskt team i barnmottagningens enhet; möjlighet till dörr-till-dörr-remisser och vardagskontakter.
- Tillgång till samma psykolog och kurator för varje enskild barnvårdscentral; handledning och hjälp i föräldragrupper.
- Nära kontakt med barnpsykiatriskt team på vårdavd.
- Lättillgänglig barnpsykiatrisk jourverksamhet – dygnet runt!

Barnhälsovården har utvecklats intensivt på 70-talet. Varje landsting har nu en särskild överläkare för den och många landsting har även särskilda psykologer och to m kuratorer inom barnhälsovården. Detta delvis som en följd av att man vill klara av problemen tidigt innan de blir "barnpsykiatriska", delvis därför att man på många håll inte får ut det av samarbetet med BUP som man tänkt sig.

Många föräldrar söker hellre (och i regel lättare) en barnläkare än en barnpsykiater, även om de vet att det gäller ett psykiskt symtom. Kanske vill man därigenom undgå att uppleva sig själv som en del av problemet med barnet. Kanske avlastar hoppet om att det är något somatiskt en mängd ångslan.

Skall barnpsykiatrins svåraste fall överges av barnpsykiatrin?

Omsorgerna om de handikappade barnen är organisatoriskt mycket splittrade. En del utgör en avläggare till barnläkeri en del är pedagogiskt förankrade och en del – den för utvecklingsstörda – är självständig.

Gemensamt för dem alla är en ökad insikt om att många av de handikappade barnen har psykiska tilläggshandikapp. Förr trodde man det var en i det närmaste normal eller oundviklig del av handikappet!

Här öppnar sig delvis nya områden för BUP. Självklart måste insatserna samordnas med de befintliga – bara inom omsorgerna om utvecklingsstörda arbetar upp emot 200 psykologer.

Tag till exempel frågan om kristerapi för familjen som får ett handikappat barn. Ska den tillhöra handikappomsorgen eller BUP? Eller båda?

Eller frågan om de psykotiska barnen, som – pga brist på resurser – stöts ut från BUP och skrivs in i särskolor eller på institutioner för utvecklingsstörda. Borde ej BUP ha det fortsatta ansvaret för dem, oavsett var de bor eller går i skola? De är ju trots allt de svårast psykiskt störda av alla barn. Barnpsykiatrins tyngsta fall överges oftast av barnpsykiatrin – en paradox.

Kan barnpsykiatrin "ätas upp" av vuxenpsykiatrin?

I en del landsting tillhör barnpsykiatrin det psykiatriska blocket. Risken är att man "äts upp" av vuxenpsykiatrin. Men det är mera ett teoretiskt än ett praktiskt hot har det visat sig.

I andra landsting tillhör barnpsykiatrin barnblocket. En utvärdering av för- och nackdelar är angelägen.

Största problemet med vuxenpsykiatrin är att de har så små resurser och i allmänhet är BUP:s kontakt med socialvården bättre än vuxenpsykiatrins.

Ungdomspsykiatrin hör till BUP. På sina håll förs diskussioner om att vuxenpsykiatrin bör ta över ungdomspsykiatrin. Denna skulle säkert berika vuxenpsykiatrin. Men knappast tvärtom!

På de flesta håll tycks det vara så att ungdomar än hänvisas till vuxenpsykiatrin än till barnpsykiatrin.

Och samarbetet mellan de två fungerar ofta dåligt.

Skall barnpsykiatrin nivågrupperas?

I varje kommun kommer det att finnas en sektorsuppdelad socialvård. Denna skall överensstämma med områdena för skola och fritidsverksamhet.

Landstingens primärvårdsområden kommer att ha en eller flera vårdcentraler per kommun. I dessa finns bl a barnhälsovården.

Att teamet ej bör kopplas samman med vuxenpsykiatrin råder en allmän enighet om (eftersom det fungerar organisatoriskt helt annorlunda). Likaså att det är orealistiskt att planera sådana för vårdcentralerna.

Däremot bör det finnas minst ett team i varje länsdel. Detta bör vara en plattform för decentraliserad service till socialtjänsten, vårdcentraler, skolor etc med handledning, konsultationer m m. Har man inte den fasta kärnan på länsdelsnivå, kan man inte gå ut och dela med sig.

Hur landstingets centrala BUP-resurser skall se ut i framtiden är i mycket en öppen fråga. Det måste utredas! Varför behövs det tex 5–8 gånger så många vårdplatser i ett landsting än i ett annat? Behövs det behandlingshem för särskilda grupper av barn? Mycket lite av de tidigare planerna på sådana har realiserats. Varför?

BUP måste få avgränsa sig – men varje begränsning kan upplevas som ett svek. Mycket talar för en koncentration till det medicinskt-psykologiska området, men utan att man tappar det social-psykologiska innehållet. Går det?

Hur bör det bli?

BUP till socialvården?

Som argument för socialvården har framförts att de flesta fallen och orsakssammanhangen finns där. De stora kommunerna skulle utan vidare behöva ett

.....

BUP måste få avgränsa sig. Mycket talar för en koncentration till det medicinskt-psykologiska området, men utan att man tappar det social-psykologiska innehållet. Går det?

.....

eget barnpsykiatriskt team. De små skulle behöva gå samman.

Men läkarresurserna räcker ej till för det och teamet skulle snart förlora både sina kunskaper och sin skicklighet om man splittrar resurserna så. Behovet av slutna platser måste likväl tillgodoses av landstinget. Det betyder ett delat huvudmannaskap och det går aldrig bra.

BUP stannar inom sjukvården?

Det finns ett starkt tryck på sjukhusanknytning av barnpsykiatri, om den skall fungera som en medicinsk-psykiatrisk specialitet.

Men är barnpsykiatri verkligen en medicinsk specialitet? Ja, för läkarna, men inte för de andra specialisterna i teamet. Och knappast som helhet. I dag.

Sjukhusklinikerna måste vara läkarledda. Detta är däremot ej nödvändigt för de öppna mottagningarna. De fungerar kanske bättre under en ledningsgrupp som är partsammansatt. Ansvarsfördelningen är en svår fråga, som håller på att utredas. Den är i mycket avgörande för den inre demokratin.

Läkarrekryteringen är ett allvarligt problem. Åtskilliga unga medicinare är intresserade, men de flesta faller ifrån. Frågan är om fler stannar om läkaren befrias från det totala ansvaret för de öppna mottagningarna.

Vore det bättre om BUP:s öppna verksamhet låg under landstingens sociala nämnder? (Riktigt alla landsting har dock ej sociala nämnder än, men organ som ligger nära.) Dessa har ökat i styrka och har erfarenhet av verksamheter som ej domineras av sjukvård, tex omsorgerna om utvecklingsstörda, barnhemmen m m.

Barnpsykiatri måste ...

- lära sig nå ut bättre och använda ett språk som folk förstår,
- kommunicera mera med de ansvariga cheftjänstemännen och få dem att öka sitt engagemang för BUP,
- dra med politikerna i ansvaret för BUP, öka deras förståelse och få dem att hålla sina löften,
- tala om för folk som är besvikna på BUP och dess bristande resurser, varför det är så; hjälpa dem hitta rätt till de personer som har ansvaret,
- visa en större öppenhet och självkritik, bli eniga om en förändrad attityd och inriktning.

Regeringen måste ...

I propositionen om socialtjänst 1979/80: 1 tas frågan om BUP/PBU:s framtid upp (sid 237 och följande). Där föreslås att kommunerna skall bygga upp rådgivningsbyråer för familjer, barn och ungdom. Till dem skall knytas bl a barnpsykiater som konsulter. Departementschefen skall tillsätta en kommitté, som närmare skall utreda detta.

Det sägs inget om de barnpsykiatriska klinikerna och de öppna mottagningarna där och i länsdelarna (distrikten), men uppenbart skall de ligga kvar under landstingen. Deras verksamhet borde dock utredas av samma kommitté. Det vore ett grovt misstag att bara utreda en förlängning av BUP-verksamheten till kommunerna, utan att ta hänsyn till helheten. Det torde detta debattinlägg bevisa.

Denna artikel är ett sammandrag av ett längre inlägg som publicerades av Allmänna Barnhuset i januari i år i tidskriftsformat. Det kan erhållas därifrån utan kostnad så långt upplagan räcker, tel 08/10 55 78.

Ve ber våra läsare uppmärksamma vår nya adress fr o m 1 oktober 1980
ny postadress: 172 83 Sundbyberg
Nytt telefonnummer: 08/98 40 44