

Barn- och ungdomspsykiatri – i dag och i morgon

Torkel Scholander

Det pågår en slags dragkramp om barn- och ungdomspsykiatri. Socialvården vill gärna knyta barnpsykiatri till en primärkommunal huvudman och samtidigt göra den mer social. Pediater vill göra barnpsykiatri mer pediatrik och vuxenpsykiater har den senaste tiden börjat antyda att man vill ha en fullständig integration av vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Hur skall barn- och ungdomspsykiatri lösa dessa samarbetsproblem? Hur skall gränsdragningen ske till socialvård, pediatrik, barnhälsovård och vuxenpsykiatri?

Dessa frågor diskuteras i nedanstående artikel, som också innebär en kritisk självkrassan och lämnar förslag på åtgärder som kan bli aktuella.

Docent Torkel Scholander är överläkare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Regionsjukhuset Linköping.

Under 50- och 60-talet seglade barn- och ungdomspsykiatri i medvind. Man blev medveten om, att barnet hade blivit eftersatt i vårt samhälle och barn- och ungdomspsykiaternas talade i hög grad barnets sak. Utan tvekan var också stora förhoppningar knutna till vår specialitet. Emellertid har det under slutet av 60-talet och början av 70-talet skett en omsvängning och situationen har blivit betydligt kärvare. Våra viktigaste medarbetare socialvården, pediatriken och vuxenpsykiatri har också satt igång någon sorts dragkamp om barn- och ungdomspsykiatri.

Inledningsföredrag vid årsmötet med Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri i Linköping 26 sept. 1975.

Socialvården vill gärna knyta barnpsykiatri till en primär-kommunal huvudman och samtidigt göra den mera social. Pediater vill göra barnpsykiatri mera pediatrik och vuxenpsykiater har den senaste tiden börjat antyda att man vill ha en fullständig integration av vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Vidare är vi hårt övervakade av våra huvudmän, landstingen, som delvis beroende på bristfällig statistik, klagar över vår dåliga effektivitet.

Vad beror nu detta på? Var förväntningarna för hårt uppskrivade? Har vi själva haft svårt att uppfylla förväntningarna eller har det endast varit bristande förmåga att kunna redovisa vår verksamhet? Jag avser inte att ge uttömmande svar på dessa frågor i den artikel som här följer, men vill gärna få igång en diskussion kring de aktuella frågorna.

Barn- och ungdomspsykiatri tidigare alltför individcentrerad och klinikbunden

Svensk barn- och ungdomspsykiatri har ur internationell synpunkt varit synnerligen gynnad. Specialitetens utveckling har sålunda gått fortare i Sverige än i något annat land och vi lär idag ha den i särklass bäst utbyggda barn- och ungdomspsykiatri i världen. Detta innebär emellertid på intet sätt att resurserna ändå är tillräckliga. Det är bara ännu mycket sämre ställt i andra delar av världen. Barn- och ungdomspsykiatri har också på många sätt varit långt före sin tid. Det var vi som introducerade teamarbetet, det var också vi som tidigt såg barnets beteenderubbningar som ett resultat av en rad samverkande faktorer, sociala, somatiska och psykiska. Barn- och ungdomspsykiatri var emellertid fram till 70-talet ganska individcentrerad. Det var barnet som skulle behand-

.....
Barn- och ungdomspsykiatri har på många sätt varit långt före sin tid — introducerade teamarbetet, såg tidigt barnets beteenderubbingar som ett resultat av en rad samverkande faktorer, sociala, somatiska och psykiska.
.....

las, visserligen ofta genom miljöterapi inkluderande information och hjälp till föräldrarna. Men det var betydelsen av individualterapi som underströks både farmakologiskt och i form av lekterapi, samtalsterapi etc. Den barn- och ungdomspsykiatriska organisationen påverkades också av detta. Vården kom att centraliseras till de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna, som byggdes i varje län. Den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården kom sålunda att spela en ganska stor roll från början. Detta underströks i mentalsjukvårdsdelegationens betänkande: "Psykisk barn- och ungdomsvård" från 1957, liksom också i mentalsjukvårdsberedningens PM med förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar m m från 1968. Dessa proposer resulterade också i en mycket snabb utbyggnad av den slutna barn- och ungdomspsykiatriska vården. Ja, utbyggnaden gick så snabbt att den öppna vården liksom långtidsvården, placeringsmöjligheter etc halkade efter. Detta är också något som understryks i den senaste utredningen. "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation", som dock fortfarande handlar mycket om barnet som individ. En behovssiffra som figurerade i dessa utredningar var ett platsbehov på 0,1 ‰ av befolkningsunderlaget. Försiktigtvis reserverade man sig för att behovet kan minska t ex efter adekvat utbyggnad av den öppna vården, men siffran 0,1 ‰ har ändå kommit att bli vägledande för utbyggnaden av den slutna vården inom barn- och ungdomspsykiatri.

Expertroll på gott och ont

Det ovannämnda multifaktoriella synsättet har naturligt medfört att barnpsykiaterna har fått god inblick i och nära kontakt med en rad olika samhällsorgan. Det ligger också i sakens natur att det

ofta blir de negativa sidorna av de olika samhällsverksamheterna som barnpsykiatern får kontakt med. Det har sagts och det bör sägas igen, att det då är naturligt och riktigt att barnpsykiaterna informerar om sina erfarenheter. Med andra ord engagerar sig inte bara medicinskt — psykiatriskt utan även socialt — politiskt — pedagogiskt. I detta ligger det dock en fara. Norska kollegan Nyhus har nyligen skrivit en varnande artikel om "profesjokratiet". Han menar, att läkarna alltför ofta ger sig ut för att vara experter på områden, där man egentligen inte har någon kompetens. Detta att vi som barnpsykiater ser negativa sidor av skolverksamheten och bostadspolitiken, för att ta ett par exempel, innebär inte att vi är skolexperter eller samhällsplanerare. Det är som Nyhus säger, mycket viktigt att vi är medvetna om var gränsen går mellan vår egentliga expertroll och våra egna värderingar och åsikter.

Nödvändigt att lyssna på kritik

Det är också möjligt att denna tendens till "allvetande attityd" kan ha retat en del befattningshavare inom de olika organ som utsatts för barnpsykiaternas kritik. I varje fall har barn- och ungdomspsykiatri fått mycket kritik tillbaka från skola, socialvård, andra medicinska specialiteter m fl under senare år. Här är också på sin plats med en självvranssakan. För det första vad kan sådan kritik bero på? Barnpsykiaterna själva har nog ibland velat skylla på dålig insikt i våra arbetsförhållanden, felaktiga förväntningar etc, men allt detta är ju till syvende och sist saker, som faller tillbaka på oss själva. Det är vi som skall ge tillräcklig information om vår verksamhet och det är vi som skall se till att förväntningarna blir adekvata. Det är möjligt att den tidigare nämnda multifaktoriella och ganska expansiva barnpsykiatriska inställningen kan ha gjort, att vi har

.....
Det är möjligt att den ganska expansiva barnpsykiatriska inställningen kan ha gjort att vi har framkallat stora och/eller felaktiga förväntningar.
.....

framkallat för stora och/eller felaktiga förväntningar. Det förefaller därför viktigt att lyssna på den kritik som vi möter och möjligen ändra arbetssätt och målsättning i enlighet med detta, eller kanske i vissa fall klargöra våra begränsningar, vad vi kan och inte kan.

Barn- och ungdomsvård på väg att bli för utspridd

Gränsdragningarna har också på senare tid försvårats p g a det faktum att psykisk barn- och ungdomsvård nu bedrivs på flera håll. Skolan bygger upp sin organisation med hjälp av skolpsykologer och skolkuratorer, socialvården anställer psykologer och barnhälsovården gör likadant. Utan tvekan täcker dessa verksamheter ett behov, men man kan också fråga sig, om det hade varit möjligt att göra den psykiska barn- och ungdomsvården mera enhetlig genom att barnpsykiaterna hade varit mera aktiva, expansiva och intresserade. Som läget är nu är det dock viktigt, att vi från barnpsykiatriskt håll verkar som koordinatörer av dessa olika verksamheter.

Olikheter mellan Stockholm och "landsorten"

Barn- och ungdomspsykiatrien har naturligt hämtat mycket kunskap ifrån utvecklingspsykologin, inte minst den psykoanalytiskt orienterade, som har varit grundläggande för en stor del av det barnpsykiatriska arbetet. Emellertid präglades framför allt 50-talet och början av 60-talet av påtagliga skillnader i de olika klinikernas referensram och arbetssätt. Stockholm blev av flera orsaker det psykoanalytiska synsättets högborg, medan man på många håll ute i landet hade en mera organisk och hjärnlaesionell inriktning. Stockholm kom också genom Erikastiftelsen att bli centrum för utbildningen av psykoterapeuter och inte minst lekterapeuter, men beklagligtvis stannade de flesta av dessa i Stockholm, vilket säkerligen bidrog till att konservera de ideologiska motsättningarna mellan Stockholm och landsorten. Samtidigt kände man på de flesta kliniker ute i landet ett allt större behov av mera psykoterapeutisk utbildning, ett behov som delades av de vuxenpsykiatriska

=====

I psykoterapeutisk entusiasm och yra har man på sina håll låtit pendeln inta ett extremläge, där man förnekat sin medicinska bakgrund och helt velat skilja mellan kropp och själ.

=====

kollegerna. Detta har också så småningom resulterat i att allt flera "landsortskolleger" har fått psykoterapeutisk utbildning i Stockholm och att psykoterapiutbildningen så småningom har blivit mera decentraliserad. Emellertid har i hela denna utveckling funnits spänningar och motsättningar mellan det naturvetenskapliga och humanvetenskapliga. Denna polariseringstendens har förvisso inte förbättrat psykiaterns ställning, utan i stället splittrat psykiaterkåren och bidragit till en mycket förvirrande bild utåt. Det är möjligt att denna utveckling har varit nödvändig, att den trots allt kan visa sig ha givit psykiatrien en hel del väsentliga kunskaper och erfarenheter. Men för utomstående måste det hela te sig ganska kaotiskt.

Rekryteringssvårigheter

Oenighet och oklarhet vad beträffar teoretisk referensram har säkerligen också bidragit till dålig rekrytering. Barn- och ungdomspsykiatrien blir för den unga medicinen lätt något diffust och exotiskt. Till detta bidrar också en synnerligen otillfredsställande uppläggning av medicinarundervisning. De nuvarande 15 timmars föreläsning i barn- och ungdomspsykiatri inklämde i pediatrikundervisningen är klart otillräckliga. Dessutom är den psykiatri, som medicinerna får under vuxenpsykiatrikursen oftast dåligt samordnad med barn- och ungdomspsykiatri. Man får lätt intryck av en form av psykiatri före 18 års ålder och en annan efter 18 år. Utvecklingen och kontinuiteten i psykiatrien saknas i undervisningen och möjligen också i det kliniska arbetet.

Statistiken otillfredsställande

Jag har redan nämnt att barn- och ungdomspsykiatrien har kritiserats från olika håll. På senare år har vi också fått vidkännas en allt bistrare kritik från våra huvudmän. Barn- och ungdomspsykiatri

Frågan skall sålunda inte vara, har vi råd med barn- och ungdomspsykiatri, utan har vi råd att avvara barn- och ungdomspsykiatri?

är ingen billig specialitet, i all synnerhet om dess effektivitet mäts med somatisk måttstock. Vi har ingen chans att hävda oss om antalet läkarbesök blir utslagsgivande. För närvarande är det faktiskt ur statistisk synpunkt nästan omöjligt att jämföra två barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Men prestationsstatistik är heller inte tillräcklig. Vi bör också föra fram mera långsiktiga aspekter. Vad förlorar samhället på varje barn, som blir psykiskt handikappat, respektive, hur ofta kan barn- och ungdomspsykiatrin förhindra, att ett barn blir psykiskt handikappat? Frågan skall sålunda inte vara, har vi råd med barn- och ungdomspsykiatri, utan har vi råd att avvara barn- och ungdomspsykiatri?

Behov av flera referensramar

Vi har nu diskuterat situationen, som den ter sig idag. Vad kan vi då önska av morgondagens barn- och ungdomspsykiatri? Först några allmänna synpunkter på målsättning och referensram. Min inställning är att vi bör arbeta fram emot en barn- och ungdomspsykiatri, som skall vara tolerant och eklektisk i ordets bästa mening. En polarisering av den typ, som delvis har upplevts under senare år är knappast särskilt fruktbar. Det borde vara en truism, att människan är så komplicerad och mångsidig, att det kan vara mycket svårt att få in henne i en referensram. Vi behöver både psykodynamiskt- och inlärningsteoretiskt synsätt, likaväl som vi kan se både organiska och miljöbetingade orsaker till beteendeavvikelser. Fara är väl, att vi i vår entusiasm inför nyupptäckta psykoterapeutiska möjligheter förnekar och glömmar bort våra tidigare erfarenheter. Likaväl ser jag en fara i en för hård satsning på en psykodynamisk terapeutisk inriktning, som det har antytts i bla "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation". Detta kan lätt låsa utvecklingen inom psykiatrin för årtionden framåt. Psykiatrin är för när-

varande i en så påtaglig utvecklingsfas att alla vägar bör hållas öppna. Gör vi det är jag liksom Jan Otto Ottosson övertygad om, att vi så småningom får en sammansmältning av olika läror, t ex den psykodynamiska och den inlärningsteoretiska.

Ett fenomen som kräver en särskild kommentar är den senaste tidens nedvärdering av den medicinskt-psykiatriska delen av psykiatrin och då inkluderat barn- och ungdomspsykiatrin. Tendensen har alldeles för ofta varit artiga bugningar till de grupper inom samhället och då inte minst inom massmedia, som systematiskt har gått in för att diskriminera den medicinska psykiatrin. Jag tror inte att det finns någon av oss, som i grund och botten helt vill avskriva den organiska delen av psykiatrin och som helt vill gå med på en dikotomi mellan själ och kropp. Men jag vill ändå påstå, att det hos många kolleger vuxit fram nästan en skamkänsla inför deras medicinska bakgrund. Låt oss istället hävda vår medicinskt-psykiatriska roll i det barnpsykiatriska teamet. Ängrar man sin roll som läkare bör man omskola sig till psykolog och eller socionom beroende på intresseinriktning och inte försöka kvacka på andras expertområden, då är man ohjälpligt handikappad. En annan sak är ett behov av att komplettera sina medicinska kunskaper med t ex psykoterapi och grundläggande sociologi och psykologi. Men den barnpsykiatriska medlemmen i det barnpsykiatriska teamet bör enligt min mening i första hand tillgodose den medicinsk-psykiatriska delen av det barnpsykiatriska fältet, t ex psykosomatik och organisk psykiatri. Låt oss heller inte glömma bort omsorgsstyrelseklientelet. Där har vi ju verkligen organisk barn- och ungdomspsykiatri och dessutom ett klientel där gränsen mellan normal och subnormal intelligens som bekant ofta är flytande. Autistiska och hjärnskadade barn utgör exempel på detta. En skarpare profilering av vår yrkesroll bör snarast vara en fördel i vårt samarbete med övriga teammedlemmar. Dessutom är det inte

Psykiatrin är för närvarande i en så påtaglig utvecklingsfas att alla vägar bör hållas öppna.

möjligt att få en helhetsbild av patienten, om man utesluter den medicinsk-psykiatriska och somatiska sidan.

Samarbetet med pediatrik och barnhälsovård

Man har också från pediatrikt håll märkt en viss besvikelse över bristande engagemang i "pediatrisk psykiatri". Jag anser det viktigt, att barnpsykiatern engagerar sig mera i konsultverksamheten vid de pediatrika klinikerna och mottagningarna, liksom också i barnhälsovården. Det är möjligt att förslaget med särskilda barnpsykiatriska team, som arbetar inom de större pediatrika klinikerna kan vara en lösning på detta. Men dessutom behöver vi en öppen diskussion angående gränsdragningar mellan pediatrik och barnhälsovård och barnpsykiatri. Vi vet att 30—40 % av vad som förekommit inom pediatrik allmän praktik är psykiska problem. Det är också rimligt att pediatern själva klarar den enklare rådgivningen, men gränsdragningen är idag ganska oklar och vållar och kan också i fortsättningen vålla onödig irritation.

Samarbetet med vuxenpsykiatri

Samarbetet med vuxenpsykiatern är ett annat känsligt område. Som tidigare nämnts finns det avsevärda skillnader mellan barnpsykiaterns och vuxenpsykiaterns synsätt. Vuxenpsykiatern är betydligt mera individcentrerad. Barnpsykiatern har traditionellt sett barnet som en del av familjen. Clarence Crafoords inlägg i Läkartidningen, där han helt radikalt föreslår en sammanslagning av den vuxenpsykiatriska och barnpsykiatriska öppna vården till vad han kallar för "mentalhygienisk primärvård" har bemötts med bister kritik från barnpsykiatriskt håll. Själv är jag tveksam, men inte negativ. Jag anser liksom de flesta av mina barnpsykiatriska kolleger, att familjeterapi har

kommit för att stanna, och har blivit en oerhört viktig del av vår behandlingsarsenal. Det är möjligt, att den så småningom kommer att bli det viktigaste behandlingsalternativet, men man ställs då också inför frågan, vem som skall bedriva familjeterapi. Är det barnpsykiatern, vuxenpsykiatern, socialarbetaren eller kanske någon annan? Och hur skall barnpsykiatern ställa sig inför det behov av individuell vuxenterapi, som ofta dyker upp i samband med familjeterapi? Det är nödvändigt att etablera ett närmare samarbete med vuxenpsykiatern och en samlokalisering skulle underlätta detta. Emellertid tror jag inte att tiden är mogen för en ihopslagning av den typ, som Clarence Crafoord föreslår, åtminstone inte generellt. Ett hinder utgörs av vuxenpsykiaterns bristande kunskaper i barnpsykiatri. Däremot förefaller det rimligt, att man i betydligt större utsträckning än nu samordnar de två verksamheterna.

I Skövde har man kommit med en plan, som förefaller riktig. Man samordnar de två klinikernas akutmottagningar, gör en avdelning till blandad vuxen- och ungdomsavdelning, har dessutom en gemensam familjevårdsavdelning. På samma sätt förefaller det riktigt att inom den öppna vården ordna samlokalisering av vuxenpsykiatrisk och barnpsykiatrisk verksamhet, liksom också har föreslagits i "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation".

Samarbetet med socialvården

Samarbetet med socialvården är om möjligt ett ännu svårare kapitel. Man förväntade sig inom socialvården att man i och med barn- och ungdomspsykiatrins utbyggnad skulle få hjälp med det ungdomsklientel, som man kämpat med i alla år, typ asociala, utagerande, tidigt karaktärsstörda och missbrukande. Tyvärr måste vi väl konstatera att vi inte har kunnat motsvara dessa förväntningar. Vår medverkan på ungdomsvårdsskolor, på upptagningshem, barnhem etc, har varit bristfällig. Vi har ofta inte kunnat bereda plats på våra avdelningar p g a platsbrist eller att de utagerande ungdomarna inte har passat in i gruppen. Vi har för ofta slagit oss till ro med detta istället för att fråga varför och vad som kan ändras. Personligen

~~~~~  
*Det är nödvändigt att etablera ett nära samarbete med vuxenpsykiatern och en samlokalisering skulle underlätta detta.*  
~~~~~


tror jag felet framför allt ligger i det enkla faktum, att vi inte har tillräcklig kunskap om och erfarenhet av denna grupp barn och ungdomar. I så fall bör vi antingen klart säga ifrån om detta eller också komplettera både resurser och kunskaper. Jag är också övertygad om att en stor del av svårigheterna i samarbetet med socialvården skulle kunna undanröjas, om man i större utsträckning samlokaliserade de två verksamheterna. Det vore önskvärt att den utbyggnadsplan, som skisseras i "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation" snarast kan förverkligas, och att man verkligen kan få fram kombinerade socialvårds- och sjukvårdscentraler. Där föreslås också en decentralisering och sektorisering av den öppna barn- och ungdomspsykiatriska vården, vilket säkerligen kommer att medföra avsevärda förbättringar i form av ökat samarbete och samordning av verksamheterna.

Fortfarande behov av sluten vård, men i nya former

Jag har tidigare nämnt platssituationen inom barn- och ungdomspsykiatri. Ingvar Nylander har också i sin artikel i Socialmedicinsk tidskrift berört detta och varnar för en för långt gående nedskärning av antalet platser. Jag anser att Nylander har rätt så tillvida, att vi *behöver* fortsatt barn- och ungdomspsykiatrisk sluten vård, och det vore synnerligen olyckligt, om man skulle ta bort den. Å andra sidan har erfarenheterna visat, att utbyggnaden av den barn- och ungdomspsykiatriska öppna vården, likaväl som utbyggnad av psykisk barn- och ungdomshälsovård i övrigt snarast har minskat behovet av sluten vård i traditionell mening. Emellertid är det svårt att avgöra vad som är orsaken till denna minskning av platsbehovet. Dessutom är inte minskningen generell utan kommer periodvis. Den slutna vården visar starka årsvariationer. Typiska lågbeläggningsperioder är sommar och tidig höst, medan senhöst och vår ofta kan innebära svår belastning för de barnpsykiatriska avdelningarna. Ett annat problem är blandningen av patientkategorier på avdelningen. Det är svårt att blanda ångestneurotiska barn med primärt karaktärsstörda, utagerande och aggres-

siva. Dessutom är avdelningarna ofta byggnadsmässigt dåligt lämpade för den senare kategorin. Det behövs mindre enheter med större möjligheter till uppdelning i smågrupper. Till detta kommer att personalen ofta har fel sammansättning, bl a för litet manligt inslag. Följden har blivit att det tidigare nämnda problemklientelet från socialvårdsbyråerna inte sällan måste avvisas. Från socialvårdens sida har man uppenbarligen insett detta och tycker ofta det inte ens är någon idé att försöka få in sina klienter på barnpsykiatrisk klinik. Detta är en mycket beklaglig och olycklig utveckling. Många av dessa ungdomar är i dåligt skick och i behov av åtminstone kortvarig medicinsk-psykiatrisk undersökning och vård. Men skall vi i framtiden kunna täcka detta vårdbehov behövs som ovan nämnts ofta en radikal ombyggnad av de barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Det är också viktigt, att man får möjlighet att pröva nya vårdformer. Jag har redan nämnt familjevård samt flexibla avdelningar för både vuxna och ungdomar. Till detta kan man lägga olika former av dagverksamhet, specialförskolor etc. Det skall också understrykas att en bedömning av platsbehovet inte låter sig göras utan att den öppna vården är något så när tillfredsställande utbyggnad. En nedskärning av antalet platser kan annars få ganska katastrofala följder i synnerhet i glesbefolkade områden. Där är ju ofta avstånden en intagningsindikation i och för sig.

Behov av resultatvärdering

Jag har redan diskuterat resultatredovisning i form av statistik och nödvändigheten av att reformera denna, men vill också understryka behovet av redovisning av behandlingsresultat. En sådan behandlingsvärdering är inte någon lätt forskningsuppgift, men synnerligen angelägen.

Förbättrad undervisning i barn- och ungdomspsykiatri

För att återkomma till svårigheterna med rekrytering av barnpsykiater, så beror detta självfallet till stor del på den starka naturvetenskapliga, somatiska slagsidan på medicinarutbildningen. De ynkliga 15 timmarnas föreläsningar i barnpsykiatri,

Enligt min mening bör barnpsykiatrien utgöra inledningen av psykiatrikursen.

förutom litet tjänstgöring, blir lätt någon liten exotisk avvikelse från den stora somatiken. I all synnerhet som barn- och ungdomspsykiatrien kommer in ganska apropå under sista studieåret. En radikal omläggning av undervisningen är nödvändig. Enligt min mening bör barnpsykiatrien utgöra inledningen av psykiatrikursen, medan praktiska demonstrationer och seminarier och falldiskussioner, lämpligen kan läggas in i betydligt större utsträckning i pediatrikursen. Då borde vi ha möjlighet att på ett annat sätt integrera psykiatrien och också öka intresset för vår specialitet.

Mera forskning

Det finns också andra sätt att höja specialitens status. Forskning är inte minst viktigt och det har varit sorgligt ställt med den barnpsykiatriska forskningen. Vi kan självfallet säga, att vi är handikappade med endast tre professorer i ämnet. Det är skandalöst att det inte finns professorer i barnpsykiatri vid samtliga universitetskliniker. Men å andra sidan skulle ökat intresse för forskning ge mera good-will och större möjligheter till sådana professorer. Vad beror det på att barnpsykiatrierna är så ointresserade av forskning? Man frestas tro att en viktig orsak är den senaste tidens propaganda emot det naturvetenskapliga synsättet, som har avskräckt många. Detta till trots för att vårt arbetsfält faktiskt är en guldgruva ur forskningssynpunkt.

Snabb utveckling fascinerande, men svår

Slutligen bara en kommentar. De som läser denna redogörelse får kanske intryck av att barn- och ungdomspsykiatrien är verkligt illa ute. Som jag

Det är skandalöst att det inte finns professorer i barnpsykiatri vid samtliga universitetskliniker.

har sagt tidigare anser jag också att vi är i en kris-situation, att vi behöver samla oss och ta itu med våra problem, men å andra sidan lever vi just nu i ett psykiatriskt tidevarv, som är oerhört fascinerande med en utveckling som går mycket fort. Ja, faktiskt så fort att många har litet svårt att hänga med och känner sig osäkra och litet ängsliga. Fara-n är bara att denna ängslan också smittar av sig på de nya, som är intresserade av specialiten och som då kan bli avskräckta. Det vore verkligt illa. I övrigt finns det i vårt alltför komplicerade och stressade samhälle ett ökat behov av barn- och ungdomspsykiatri. Men det krävs då också att vi bättre definierar vår verksamhet och dess målsättning samt förbättrar samordningen med andra barn- och ungdomsvårdande samhällsorgan.

LITTERATUR

- Crafoord, C.: Vad skall PBU vara bra för? Läkartidn. 15: s. 1516, 1975
- Mentalsjukvårdsdelegationens betänkande: "Psykisk barn- och ungdomsvård". (SOU 1957: 40)
- Mentalsjukvårdsberedningens "PM med förslag till vårdorganisation för psykiskt sjuka barn och ungdomar m. m.". Dnr A: 2/68
- Nyhus, P.: Mot profesjokratiets diktatur? T norske Lægefor 85: s. 1133—38, 1975
- Nylander, I.: Sluten vård inom barn- och ungdomspsykiatrien, Socialmed. tidskr. 53: s. 164—168, 1976.
- Ottosson, J.-O.: Psykiatri-medicinens stora gränsområde. Läkartidn. 39: s. 3660—65, 1975.
- Socialstyrelsens utredning: "Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation". Stockholm 1973