

Prevention bygger på bra information och bra vård.

När vi började arbeta inom barnpsykiatri på 70-talet så kunde det knappast bli sämre. Inga evidensbaserade metoder, en organisation som knöt resurserna till slutenvård för ett fåtal och utan någon plan för prevention. Varför var det så svårt att ta tag i den metodutveckling som tog fart på 80-talet, varför var det så svårt att få till organisationsformer som svarar till respektive sjukdomsgrupp och varför var det så svårt att vidmakthålla de projekt som visade framåt?

En första ögonöppnare för oss i Uppsala var när habiliteringen började med intensiv beteendeterapi vid infantil autism 1991. När ryktet och informationen sprids att det finns en mycket effektiv behandling blir alla nivåer, i detta fall föräldrar, BVC och förskolepersonal, på ett naturligt sätt intresserade av att hitta dessa barn så tidigt som möjligt. Organisationen var enkel. Från misstanken på BVC direkt till det team som skötte behandling och utredning. Metodens start garanterades av en psykolog som kom direkt från träning med Lovaas i Los Angeles. Vidmakthållandet bygger på att habiliteringsorganisationen förser alla i länet med samma behandling och att ständigt nya personer utbildas.

Själva grundreceptet var enkelt: utbilda i rätt metod, skapa en organisation utifrån behoven och se till att tillräcklig energi och resurs läggs på ett vidmakthållande. 1995 försökte vi oss på OCD/Tourette. Att skapa ett team som använder evidensbaserad behandling, som är länsövergripande och som använder en del av sin tid till information och utbildning verkar självklart när det gäller en så stor sjukdomsgrupp. Ändå var det i starten svårt att få patienter ens från den egna organisationen. Ett stort hinder var den så kallade helhetssynen. Patienter som under en längre tid inte fått hjälp för sitt tvångssyndrom levde i en härva av familjekonflikter och uppvisade en mängd symtom och störda beteenden. Genom att inte fokusera på att behandla sjukdomen var det svårt att identifiera att den ens fanns. Interna kurser och en artikel i Uppsala Nya Tidning öppnade slussarna. Vi som står för behandlingen tillsammans med brukarföreningen Ananke har fortsatt att komplettera media så att ökad kunskap hos allmänheten, elevvården och sjukvården gör att det går snabbt från en misstanke om OCD tills en behandling påbörjas. Stödgrupper för brukare och patienter är ett viktigt komplement till vården och vi fortsätter att driva psykopedagogiska grupper över landet tillsammans med Ananke.

1999 kom den statliga barnpsykiatriutredningen och visade på våra stora brister. Vi satte oss ner med utredningens ordförande Claes Sundelin och funderade. Varför var vi så dåliga i vårt län på att verka preventivt, att implementera de bästa metoderna och att införa en bra organisation för de största och mest vårdkrävande grupperna depression/ångest, ADHD, anorexi och utagerande med risk för kriminalitet och missbruk?

De bästa metoderna fanns utforskade i USA och Kanada, men fick några verkligen möjligheten att lära sig dom? Får några verkligen mandat att arbeta för att få ihop alla krafter inom kommun, landsting och brukare?

År 2000 angrep vi utmaningen att nå den stora gruppen med ADHD. Vardagsnära Insatser i Tydlig Samverkan (VITS) blev namnet på modellen, som börjar med att föräldrar och rektor skriver på om en basutredning, som skolorna sedan skall ordna. Basutredningen hjälper skolan att sätta in åtgärder utifrån rätt nivå. Kompletterat med föräldrautbildning enligt COPE innebär en verkligt bra prevention utan någon neuropsykiatrisk utredning. För nästa nivå var det av stor vikt att kommun och landsting skapade gemensamma samordnartjänster

som kunde se till att alla intressenterna kunde mötas och att föräldrarna själva inte skulle behöva försöka få hjälp inom socialtjänsten, primärvården, habiliteringen och barnpsykiatri. Om det går vidare till en ADHD-diagnos så skall allt stå färdigt med mer kvalificerad föräldra- och skolutbildning och då det behövs medicinering. Genom VITS fungerar det med enhetliga bra basutredningar, de flesta med uttalad ADHD får väl genomförd medicinering och tillräckligt många har tillägnat sig kunskaper för att driva föräldrautbildning. (se utvärdering av Metoder i Vardagen www.vinstprojektet.se) Genom att ta bort frågetecken kring vem som gör vad och genom att inte bara behandla utan också förmedla kunskap till föräldrar och skolpersonal så fungerar organisationen efter hand alltmer preventivt. I början lärde sig alltför att hitta ADHD både hos pojkar och flickor, sedan blev det uppenbart hur många vars största funktionshinder var Aspergers syndrom och nu börjar systemet att tidigare misstänka bipolär sjukdom.

Fanns det någon bra metod för att behandla anorexi? Varför skickades dessa patienter mellan pediatrik och barnpsykiatri utan att någon tog ansvar för helheten? Den gordiska knuten vad gäller organisation var då vi år 2000 slog ihop barnsjukhusets anorexienhet med BUP:s dagvård. Metodfrågan löstes genom att ge tid till en KBT-utbildad psykolog ordentligt med tid att utforma en manual som alla kunde sluta upp bakom. Trots det var det svårt att få det hela att fungera eftersom organisationerna bar på sina negativa arv i form av sjukhusorienterad omvårdnad och tvångsvårdstänkande. Genom att ägna energi åt att under ledning av en KBT-kunnig organisationskonsult genomföra en kompetensutveckling och trimma in modellen så började det hela fungera. Nu finns kunskapen i länet, främst bland skolsköterskorna, vart de skall hänvisa misstänkt anorexi. Det innebär en stor preventiv vinst att de med misstänkt anorexi direkt når fram till specialistkunskapen i form av ätstörningsenhetens barnläkare. Ingen behöver skickas mellan olika organisationer och många kan få tillräcklig hjälp att bryta ett ätstörningsförlopp redan på rådgivningsnivå. De som sedan behöver får utan väntetid komma in i dagvården med snabb viktuppgång, föräldrautbildning och övriga anpassade behandlingsinsatser för patienter och föräldrar. Tydliga bevis på att modellen fungerar är den tidiga upptäckten och att sonndmatning och slutenvård inte längre behövs.

Epidemiologiska kunskaper om frekvensen av depression och ångest motsvarade inte alls hur många som kom fram till BUP:s behandlare. Vårt antagande var att vi kommer aldrig att få veta vad vi missar om vi inte når ut med preventivt arbete till de ungdomar som lider av oro och nedstämdhet. Vi startade då hemsidan www.snorkel.se där ungdomar och föräldrar kan få

STARTSIDA VAD ÄR...? VAD GÖRA...? BREV / FRÅGOR SPEL ADRESSER / RÖSTIPS ATT VARA FÖRÄLDRA SNORKEL-PROJEKTET

Välkommen till **Snorkel**
- en hemsida om oro och nedstämdhet

På den här sidan kan du läsa om vad nedstämdhet, oro/ångest och stress är, hur det kan kännas och du får också tips på vad du kan göra om du mår dåligt, känner dig stressad eller har dåligt självförtroende.

Klicka vidare så hittar du också spel, länkar, information om mobbing och mera om snorkelprojektet.

Nytiken på mig?
Snorkelprojektet
Klicka här för att läsa mer om vad Snorkelprojektet egentligen är. [Läs mer](#)

Brev/Frågor
Klicka [HÄR](#) om du vill [HÄR](#) kan du [HÄR](#)

När du känner stress eller oro
- prova mindfulnessövningar

Vad är viktigt då man känner sig nedstämd??

MÅT OCH SÖMN - rutiner och ett tillgodose behovet.

HÄLPA ALBIN UPPTÄCKA ATT DET INTE ÄR FARLIGT ATT VARA MED HUNDAR

Boktips
Finns under Adresser/Boktips.

E-post
info@snorkel.se

Hjälp oss göra webbsidan bättre

råd, kompletterat med möjlighet till mailkontakt och telefoni. Genom att elevvårdarna i länet har tillgång och kunskap om de arbetsböcker som ingår i materialet så kan de utgöra ett första personligt stöd för att genomföra de åtgärder som kan lindra oro och nedstämdhet. På samma gång blir det en del av en prevention som kan fånga upp de med ångest och depression som skall till barnpsykiatrin.

De första statliga utredningarna på 70-talet om svensk barnpsykiatri andades förhoppningen att rådgivning och institutionsvård komma till rätta med kriminalitet och missbruk eftersom så många tidigt haft psykiatriska sjukdomsbilder. Det ingen i Sverige uppmärksammade då var att redan 1973 hade metoden funktionell familjeterapi (FFT) halverat återfallen i kriminalitet och missbruk. Inte ens då Marianne Cederblad och Kjell Hansson hämtat metoden till Sverige och 1999 kunde visa att den fungerat lika bra här så blev den bara spridd till enstaka projekt över landet. För att säkra metoden började vi utbildning 2002 och 2003 kunde ett FFT-team komma igång. Organisatoriskt har det från början varit ett gemensamt projekt mellan socialtjänst och barnpsykiatrin. Socialtjänsten har de flesta av dessa klienter/patienter och står för cirka 80% av kostnaderna. Idag når organisationen hela länet och det finns åtta utbildade FFT-terapeuter och fortlöpande handledning och resultatuppföljning. Det blir ringar på vattnet både inom socialtjänsten och barnpsykiatrin, eftersom också andra som möter ungdomar med illavarslande beteendeproblem vet att systemiskt arbete kopplat till beteendeterapi är det som fungerar bäst.

Forskningen visar att allvarligt aggressivt beteende redan från förskoleåldern har en mycket dålig prognos. Barnpsykiatrin ägnar en liten del av sina resurser till denna grupp och när de ändå kommer i kontakt med enskilda fall visar det sig att få har någon kunskap och erfarenhet av evidensbaserade interventioner. Vi startade år 2000 ett projekt för att lära oss mer om behandling tillsammans med förskollärare/lärare/föräldrar av aggressiva barn i 5-8 års ålder. För att vidmakthålla en struktur kring detta satsar vi på att tillsammans med kommunen kunna erbjuda föräldrautbildningar (COPE, KOMET, Metoder i Vardagen) och vi håller på att utveckla fortbildning och handledning av lärare för att klara neuropsykiatriska funktionshinder. (www.vinstprojektet.se) Vårt arbete med små aggressiva barn visade på den stora bristen på bra informationsmaterial till föräldrar och lärare. Det förekommer många insatser på detta område som inte har någon grund i vad som har evidens. Spridning av bra information som följs av insatser inom kommun och landsting enligt samma principer har en stor preventiv potential. Informationen för vi ut genom www.mindrebrak.se.

http://www.mindrebrak.se/ Gå till Länkar

Aggressivitet och trots hos små barn

Hem

- Praktiska råd
- Exempel
- Inlärningspsykologi
- Erfarenheter av projekt
- Länkar

AKADEMISKA SJUKHUSET

Materialet på hemsidan har arbetats fram av psykolog Björn Åström, Neuropsykiatriska behandlingsenheten, BUP Uppsala och är gjort i samarbete med reklam- & kommunikationsbyrån ITura AB, Uppsala. Ansvarig utgivare är Bengt Andersson, BUP Uppsala

Välkommen till "Aggressivitet och trots hos små barn"!

Föräldrar och skolpersonal som söker råd och tips rörande hur man kan hantera dessa problem kan på den här hemsidan hitta många konkreta förslag på vad man kan göra. Mycket av materialet finns under "Praktiska råd" och "Exempel" i form av pdf-dokument som enkelt kan skrivas ut i pappersform.

Här finns också beskrivningar av hur man använder praktiskt inriktad inlärningspsykologi för att utforma skräddarsydda sätt att hantera problem med aggressivitet och trots.

Allt är gratis.

>> Läs mer

Praktiska råd >>
Här hittar du nedladdningsbara dokument med praktiska råd och träningsprogram. (PDF filer)

Exempel >>
Exemplen behandlar vanliga problem i både hem och skola och ger förslag till åtgärder. (PDF filer)

Vanliga frågor >>
Frågor som ställts till hemsidan och som bedöms ha allmänt intresse besvaras här.

Ju mer vi lyckas samarbeta med brukarorganisationer, skolor, socialtjänst, vårdgrannar, föräldrar och patienter, ju mer ser vi hur mycket lättillgänglig information som saknas. Därför utvecklar vi nu hemsidor med materialet "självhjälp på vägen" för de neuropsykiatriska funktionshindren och som vi för ut i höst. www.sjalvhalppavagen.se

Öka textstorlek | Minska textstorlek | Lyssna | Logga in

Självhjälp på vägen - information, stöd och hjälp vid funktionshinder

Om oss | Nedsättning | Hinder | Attentions medlemsforum | Rekommenderade produkter | Länkar | Kontakta oss

Vägen | Barn : Ungdom : Förälder : Lärare : Vårdpersonal | Vad är det här?



barn ungdom föräldrar lärare vårdpersonal

Välkommen!

Det är inte din funktionsnedsättning som avgör om du är "funktionshindrad". Det är brister i miljön som skapar funktionshinder. Här hittar du information, stöd och hjälp för att lättare ta sig förbi dessa brister.

Den som har en funktionsnedsättning blir mer eller mindre handikappad utifrån hur miljön är utformad. Miljön kan anpassas, hjälpmedel kan användas och det går att förbättra funktionen med övning och behandling så att funktionsnedsättningen minskar eller försvinner.

Här ger vi sådana tips och råd - ur ett barns, föräldrars, lärares eller vårdpersonals perspektiv. Välj bara roll har ovan och följ vägen.

ADHD AUTISM ASPERGERS SYNDROM
BIPOLÄR SJUKDOM OCD /TVÅNGSSYNDROM TOURETTES SYNDROM

» Fler funktionsnedsättningar

Det är ingen sjukdom!
Skillnaden mellan en sjukdom och en funktionsnedsättning är att sjukdomen vanligen är övergående. De kan vara medfödda eller förvärvade.
» [Läs mer](#)

Jag har Tourette!
Ett impulsivt beteende kombinerat med oväntade ljud och avancerade ritualer styr Pelles liv ända från barndomen. En dag hör han en professor tala om Tourettes syndrom i radion, Tio är senare är Pelle frisk - så frisk som han vill bli.
» [Läs mer om Tourette](#)

Ett samarbete mellan:

AKADEMISKA SJUKHUSET Attention HINDER I NEDSÄTTNING ANSÖKNING

Ändra webbsidans textstorlek Lyssna

Aa Aa Aa 

Dessa funktioner hittar du även längst upp på alla sidor

© 2008 Självhjälp på vägen - information, stöd och hjälp för att lättare ta sig förbi brister i miljön vilka skapar funktionshinder

Staffan Lundqvist Utvecklingschef

Henrik Pelling Överläkare