

greppet Kasam, en förkortning av Känsla av sammanhang. Syftet med konceptet är att uppleva tillvaron som meningsfull, att förstå sin egen roll på gott och ont, och att alla människor har kapacitet att med hjälp av andra som man litar på kunna hantera situationer som är avgörande för ens liv.

Skräddarsydda program

Barn som växer upp i familjer med brist på dessa faktorer, vilka konstituerar detta sammanhang, ofta med åtminstone en psykiskt sjuk förälder, kan med ovan beskrivna arbetsmetod öka sitt Kasam. Då handlar det om att med utgångspunkt från biologiska, psykologiska och sociala kunskaper individualisera och skräddarsy ett program som stöder just den drabbade patienten.

Det kan handla om att förebygga en genetiskt programmerad sårbarhet, identifiera prepsykotiska eller andra psykiatriska tillstånd, att vid behov erbjuda individualterapi, kanske komplettera med eller endast arbeta med en familjeterapeutisk modell eller utnyttja nätverkets hävstänger av oförbrukade resurspersoner. Parallellt skall de pedagogiska och sociala insatserna verka i positiv riktning samtidigt som man låter de psykoterapeutiska insatserna operera.

Metodutvecklingen i sin linda

Det är först de senaste åren som denna grupp av barn till psykiskt sjuka rönt uppmärksamhet i bredare sammanhang, även om man varit medveten om problemen i flera årtionden. Den främsta orsaken till att resurser inte satsats till fullo på denna grupp av barn har varit situationens komplexitet; den ställer höga krav på logistik och samarbete mellan institutioner och professioner, vilka traditionellt verkat parallellt med varandra men med endast få inblickar i varandras arbetssätt.

Dessutom har den terapeutiska traditionen inom vuxenpsykiatri varit nästan uteslutande individualinriktad, medan de barnpsykiatriska klinikerna arbetat utifrån familjeterapeutiska synsätt, och socialtjänsten utifrån en tredje mer socialt inriktad tradition.

Att problemet med de drabbade barnen till psykiskt sjuka föräldrar identifierats innebär att fler resurser kommer att frigöras till arbetet med dessa. Tyvärr är metodutvecklingen ännu i sin linda.

Referens

1. Socialstyrelsen. De osynliga barnen. Dokumentation av konferensen De osynliga barnen den 12–13 oktober 2000. Artikelnummer 2001-123-10. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.

Rehabilitering i kris Resurserna monteras ned

Antalet långtidssjukskrivna ökar på ett oroväckande sätt. Under de senaste åren har bara *ökningen* av kostnaden för dessa varit 6–10 miljarder kronor per år. Det är således gigantiska kostnader det rör sig om, och man skulle kunna tycka att regeringen i detta läge skulle högprioritera åtgärder för att få ned utgifterna och istället kunna satsa på sjukvård omsorg och skola. I själva verket sker en nedmontering av resurser för rehabilitering av långtidssjuka.

BENGT ANNEBÄCK

leg läkare, specialist i allmän psykiatri,
Hälsonätet, Stockholm
bengt.anneback@telia.com

■ AMI (Arbetsmarknadsinstitutet; numera AF-rehab), som har ansvar för arbetsrehabilitering av arbetslösa, har under en följd av år minskat sin verksamhet, och har ensidigt bestämt sig för att enbart ägna sig åt människor som är så friska att de kan tänkas klara minst ett halvtidsarbete inom ett halvår.

Stressrelaterade sjukdomar

Det utesluter den stora del av de långtidssjuka som har allvarliga stressrelaterade sjukdomar såsom fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet och utmattningsdepressioner. De behöver rehabiliteringstider på 2–3 år och kan ofta inte förväntas klara ens halvtidsarbete. Det är just denna kategori patienter som ökar i antal.

När konjunkturen förbättrades och arbetslösheten minskade, minskades anslagen till Ams. Regeringen valde dock märkligt nog inte att investera de frigjorda miljarderna i en nödvändig förstärkning av rehabiliteringsresurserna.

Det hade annars varit en mycket klok investering. I regeringens egen rehabiliteringsutredning, som under Gerhard Larsson slutfördes förra året, konstaterades att rehabiliteringsresurserna är splittrade och otillräckliga, och man beräknar där att varje krona som satsas på rehabilitering ger 9 kronor tillbaks i samhällsvinst.

Rehabpengarna till arbetslösa fort slut

Försäkringskassorna och arbetsgivarna har ansvar för rehabilitering av personer med anställning. På grund av AMIs bristande resurser har försäkringskassorna under en följd av år tvingats gå in och köpa arbetsrehabilitering även för arbetslösa. Under det senaste året har det dock visat sig att många försäkringskas-

sor redan vid halvårsskiftet fått slut på budgeterade medel för rehabiliteringsköp. Följden har blivit mycket destruktiv för såväl försäkringskassans personal som för de patienter som blivit utlovade rehabilitering.

I år är flera försäkringskassor, bl a i Stockholm, utsatta för ännu större belastning, och de har redan i början av året tvingats konstatera att man inte kan köpa rehabilitering för arbetslösa. I mars var läget så krisartat att man inte kunde binda sig för ytterligare köp över huvud taget. Små arbetsgivare saknar helt resurser för rehabilitering och hos större företag varierar intresset och möjligheterna.

Sjukvårdens ansvar

Sjukvården har ansvar för den medicinska rehabiliteringen. För patienter med komplicerade stressrelaterade sjukdomar saknas dock adekvata resurser nästan helt. Psykiatri saknar ofta kompetens och inriktar sig på andra sjukdomsbilder, och har dessutom blivit av med resurser i samband med Psykiatireformen. De fåtaliga medicinska rehabiliteringsklinikerna är ofta mer inriktade på somatiska sjukdomar och/eller måste begränsa sina insatser tidsmässigt.

Den växande gruppen med stressrelaterade sjukdomar hamnar i en gråzon mellan olika medicinska specialiteter och mellan sjukvård och arbetsrehabilitering. De blir »Svarte Petter« i den destruktiva remisskarusell som slutar med

*Jag tycker det är dags att vi
läkare nu gör gemensam
sak och kräver förändring.*

Annons

Annons

Annons

Annons

förtidspension och ökad sjukvårdskonsumtion.

Nedringda av kränkta människor

Företaget Hälsonätet i Stockholm, där jag arbetar, har sedan fem år specialiserat sig på arbetsrehabilitering för personer med komplicerade långvariga stressrelaterade och psykosomatiska sjukdomar. Samtidigt som remisserna från försäkringskassan plötsligt nästan upphört blir vi neringda av förtvivlade människor som blivit kränkta i sjukvårdsapparaten och som inte får hjälp.

De känner att de tvingas lägga ner massor av pengar på oprövade alternativa behandlingsmetoder och måste förnedra sig för att få sina sjukskrivningar förlängda månadsvis. När försäkringskassan hör av sig efter två års sjukskrivning rör det sig ofta om förslag till sjukbidrag eller krav på nya utredningar. Förhoppningar och tidigare löften om arbetsinriktad rehabilitering har blivit svikna.

Vi läkare måste kräva förändring

Jag vet att många husläkare och företagsläkare känner samma frustration som jag över de bristande resurserna och bristen på satsning inom rehabiliteringen. Jag tycker det är dags att vi läkare nu gör gemensam sak och kräver förändring.

Fullfölj utredningens förslag

En bra början vore att regering och riksdag fullföljer förslagen i regeringens egen rehabiliteringsutredning. Där föreslås ett tydligare ansvar för försäkringskassan och ökade resurser till rehabilitering. Man föreslår också ökad forskning om rehabilitering och en samordning av insatserna. Det borde också vara en självklarhet att försäkringskassan får en gemensam budget för pensioner och rehabilitering så att det finns ett direkt lönsamhetsincitament till att arbeta förebyggande.

Integrering av medicin och arbetsliv

Erfarenheter från bl a Hälsonätet visar att det är nödvändigt med en integrering av medicinsk rehabilitering och arbetsinriktad rehabilitering. Oftast behövs rehabiliteringstider på 2–3 år för patienter med allvarliga stressrelaterade sjukdomar. Det behövs också ökad kunskap om prognostiska bedömningar gällande vilka patienter som kan tillgodogöra sig rehabilitering och om markörer för hur lång tid som behövs.

Det är svårt att gå på gång tvingas notera hur människor får lida i onödan och hur kostnaden för passiva stödformer som sjukpensionering ökar på bekostnad av andra nödvändiga insatser. •

Brå replikerar om kriminalpolitiken:

Utdömd rapport antagen i ledande tidskrift

I en artikel i Läkartidningen 11/01 (sidorna 1283-6) angriper Sten Levander bland annat Brottsförebyggande rådet (Brå). Det han främst vänder sig mot är en rapport som Brå gav ut under fjolåret (Strategiska brott, Brå-rapport 2000:3) och som han dömer ut som »vetenskapligt undermålig.«

JAN AHLBERG

enhetschef, Brottsförebyggande rådet (Brå), Stockholm.

II Rapporten visar att man får relativt hög precision när det gäller att förutsäga människors framtida brottslighet om man utgår från vilken typ av brott de debuterar med, det vill säga första och andra gången de lagförs.

Upprepade bilstölder en riskindikator

Av dem som lagförs för första gången – och då för biltillgrepp – och som nästa gång de lagförs också då lagförs för biltillgrepp, kommer drygt 60 procent att i framtiden tillhöra gruppen kroniska brottslingar. Det vill säga den lilla grupp (cirka 1 procent av befolkningen) som står för hälften av alla brott i samhället.

Om kombinationen i stället är narkotikabrott och sedan stöld är motsvarande risk 53 procent. Däremot innebär exempelvis kombinationen skadegörelse och misshandel att risken endast är 2 procent.

Den kunskap och de insikter som dessa resultat ger kan alltså vara ett viktigt styrmedel för samhället när det gäller att dimensionera de resurser som satsas för att förhindra framtida brottskarriärer. Det är ju ur alla aspekter bättre att lägga större resurser på högriskpersoner än på lågriskpersoner.

Alla ungdomar skulle i så fall se ut att ha samma framtida risker oavsett vilka kombinationer som de av »en slump« debuterat med.

Sten Levanders huvudsakliga kritik mot rapporten är för det första att de som upptäcks och lagförs oftast begått flera andra brott tidigare i livet. Det är förvisso sant, det stora flertalet har börjat med småbrott, främst snatterier. Men den informationen blir ju av just den orsaken oanvändbar när det gäller att förutsäga den framtida brottsligheten. På detta tidiga stadium är det i princip ingen som skiljer sig från någon annan när det gäller brottsmönster.

Hans andra huvudsakliga invändning är att ungdomar begår en mängd olika brott och att det är en ren slump vilka brott man råkar åka fast för. Debutbrottsligheten skulle därmed inte kunna användas som indikator på den framtida brottsligheten, menar han.

Problemet är dock att om det skulle vara så som Sten Levander påstår, skulle inte det tydliga framtida brottskarriärmönstret för olika typer av debutbrott framträda. Alla ungdomar skulle i så fall se ut att ha samma framtida risker oavsett vilka kombinationer som de av »en slump« debuterat med.

Trovärdigheten

I hela Levanders artikel i övrigt, där han förutom angreppet på BRÅ även riktar skarp kritik mot regeringens kriminalpolitik, använder han sig i hög grad av egna påståenden och svagt belagda forskningsresultat. Artikeln står och faller därmed i mångt och mycket med trovärdigheten hos honom själv.

Hur är det då med den? Det faktiska förhållandet vad gäller denna fråga blir väl belyst då BRÅ-rapporten, som han betecknar som vetenskapligt undermålig, nyligen antagits i en av världens mest ansedda vetenskapliga tidskrifter, British Journal of Criminology (införs år 2001 eller nr 1 år 2002). •

Nästa sida: Sten Levander svarar.