

Rätten till personligt ombud bör skrivas in i lagen

Reformen med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning är bland det viktigaste som hänt dessa personer. Kommunerna bör få lagstadgad skyldighet att tillhandahålla tjänsten så att den inte avskaffas i nedskärningstider.

I samband med psykiatireformens införande 1995 beslutade regeringen att starta en försöksverksamhet med personliga ombud under tre år (1995–1998). Personliga ombud skulle få ett ansvar för att individens behov och rättigheter uppmärksammades och för att samhällets insatser samordnades. Cirka 250 personer med psykisk funktionsnedsättning fick stöd av 32 personliga ombud på tio orter runt om i landet.

Socialstyrelsens utvärdering visade att utnyttjandet av psykiatrisk sjukhusvård och psykiatrisk dagvård minskade kraftigt under projektiden, stabiliteten i boendet ökade och betydligt fler insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) beviljades.

I maj 2000 beslutade regeringen att via statsbidrag permanenta och stödjande kommuner att bygga upp verksamheter med personliga ombud. Antalet ombud var sedan dess tiofaldigats.

I Stockholm byggdes verksamheten initialt upp med 18 ombud fördelade på de olika stadsdelsförvaltningarna. Sex av dessa 18 ombud var anställda av Fountain House. När avtalet med Fountain House gick ut i slutet av 2008 beslöt stadsdelsnämnderna

att inte anställa några nya ombud.

Från slutet av 2008 till den 31 augusti 2009 fanns i realiteten enbart elva operativa ombud i staden då de sex från Fountain House plus en vakant tjänst inte hade ersatts i avvaktan på en stadsövergripande upphandling av verksamheten. Upphandlingen vanns av Stadsmissionen, som från och med den 1 september 2009 bedrev verksamheten för stadens räkning. Upphandlingen baserades på 18 ombud samt en verksamhetsledare, det vill säga totalt 19 heltidsbefattningar, i stället för de elva som fanns före upphandlingen.

Avtalet upphörde den 1 september 2011 eftersom majoriteten av de inblandade stadsdelsförvaltningarna av besparingskäl inte ville förlänga det tvååriga avtalet med Stadsmissionen. Sedan dess finns det återigen enbart elva ombud i Stockholm.

Nedskärningen har skett trots att Socialstyrelsen slagit fast att PO-reformen haft betydande positiva samhälls-ekonomiska effekter. Visserligen är det andra huvudmän, och i synnerhet landstinget, som vinner mest på reformen genom minskade totala vård- och omvårdnadskostnader. Men likväl grundas verksamheter med personligt ombud på ett kommunalt ansvar och huvudmannaskap.

En annan orsak som angavs för att minska antalet ombud är av en mera beklämmande karaktär. Mycket av ombudens arbetsinsatser gick åt till att försöka rätta till problem i patienternas/kundernas privatekonomi, som vanligtvis är dålig. Kunderna behöver sällskap av ett fysiskt närvarande stöd från någon som de känner tillit till i kon-



Foto: Colourbox

I Stockholm har antalet personliga ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning minskat på grund av besparingar.

takterna med till exempel handläggare på Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänstens försörjningsstöd och med olika behandlare för att få intyg.

Det kunde ifrågasättas om ombudens arbete med detta var i enlighet med grundtankarna kring funktionen och om det inte i stället var arbetsuppgifter som tillhörde Försäkringskassans och socialtjänstens handläggare. Stadsdelarna ger här prov på en okänslighet inför kundernas extremt utsatta ekonomiska läge, vilket tyder på okunnighet om ombudens funktion och arbetsuppgifter.

Privatisering och förändringar av socialförsäkringssystemet har återverkat på de psykiskt funktionshindrades livsvillkor och gjort det svårare för dem att på egen hand navigera ute i samhället. Antalet personliga ombud i Stockholm borde rimligtvis inte ha minskat utan i stället ökat.

Utan framgång har förbundsordförandena för RSMH och Schizofreniförbundet motsatt sig nedskärningen av Stockholms personliga ombud. De har poängterat att inrättandet av personligt ombud varit den enskilt mest betydelsefulla åtgärden för att

förbättra vården och stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning under de senaste 15 åren.

I dag har kommunerna möjlighet men inte skyldighet att erbjuda personligt ombud. År 2005 skrev Socialstyrelsen i en utvärdering [1] att möjligheten att långsiktigt stödja och utveckla verksamheten skulle öka genom lagstiftning. »I en pressad ekonomi med ett stort antal angelägna behov och många prioriteringsproblem är det lätt att sätta en frivillig reform som ställer ytterligare krav på resurser på undantag« [1].

Lagstiftning skulle motverka en sådan utveckling, då kommunerna skulle bli skyldiga att inrätta ombudsverksamhet. Med tanke på vad funktionen kostar och på de samhällsekonomiska vinster som den bidrar till borde, om inte annat, dagens ekonomiskt kortsiktiga tänkande föranleda en stadigvarande lösning av situationen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Styrelseledamot i Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH).*

REFERENS

1. Personligt ombud 2000–2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.



FILIBE COSTA
specialist i allmän psykiatri, Stockholm
filipecosta1@hotmail.com

Genusperspektivet åsidosatt – igen

När man i en studie förtjänstfullt samlar in data uppdelat på kvinnor och män är det onödigt och olyckligt att inte resultaten presenteras och analyseras utifrån detta.

I Läkartidningen 50/2011 (sidorna 2652-6) publiceras en artikel om läkares arbetsmiljö baserad på en enkätstudie. Tyvärr får vi återigen konstatera att såväl artikeln som studien i det närmaste är renons på genusperspektiv. Varför redovisas inte studiens resultat uppdelat på kön när man, vilket nogsnamt rapporteras, skickat enkäten till ett representativt antal läkare, därav en representativ mängd kvinnor?

Med risk för att upprepa det som Kvinnliga läkares förening skrev (LT 41/2011, sidan 2037) efter Läkartidningens temanummer »Livsstil och psykisk ohälsa« i september 2011 (LT 36/2011, sidorna 1679-706): kvinnor är allmänt sett klart överrepresenterade avseende arbetsmiljörelaterade besvär. Dessutom finns en rapport från

Karolinska institutet som belyser de kvinnliga läkarnas sämre arbetsmiljö [1].

De hierarkiska strukturer som behandlas i den aktuella studien/artikeln skulle vinna på att belysas ur ett genusperspektiv. Man behöver bara titta sig omkring på kliniker för att se att även om läkarkåren nu består av nära 48 procent kvinnor [2] är chefen ofta en man. Detta behöver naturligtvis problematiseras.

Kvinnliga och manliga läkare tilldelas också olika roller av andra personalkategorier. Hur det påverkar graden av stress är av stort intresse.

Fördelningen av resurser kopplat till arbetsbelastning inom olika specialiteter i kombination med fördelning av kvinnliga och manliga läkare skulle vara av stor vikt att klarlägga för att komma till rätta med arbetsmiljöproblemen inom sjukvården.

Manliga läkare har högre månadslön inom nästan alla områden, och inom områden



Illustration: Colourbox

Genusperspektivet har återigen blivit åsidosatt, konstaterar Kvinnliga läkares förening och Sveriges Kvinlobby.

där män dominerar i antal är löneskillnaden särskilt stor [3]. Att Läkarförbundets princip om lika lön oavsett kön inte gäller är i sig ett allvarligt arbetsmiljöproblem.

Kvinnor tar fortfarande ut större delen av föräldraledigheten och arbetar oftare deltid, vilket även gäller kvinnliga läkare. Hur skulle arbetet kunna organiseras så att ett utökat ansvar för familjen, för både kvinnor och män, kan sammanlänkas med jobbet?

När det gäller lite äldre kvinnor är det oftare de som tar ansvar för äldre föräldrar, något som med stor sannolikhet även gäller kvinnliga kollegor. Hur påverkar det

arbetsmiljön? När man i en studie förtjänstfullt samlar in data uppdelat på kvinnor och män är det onödigt och olyckligt att inte resultaten presenteras och analyseras utifrån detta. Vi skulle uppskatta om den analysen kommer nu.

Mia Fahlén
ordförande,

Kvinnliga läkares förening,
styrelseledamot,
Sveriges Kvinlobby

mia.fahlen@capiro.se
Gertrud Åström
ordförande,
Sveriges Kvinlobby

REFERENSER

1. Karolinska institutets folkhälsoakademi. Årsrapport 2009. Stockholm: Karolinska institutet, på uppdrag av Stockholms läns landsting; 2009. http://ki.se/content/1/c6/06/87/87/KFA_2009.pdf
2. Läkarfakta 2011. Statistik över medlemmar i Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2011. <http://www.slff.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/PDFer/lakarfakta%202011.pdf>
3. Evergård B, redaktör. Women in white. The European outlook. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2004.

replik:

Läkarna som grupp har förlorat känslan av att ha en ansvarsposition



I artikeln »Läkarprofessionen en profession med allt mindre stöd och inflytande« [1] beskriver vi de förändringar som skett i läkaryrket utifrån ett antal frågor som finns med i två enkäter gjorda med arton års mellanrum.

Det intressantaste resultatet i vår jämförelse av läkares villkor förr och nu är att läkargruppen som helhet har förlorat känslan av att ha en ansvarsposition i vården samt att stödet från närmaste chef har minskat radikalt. Utvecklingen mellan 1992

och 2010 är densamma för manliga och kvinnliga läkare.

De frågor Mia Fahlén och Gertrud Åström ställer om kvinnliga och manliga chefer är intressanta och kan delvis besvaras med en regressionsanalys. Utifrån ett index baserat på fyra frågor om den närmaste chefens stöd och frågor om den närmaste chefens yrkesbakgrund, ämneskompetens och kön framkom att det är chefens kompetens inom ämnesområdet som är det mest väsentliga. Även förhållandet att den närmaste

chefen är läkare har ett positivt samband med stöd. Chefens kön spelar däremot inte någon signifikant roll för vare sig manliga eller kvinnliga läkare. (Tabell 1). Resultatet gäller för både kvinnliga och manliga läkare såväl i materialet som helhet som när vi delar upp det i övergripande specialistområden.

I frågor om upplevt inflytande och krav i arbetet finner vi samma resultat; chefens kompetens inom ämnesområdet är signifikant medan

chefens kön inte är det. Som Mia Fahlén och Gertrud Åström nämner finns det aktuella studier som visar på de speciella arbetsmiljöproblem som kvinnliga läkare har och som är viktiga frågor att belysa också utifrån det enkätmaterial vi samlat in.

Vi har inte fokuserat på frågor om lön, alla enkäter måste ju begränsa omfånget, men det ingår många andra områden som kan bidra till att ge en djupare kunskap om kvinnliga och manliga läkares arbetsmiljö. Bland annat

kommer vi att skriva om patientrelationer, utvecklingsmöjligheter och strategier för att hantera krav i arbetet – områden som upplevs olika av manliga och kvinnliga läkare.

Vi har också ambitionen att belysa nya styrformer i sjukvården och dilemman som har samband med olika sätt att organisera arbetet. Ett exempel på en sådan analys visar att antalet anmälningar av läkare har samband dels med hur många organisationsförändringar som denne varit med om, dels med ett lågt inflytande av seniora läkare i organisationen [2]. Ett resultat som indikerar hur man kan

TABELL I. Regressionsanalys med beroendevariabeln »Stöd från närmaste chef« (index, lågt till högt stöd, variationsvidd 4–20).

| | Kvinnliga läkare (n = 702) | | Manliga läkare (n = 660) | |
|---|----------------------------|-------|--------------------------|-------|
| | Beta | P ≤ | Beta | P ≤ |
| Konstant | | 0,001 | | 0,001 |
| Närmaste chefs yrkesbakgrund (läkare = 1) | 0,107 | 0,031 | 0,131 | 0,009 |
| Närmaste chefs kompetens inom ämnesområdet (tregradig skala, högt värde är hög kompetens) | 0,244 | 0,001 | 0,284 | 0,001 |
| Närmaste chefs kön (kvinna = 1) | 0,056 | 0,156 | 0,039 | 0,348 |
| R ² /F/P | 0,04/9/<0,001 | | 0,06/12/<0,001 | |

minska antalet anmälningar och misstag i vården.

Vi har skapat en webbplats <<http://data.pifokus.se>> där man med ett par enkla knapptryckningar kan få fram och analysera enkätdata. Man kan även studera skillnader

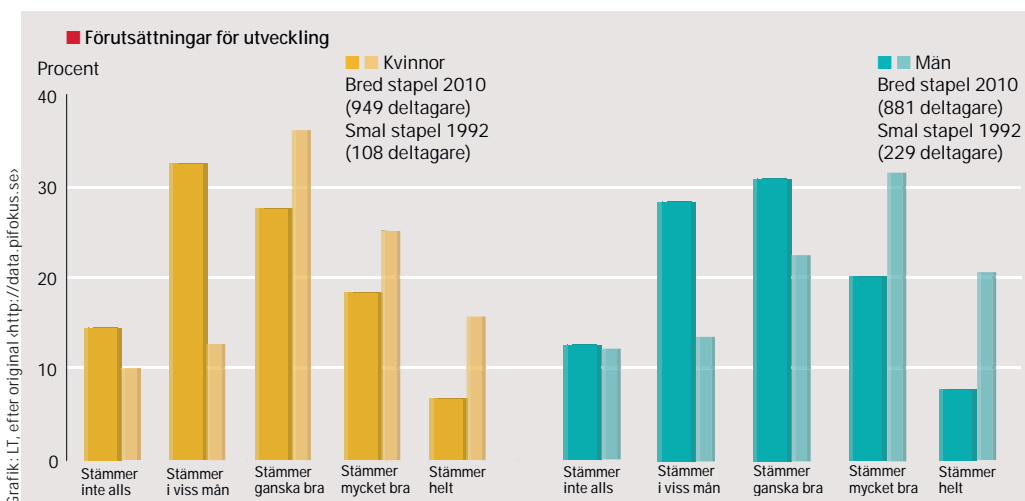
mellan 1992 och 2010 års läkare (Figur 1).

Databasen skapades för att ge en mer noggrann återkoppling, och här kan man enkelt se skillnader mellan till exempel kön och specialiteter eller mellan olika lands-

ting, resultat som kan leda till fortsatt forskning om undergrupper och där vi gärna ser samarbeten i olika former med exempelvis specialistföreningar. Här kan finnas många intressanta samband som bäst kan tolkas av dem med insikt i specialiteternas förhållanden eller landstingens villkor.

Eva Bejerot

forskare och projektledare, psykologiska institutionen, Stockholms universitet
eva.bejerot@psychology.su.se



Figur 1. »Min närmaste ledning ger bra förutsättningar för att jag ska utvecklas i jobbet«. Svarmönster (procent) för manliga och kvinnliga läkare 1992 och 2010.

REFERENSER

1. Bejerot E, Aronsson G, Hasselblad H, et al. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. Enkätstudie av svenska läkares arbetsmiljö 1992 och 2010. Läkartidningen. 2011;108(50):2652-6.
2. Theorell T, Bejerot E. Omorganisationer i vården ger högre risk för felanmälan. Ju fler omorganisationer, desto större risk för läkare att bli anmäld, visar enkät. Läkartidningen. 2011;108(48):2501-4.

Novartis utmanar rätten till läkemedel för världens fattiga

Under de senaste sex åren har Novartis drivit en juridisk process mot den indiska staten i en patentfråga. Årendet ligger nu hos Indiens högsta domstol. Om Novartis skulle vinna, hotas tillgången till vitala läkemedel, inte bara för indier, utan för miljontals människor i lägin-komstländer.

Formellt handlar målet om patentet för imatinibmesylat, som i Sverige säljs under var-

namnet Glivec. I Sverige kostar behandlingen med Glivec av en patient med kronisk myeloisk leukemi (KML) i kronisk fas cirka 24 000 kr per månad; 50 procent mer i accelererad fas.

I Indien fanns år 2006 generiska versioner av imatinib tillgängliga för mindre än 200 US-dollar per månad. Novartis ansökte då om patent för att kunna sälja läkemedlet till ett högre pris. Ansökan avsåg av den indiska

patentmyndigheten i januari 2007 med motiveringen att läkemedlet endast var en ny form av ett gammalt läkemedel och därför inte kunde patenteras enligt indisk lag.

Avslaget överklagades av Novartis. Imatinibmesylat är en saltform (mesylat) av ett äldre läkemedel, imatinib. Appellationsdomstolen (High Court) avslag överklagandet 2007, liksom en annan instans, Intellectual Property Appellate Board, 2009. Sam-

ma är överklagade Novartis till Högsta domstolen.

Men i realiteten handlar domstolsprocessen inte om ett enskilt läkemedel, utan om dels Indiens rätt att tillåta produktion av generiska läkemedel, dels Indiens export av sådana medel till andra lägin-komstländer.

Enligt indisk lagstiftning måste ett nytt läkemedel ha dokumenterad »increased therapeutic efficacy« för att



Webbplatsen <http://www.msf-access.org/STOPnovartis/> informerar om patentstriden i Indien och dess implikationer.

vara berättigat patent. Det är rent juridiskt om denna definition som förhandlingarna i

Högsta domstolen handlar. Novartis strategiska mål är att göra detta krav meningslöst för att därigenom kunna kräva patent på gamla produkter som man gjort mindre förändringar på. Om Novartis lyckas skulle det bli ett hårt slag mot läkemedelsindustrin i Indien.

Indien är en av de främsta läkemedelsdistributörerna till den fattigaste delen av världen. Inte minst har detta haft stor betydelse för behandlingen av HIV-sjuka i Afrika. Med tanke på att patenttiderna förlängts, och nu uppgår till 20 år, skulle en framgång för Novartis få katastrofala följder för folkhälsan, inte bara i Indien, utan i stora delar av världen.

Anders Jeppsson
läkare och antropolog, Lund
andjep@gmail.com

Mer debatt på Lakartidningen.se

Läkartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. Vi presenterar här utdrag ur inlägg som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt.



Foto: Colourbox

Samverkan kräver bra organisation.

Särskild krisorganisation förutsättning för fungerande samverkan

Att en särskild krisorganisation bör ligga direkt under ledningen är relevant på alla nivåer i samhället... Inom många verksamheter är så inte fallet i dag, något som respek-

tive verksamhetsansvariga nogga bör överväga och korrigera.

Per Kullings

Kommentar till recension: Sverige bör bli ett experimenterande samhälle vad gäller narkotikapolitik

Det jag argumenterar för är »det experimenterande samhället«, det vill säga att vi inte försöker formulera en fullständig narkotikapolitik på en gång utan provar olika åtgärder som vetenskapligt utvärderas...

Ted Goldberg

ST bör kunna bedömas kontinuerligt

Lars Breimer

Operation av prostatacancer: Har vi köpt grisen i säcken?

Per-Uno Malmström