

vid behov i kollektivboendena eller hos enskilt boende patienter.

Nämnda resurser utvecklades inom psykiatrin för att skapa »goda livsvillkor» för de svårast psykiskt sjuka inom sektorn och utnyttjades fullt ut av dessa patienter. Någon långtidsvård på institution behövde då inte bedrivas.

Med psykiatrireformen överfördes ansvaret för alla dessa verksamheter i ett slag till socialdistrikten och senare till ett antal stadsdelsförvaltningar. En av undertecknarna framförde redan för flera år sedan offentligt i flera sammanhang, bl a i Läkartidningen, kritik beträffande de risker som kunde följa med en delning av ansvaret.

Nerlagda verksamheter

Det har nu också visat sig att insatserna för stödet till de långtidssjuka blivit mindre i omfattning och framför allt med betydligt färre valmöjligheter för den enskilde. Tidigare landstingsdrivna verksamheter som övertagits av kommunen mot ersättning har lagts ner. Samarbetet med kommunen är många gånger omständligt och försämrar kontinuerligt till följd av de sparbeslut som råder i socialtjänsten.

Men vi vill poängtera att reformen inte hade som syfte att sabotera sektorskliniker som i praktiska verksamheter eftersträvade avinstitutionalisering. Tvärtom, vilket Heilig inte verkar vara medveten om, sökte reformen lösningar på problemet att majoriteten av de psykiatriska klinikerna trots sektorisering och utflyttningen från mentalsjukhusen inte hade en samhällstillvänd inriktning och arbetsmetod.

Dyster bild

När nu ansvaret för den funktionshinderade sociala liv övertagits av kommunerna uppstår frågan vad som händer med den psykiatriska vården. För en socialpsykiatri som ser den sektoriserade och decentraliserade organisationen som en förutsättning för vårdens möjligheter att erbjuda tillgänglighet och kontinuitet i patientarbetet framstår omvärldssituationen som dystert.

Samtidigt med att omfattande omvårdnadsinsatser och meningsskapande relationsarbete i patientens vardagsmiljö tagits över av kommunen ser vi en re-medikalisering av psykiatrin. Heilig liksom en del av hans kolleger inom psykiaterkåren förespråkar en subspecialiserad och sjukhusbaserad vård.

Den inriktningen går hand i hand med centralisering av resurser och budgetnedskärningar. Följden blir stora or-

ganisatoriska förändringar som drabbar patienter, anhöriga och nätverk genom att avstånden till vården förlängs och förutsättningarna för en stabil samverkan med t ex socialtjänsten försvåras än mer. Den utvecklingen ligger inte i brukarnas intresse.

Ett slag i ansiktet

När Heilig nu vill göra ett lappkast i utvecklingen och avfärdar ytterligare försök att nå reformens mål för de mest utsatta grupperna, är det ett hårt slag i ansiktet på patienter och anhöriga. Också psykiatriska vårdarbetare måste reagera starkt utifrån att man är angelägen om att utveckla en bredare professionalitet än den som dikteras av den medicinska kulturen.

Det tycks vara Heiligs uppfattning att det inte finns något hopp i reell miljö för dessa människor förrän framtida landvinningar inom psykofarmakologin uppnåtts. Med den inställningen kommer inte de långtidssjuka att frivilligt söka sig till hans »goda asyler». För att få rent på gatorna återstår endast ökad tvångsvård, som när den inte är

förenad med några effektiva behandlingsåtgärder blir den gamla vanmakens institution för patienten.

Att »återskapa den medicinska kulturen inom psykiatrin» har också i vårt perspektiv ett annat högt pris. Heilig skriver i en debattartikel i DN den 10 oktober 1999: »Flertalet patienter med psykiska sjukdomar har lättare former av tillstånden och ett övergående vårdbehov. De kan utmärkt väl tas om hand av primärvården.»

Så länge ingen på ett övertygande sätt kunnat dra gränsen mellan psykisk sjukdom och tyngden som en människa kan känna från svåra livsproblem anser vi att psykiatrin inte kan skjuta sitt ansvar ifrån sig. I ett storstadsområde som har primärvården inga möjligheter att ge patienten den tid det tar att lyssna in sig på psykosociala problem.

Om den psykiatriska vården sviker patienten, genom att inte vilja se och inte vilja engagera sig i dessa problem, återstår bara en rent diagnostiserande och medikaliserad psykiatrisk vård där ännu så länge ofullkomliga läkemedel utgör huvudnumret. •

”Otrevliga politiska övertoner”

En »asyl» kan aldrig tillgodoses de grundläggande mänskliga behoven. Det tar decennier att genomföra en reform som psykiatrireformen, och det förutsätter ett solidariskt stöd från psykiatrin. Var står Svenska psykiatriska föreningen i frågan?

Markus Heilig påstår att hela den svenska psykiatrin har reformerats utifrån en planritning med ett statiskt slutmål: »Om mentalsjukhusen tvärt avskaffades skulle psykiska sjukdomar på något sätt försvinna, eller i alla fall bli oviktiga.» En stor del av vårdansvaret för människor med psykiska sjukdomar har överförts till socialtjänsten, men utfallet av reformen är ett magnifikt misslyckande, skriver han.

Mot detta skisserar Heilig helt inkomparabla framtidsvyer över en hypotetisk utveckling inom neuro- och beteendevetenskaperna »med en oerhörd potential.»

Hans inlägg förfalskar verkligheten på en rad punkter och har otrevliga politiska övertoner. Utskrivningarna från mentalsjukhusen och klinikerna gjor-

”Utskrivningarna från mentalsjukhusen och klinikerna gjordes på initiativ av landsting och psykiatrer och inte alls efter någon »planritning». Då psykiatrireformen trädde i kraft hade platsantalet sjunkit med över två tredjedelar.”

des på initiativ av landsting och psykiatrer och inte alls efter någon »planritning». Då psykiatrireformen trädde i kraft hade platsantalet sjunkit med över två tredjedelar [1].

Vårdansvaret ej överfört

Vårdansvaret för svårt psykiskt sjuka har inte alls överförts till socialtjänsten.

Författare

KARL GRUNEWALD
professor, medicine och filosofie hendersdoktor.

Den skall däremot bedriva handikappomsorg om bl a dem som bedöms vara färdigbehandlade på psykiatriska kliniker och som kan få sitt fortsatta behov av psykiatriska insatser tillgodosedda på en öppen mottagning. Svårt sjuka personer skall naturligtvis vårdas på sjukhus [2].

Hur har socialtjänsten klarat denna uppgift? 4 500 personer har skrivits ut som medicinskt färdigbehandlade under åren 1995–1998. 48 procent har fått flytta till en bostad med särskild service (i regel en gruppboende) i hemkommunen nära till anhöriga, 37 procent till ett vårdhem, i regel i privat regi, och 15 procent till en egen bostad med stöd av i psykiatri utbildad personal. En efterundersökning visar att två tredjedelar har fått förbättrade livsvillkor, de övriga har det lika som förr [3].

Heilig refererar en studie från USA som visar att endast cirka en tredjedel av dem som under ett år uppfyller kriterierna för en kliniskt signifikant psykiatrisk diagnos kommer i kontakt med någon vård. »I Sverige saknar vi tillförlitlig kunskap av detta slag, men situationen är knappast bättre», skriver han.

Hur kan han som forskare påstå det, när han samtidigt anger att vi saknar kunskaper? – Orsaken är, anser han, att de svårt sjuka och deras anhöriga drar sig för att söka vård på grund av »politiska dogmer, tabun, fördomar och missuppfattningar». »Vi har fått en i Sverige tidigare ej skådad misär för de svårast psykiskt sjuka», skriver Heilig vidare, utan att ange någon referens.

Vårdkedjan övergiven

Det är en politisk extremism som har brutit den nödvändiga vårdkedjan under psykiatrins ansvar, allt i från »den goda asylen» över till verkstäder och gruppboende, anser Heilig. Han bortser då ifrån att man genom den sektoriserade psykiatri försökte bygga upp en sådan vårdkedja, värderad och övergiven [4].

En »asyl» kan aldrig tillgodose de grundläggande mänskliga behoven. Jag vet det därför att jag har besökt alla nybyggda och påkostade »asylar» som vi en gång hade för utvecklingsstörda, och jag har träffat samma personer i kommunernas gruppboende.

Jag har inte deltagit i något som helst beslut om psykiatireformen och är endast solidarisk med mina erfarenheter. De säger mig att det tar decennier att genomföra en reform som denna, och att den kräver en systematisk kunskapsöverföring och ett solidariskt stöd från psykiatri. Under dessa förutsättningar

kan reformen leda till den största positiva förändring inom psykiatri sedan dess tillkomst.

Heiligs artikel skrämmer mig därför att jag förstår att flera psykiatrer är beredda att instämma. Så stor är alltså klyftan där den är som störst. Men hur ser den ut i övrigt? Det kräver ett svar från Svenska psykiatriska föreningen. •

Replik:

Förenklade sanningar har skadat psykiatri!

DNs rubriksättare (DN Debatt 10 oktober) har lyckligtvis varit ganska ensam om att förgrova min uppfattning till en vilja att återskapa gamla tiders mentalsjukhus. Sida vid sida med humanistiskt engagemang och helhetsansvar hade dessa inrättningar självklara brister av det slag Costa och Brinck beskriver. Kanske är det detta Grunewald syftar på när han skriver att »en asyl aldrig kan tillgodose de grundläggande mänskliga behoven».

Till grundläggande mänskliga behov torde dock främst räknas bostad, mat och basal kroppssjukvård. Bara i Stockholm finns idag fler än 1 500 allvarligt psykiskt sjuka personer som inte ens får det första av dessa behov tillgodosett. Antalet har mer än fördubblats mellan 1993 och 1997 [1]. Dessa personer osynliggörs till stor del i den områdesinriktade psykiatri och i Socialstyrelsens uppföljningar, men de är desto synligare för uppsökande verksamheter, akutmottagningar, Stadsmissionen och vanliga stockholmare.

Min tes är förstås inte att situationen orsakats av Psykiatireformen i sig, utan att orsakerna kan sökas i en lång tids utarmning av psykiatrins uppdrag. Detta kan vi debattera. Men när Grunewald blundar för den uppenbara misären, misstänkliggör den uppenbara misären, misstänkliggör min heder som forskare när jag påtalar missförhållandena, och begär att vi skall vänta i decennier innan situationen förbättras, då ter sig hans förhållningssätt oacceptabelt.

Fjärmande från sjukhusen ger kunskapsstagnation

Jag har aldrig varit blind för de gamla institutionernas problem, och lär vara hågkommen som en av de mer kritiska underläkare som passerat Sankt Lars

Referenser

1. Socialstyrelsen. God psykiatrisk vård på lika villkor. SoS 1997:8.
2. Psykiskt stördas villkor. Proposition 1993/94:218.
3. Socialstyrelsen. Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform. SoS 1991:1.
4. Psykiatriutredningen. Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. SOU 1992:73.

sjukhus. Idag är dessa brister så välkända att det tycks överflödigt att än en gång påtala dem.

Ironiskt nog hade de sitt ursprung i samma grundproblem som även idag drabbar vården av de psykiskt sjuka.

I organisationskulturer som lever alltför isolerade från en normal, evidensbaserad medicinsk miljö är det svårt att rekrytera duktiga läkare, upprätthålla högspecialiserad kunskap och säkerställa fortgående, pragmatisk förnyelse. I sådana slutna världar uppstår kunskapsmässig stagnation, och i värsta fall sektarism och övergrepp. Dessa problem har ofta uppstått när psykiatri fjärrat sig från sjukhusen, men de blir än mer uttalade när verksamheter överförs till socialtjänsten.

Vad gäller socialtjänstens roll är därför Grunewalds ordklyverier obegripliga. En stor del av psykiatrins medel överfördes i samband med Psykiatireformen till kommunerna. Med detta följde ansvaret för åtgärder som man kan sätta vilka nya etiketter man vill på, men som varit och förblir självklara delar i god socialpsykiatrisk behandling av psykiskt långtidssjuka: Boende, samsättning och omvårdnad. För en kroniskt psykotisk patient utgör dessa åtgärder minst lika viktiga behandlingsingredienser som läkemedel, och måste liksom dessa användas utifrån en psykiatrisk specialistkunskap. Hos vissa av patienterna kvarstår ett livslångt behov av sådan integrerad behandling. Vad exakt betyder då begreppet »medicinskt färdigbehandlad»?

Farmakologiska genombrott

Just med tanke på att en förvaringspsykiatri med få effektiva behandlingsmetoder inte ligger så långt bort i tiden ▶

ANNONS

är det är synd att Costa, Brinck och Grunewald föga tycks intressera sig för den kunskapsexplosion som håller på att revolutionera psykiatriens möjligheter, och inte ser problemen med en organisation som gör det svårt att implementera forskningens frukter. Men det som författarna mest tycks uppfatta som science fiction är redan här. Psykofarmakologins utveckling har varit en av de viktigaste faktorerna bakom genombrotten i vården av de psykiskt sjuka, och bl a möjliggjort just utskrivningen från mentalsjukhusen. I nästa våg håller t ex atypiska neuroleptika på att revolutionera möjligheterna till framgångsrik rehabilitering.

Återigen finns här en ironi, och en tragik. När vården av de psykiskt sjuka »avmedikaliseras» kommer farmakologiska landvinningar inte till god användning. Detta hindrar socialpsykiatri från att uppnå sina mål: psykosocial funktionsträning, rehabilitering och social reintegration. Det är därför mycket olyckligt att de som genom åren drevit socialpsykiatri som koncept haft ett så problematiskt förhållande till psykofarmakologisk kunskap. Det har motverkat deras egna – utmärkta – syften.

Motiven goda men valet av strategi katastrofalt

Ett annat led i avmedikaliseringen har varit nivelleringen av sjukdomsbegreppet inom psykiatri. Den nuvarande etiketten, »psykiskt funktionshinder», utgör en slutpunkt i denna utveckling, och den har haft Grunewald som en av sina främsta påhjäjare. Jag känner stark sympati för de bakomliggande motiven – viljan att avstigmatisera och att återupprätta den sjuke till något mer än sin sjukdom.

Men strategivalet var katastrofalt, och det motverkade än en gång de egna goda syftena. Nu dras personer med så skilda problem som schizofreni, bipolär affektiv sjukdom eller personlighetsstörning över samma kam. I stället för att uppnå avstigmatisering genom ambitiös folkbildning, exempelvis sådan som Royal College of Psychiatrists drevit i Storbritannien, har allmänhet och politiker bibringats uppfattningen att de psykiskt sjuka utgör ett slags amorf grupp, och – för att spetsa till det – att det viktigaste för denna grupp är att räddas undan psykiatri och in i samhället.

Därför är det nu nödvändigt att återföra fokus till en klinisk vardag, bestående av de specifika sjukdomarna, deras symtom, mekanismer och behandling. Därvid blir förstås synen på de

psykiska sjukdomarna central, och en nivellering av sjukdomsbegreppet ett hinder för individualiserad och evidensbaserad behandling. Då duger inte de enkla lösningarna.

Costa och Brinck tycks numera delvis inse detta, och de undrar »vem som framfört den enfaldiga uppfattningen» att »om mentalsjukhusen tvärt avskaffades skulle psykiska sjukdomar på något sätt försvinna, eller i alla fall bli oviktiga». Svaret är Franco Basaglia, ganska ordgrant återgivet och också insiktsfullt diskuterat i en av de referenser jag angav, nämligen [2].

Upphovsmannen till denna »enfaldiga uppfattning» har tyvärr utgjort ideologisk förebild för mycket av psykiatriutvecklingen i Sverige och annorstädes, och det långt efter det att larmrapporter publicerats om hur hans Trieste-projekt havererat [3-5]. Inte heller idag tycks insikten om nosologins betydelse för korrekt behandling tillräckligt självklar.

Costa själv har relativt nyligen i en DN-intervju framfört att det för en psykiater skulle vara viktigare att läsa Dostojevskij än diagnosmanualer. Jag måste be att stillsamt få framhålla bådas nödvändighet, och förstår inte varför vi skulle behöva välja. Även i sitt aktuella inlägg påstår Costa och Brinck att »ingen på ett övertygande sätt kunnat dra gränsen mellan psykisk sjukdom och tyngden som en människa kan känna från svåra livsproblem». Ett sådant påstående ligger faktiskt så långt från modern psykiatrisk forsknings huvudfåra att det får lämnas därhän.

Specialitet i vanrykte

Dessa antimedicinska attityder har kraftfullt bidragit till att göra psykiatri till en specialitet i vanrykte bland medicinstudenterna, läkarkåren och psykiaternerna själva, så att enligt en nyligen genomförd enkät från Psykiatriska föreningen 16 procent av alla offentliga psykiatritjänster är vakanta, medan 35 procent av Stockholms arbetande specialister i psykiatri valt bort arbete i den offentliga psykiatri. Situationen är särskilt allvarlig, eftersom stora pensionsavgångar snart väntas. Jag saknar förslag från Costa och Brinck om hur denna situation skall mötas.

Får ej stå handfallna

Vi skall alltid trösta, om möjligt lindra, och någon gång bota. Även när såväl farmakologiska som psykosociala redskap används på ett optimalt sätt finns det patienter vars symtom är svårbe-

handlade. Det är efter såväl Grunewalds som Costas och Brincks inlägg fortsatt oklart hur vi skall förhindra dagens svåra situation för denna grupp.

Min uppfattning är att vi inte får stå handfallna och vänta på bättre tider medan de svårast sjuka går under. Till dess behandlingsmöjligheterna förändras måste vi kunna erbjuda en tillflyktsplats där god omvårdnad och livskvalitet kan åstadkommas trots kvarstående symtom. Denna goda asyl kan i akuteskedet med fördel finnas på en lasarettsklinik, och vid ett mera långvarigt vårdbehov på behandlingshem och gruppboenden knutna till samma specialistklinik.

I storstadsområden är det dock olämpligt att lokalisera sådana boendeformer i tätort. Detta leder nämligen till exposition för missbruksmedel, vilket utgör den viktigaste negativa faktorn vad gäller psykiska sjukdomars prognos. En del psykiatriska kliniker har framgångsrikt inrättat sin vårdkedja enligt vad som skisseras här. För ett mera långsiktigt omhändertagande omöjliggörs dock denna modell av dagens konstlade uppdelning på vad som anses vara medicinsk behandling, respektive boende och sociala åtgärder. Detta måste förändras.

Tvångsvård stundom nödvändig

Costa och Brinck undrar om det omhändertagande jag skisserat skall vara ett erbjudande eller tvång. Det är självklart att vården så långt möjligt skall vara ett erbjudande, med respekt för individens autonomi. Varje realistisk kliniker vet dock att vården av psykotiska personer ibland måste kunna ges oberoende av den sjukets samtycke, om alternativet är att patienten eller omgivningen tar allvarlig skada. Detta är faktiskt det rättsläge som gäller idag. Justering har nu också aviserats av flera misstag som gjordes i samband med övergången från LSPV till LPT, och som påtalats av bl a Lars Jacobsson [6].

Lagstiftningen om tvångsvård blir emellertid ett slag i luften om ideologin säger att tvång är något obetingat ont, eller om vårdresurser saknas för den vård lagen föreskriver. Så är situationen idag. Patienter skrivs då ut från LPT-vård, inte därför att de inte längre har ett behov av vård, utan därför att platser saknas, patientens symtom inte kan hanteras, eller ideologin gör att man inte orkar med de etiskt svåra men nödvändiga besluten.

Patienter dör till följd av dessa bris-

ter. Det är svårt att förstå hur man kan förlika sig med en sådan situation, och tillsynsmyndighetens passivitet på detta område är uppseendeväckande.

Positiva reaktioner

Sammantaget kvarstår intrycket att psykiatrin inför 2000-talet står vid något av ett vägska. Det är därför glädjande att en debatt om våra arbetsformer och vårt ansvar kunnat startas. Sedan den kom igång har ett stort antal kolleger, men också lekmän och anhöriga till patienter, hört av sig.

Grunewald har alldeles rätt i sina fargågor »flera psykiatrer är beredda att instämma» med mina uppfattningar». I själva verket har nästan alla de informella reaktionerna varit mycket positiva, och många har mellan skål och vägg framhållit hur självklart mitt budskap egentligen är.

Vi har dock ett mycket obekvämligt ofrentligt debattklimat, dominerat av några etablerade »sanningar» och deras företrädare. Uppenbarligen har ingen av de många positiva kollegerna vågat eller velat gå ut i offentligheten. Mot bakgrund av att jag själv bl a hotats med avsked på grund av mina uppfattningar blir den tystnaden lika begriplig som olustig.

En av de reaktioner som annars värmt mest har varit från den pensionerade Göteborgskollegan Georg Punell, en gång bland de första i Sverige att beskriva institutionaliseringssyndrom och att utveckla modeller för framgångsrik rehabilitering av psykiskt långtidssjuka. Punell torde ha en oomtvistlig trovärdighet som kritiker av de problematiska sidorna hos gamla tiders institutioner. Han tycks dock helt dela min uppfattning att mentalsjukhusen borde utvecklas genom ett fortsatt reformarbete, inte avskaffats utan hållbara alternativ.

Styrkt i misstanken

Jag har nu också fått möjlighet att läsa en skrift som Psykiatriska föreningen 1990 överlämnade till Psykiatriutredningen, med Marie Åsberg vid pennan [7]. Detta har för mig varit en sorglustig läsning. Hela min egen analys och oro finns formulerad där, kanske mindre polemiskt, men i gengäld mera utarbetat, och tio år tidigare. Enligt vad som berättats för mig avfärdades dokumentet som en partsinlägga.

Jag blir av allt detta styrkt i en förfärlig misstanke: Att en majoritet av pragmatiska, kloka men mera lågmälda medlemmar av vår profession, inklusi-

ve dess akademiska företrädare, hela tiden haft en sansad och realistisk uppfattning om psykiatrins utveckling. Och att det är en minoritet ideologiskt drivna och högljudda kolleger som med enkla revolutionsromantiska »sanningar» förfört massmedia, monopoliserat debatten och försett politikerna med de argument som var nödvändiga för att spara bort det mesta av svensk psykiatri. I denna utveckling utgör Psykiatri-reformen bara en sorglig slutknorr.

Samla huvudmannaskapet!

Det går nu inte längre att blunda för hur de svårt psykiskt sjukas situation blivit. Problemen är komplexa, och det är osannolikt att någon sitter inne med en lösning som passar alla patienter och situationer. Men i ljuset av dagens svåra situation vore det kanske rimligt med en viss beredskap till omprövning hos dem länge drivit eller hejat på utvecklingen. Det är föga ändamålsenligt att i stället skjuta på budbäraren. Vi behöver leta efter gemensamma beröringspunkter och hjälpas åt där vi kan.

I ett sådant sökande är Grunewald både svårast och lättast att möta. Jag är själv för okunnig om vård av utvecklingsstörda för att ha åsikter om det området när Grunewald refererar till sina erfarenheter där. Men på motsvarande sätt tycks Grunewald sakna tillräckliga kunskaper om modern klinisk vuxenpsykiatri och dagens situation på »vårdgolvet» där. Detta gör att han generaliserar, och klamrar sig fast vid visioner som havererat. Det är därför gapet blir så stort. Det enda konstruktiva förslag jag kan komma på i den dialogen är att inbjuda honom till en veckas auskultation på vår akut.

Vad gäller Costa och Brinck däremot

noterar jag – bortom ett antal ideologiska markeringar – att vi är helt eniga i centrala sakfrågor: att ett stort antal svårt psykiskt långtidssjuka personer idag har en oacceptabel situation; och att den kanske viktigaste enskilda åtgärden för att förändra detta vore att skapa ett samlat huvudmannaskap för deras vård, med resurser för aktiv rehabilitering.

Just dessa uppfattningar har fått stöd från flertalet håll, inklusive från Socialstyrelsens generaldirektör Kerstin Wigzell. Vi kanske skulle konstatera att vi på vissa punkter lär få svårt att enas, men likväl hjälpas åt att åtgärda det vi är överens om behöver åtgärdas.

Markus Heilig

docent vid Karolinska institutet, chefsöverläkare vid Beroendecentrum Syd/södra Stockholms produktionsområde, Stockholm

Referenser

1. Finne E. Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen; 1998.
2. Papeschi R. The denial of the institution. A critical review of Franco Basaglia's writings. Br J Psychiatry 1985; 146: 247-54.
3. Jones K, Poletti A. The 'Italian Experience' reconsidered. Br J Psychiatry 1986; 148: 144-50.
4. Jones K, Poletti A. Understanding the Italian Experience. Br J Psychiatry 1985; 146: 341-7.
5. Hartelius H. Det italienska experimentet inom psykiatrin – en katastrof som förtigits? Läkartidningen 1985; 82: 4195.
6. Nilstun T, Jacobsson L. Tvångsbegreppet i psykiatrin: Återgång till LSPV:s formuleringar skulle bättre klargöra innebörden. Läkartidningen 1999; 96: 2447-50.
7. Svensk psykiatri inför 90-talet. En lägesbeskrivning. Svenska psykiatriska föreningen; 1990.

Inför nästa avtalsrörelse

Aktiv lokal lönebildning viktigare än central pott

Om arbetsgivaren vill avskaffa den centrala lönepotten stäl-

Författare

ROGER EDIN
THOMAS ZILLING

båda styrelseledamöter i Överläkarföreningen.

ler detta ökade krav på parterna på lokal nivå. Samtidigt är det viktigt att centralt reglera exempelvis avtalstidens längd. Den centrala strejkrätten bör likaledes bestå.

Den svenska läkarkåren fortsätter att släpa efter i löneutveckling. Trots rejäla