

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 vägskaft. 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 färdigheter »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 obehagligt 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 Överläkareföreningen.

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

lönelyft för AT- och ST-läkare under senare år, har löneökningen för hela läarkåren, under perioden 1994–1998 enligt Landstingsförbundets statistik, varit bara 16,6 procent jämfört med ett löntagarsnitt på 18,8 procent. För överläkarna och specialistläkarna har löneutvecklingen varit ännu sämre.

Vi står nu snart inför en ny avtalsrörelse och vill därför föra fram Överläkarförbundets syn på den framtida lönebildningen, som diskuterats i ÖFs styrelse och vid en ordförandekonferens i oktober.

Central förhandling

Idag saknas i stor utsträckning en önskvärd mångfald av producenter inom sjukvården med alternativa arbetsgivare för Sveriges sjukhusspecialister. Så länge inte en äkta marknadsanpassad arbetsmarknad existerar så är en lönepott av betydelse för lönebildningen.

Det är möjligt att arbetsgivaren väljer att avskaffa den centrala potten för att öka det lokala inflytandet över lönebildningen. Skulle den centrala potten avskaffas bör pottförhandlingar genomföras med motparten lokalt eller regionalt. Den centrala strejkrätten måste kvarstå som skydd för eventuellt eftersläpande landsting/regioner.

Det är viktigt med ett centralt avtal som reglerar avtalsperiodens längd och tidsramar. Finns inte någon central eller lokal pottförhandling så finns det risk att revisionsförhandlingen försvinner. Detta skulle innebära att många, särskilt svaga, medlemmar inte kommer till någon förhandling alls.

Förhandlingsmodell

Trestegsmodell för individuell/lokal löneförhandling (Kompetensstegen):

1. Nyanställning

Den enskilde läkaren skall själv förhandla sin lön med verksamhetschefen vid nyanställning. Det är viktigt att den enskilde läkaren får lönerådgivning av lokalt förtroendevald inför förhandlingen. Den medlem som väljer att begära hjälp av lokalföreningen med förhandlingen skall givetvis ha möjlighet till detta.

2. Byte av befattningskategori samt införande av befattningskategorin klinisk professor.

Den enskilde medlemmen skall förhandla sin lön individuellt med verksamhetschefen vid byte av befattningskategori.

”Det skall för såväl den enskilde medlemmen som för verksamhetschefen vara naturligt att man med automatik förhandlar lönen då arbetsuppgifterna ändras på kliniken.”

Vi föreslår inrättande av en ny befattningskategori med benämningen klinisk professor att skilja från nuvarande akademiska professorer. Den kliniska professorn är inte anställd av staten utan av landsting, region eller alternativ vårdgivare.

Den kliniska professorn utgör en klinisk tjänst, som den skall erhålla som har en klinisk spetskompetens och aktivt driver kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete.

Denna nya befattning kommer att skapa ökat intresse för akademisk meritering vilket främjar den patientnära forskningen.

Med vårt förslag skall följande befattningskategorier finnas:

underläkare, avdelningsläkare/specialistläkare, biträdande överläkare, överläkare, klinisk professor och verksamhetschef.

3. Tillägg av arbetsuppgifter

Det skall för såväl den enskilde medlemmen som för verksamhetschefen vara naturligt att man med automatik förhandlar lönen då arbetsuppgifterna ändras på kliniken. Detta kan gälla uppdrag som: AT-/ST-studierektor, schemaläggare, avdelnings-/sektionsansvar, processansvar, handledaransvar, efterutbildningsansvar, biträdande verksamhetschef, akademisk meritering (disputation, docentur), specialistexamen samt nytillkommande uppgifter vid införande av nya författningar.

Revisionsförhandlingar

Lokala revisionsförhandlingar ute på kliniken skall föregås av utvecklingssamtal mellan verksamhetschefen och den enskilde läkaren. Själva revisionsförhandlingen skall ske mellan verksamhetschefen och en lokalt förtroendevald med god förhandlingsvana och kännedom om de kolleger för vilken förhandlingen sker (sk facklig fadder).

Den fackliga faddern bör vara den kollega som bistår med förhandlingshjälp vid individuella förhandlingar om

den enskilde läkaren i kompetensstegen så önskar.

Verksamhetschefens roll

Verksamhetschefen har som arbetsgivarrepresentant den centrala rollen vid löneförhandlingen på varje klinik och skall vara förhandlingspart mot den enskilde läkaren vid nyanställning respektive förändringar i kompetensstegen.

Inför revisionsförhandlingarna skall hon/han ha utvecklingssamtal med respektive medarbetare för att diskutera lönen. Verksamhetschefen skall ha ett totalansvar för lönebildningen på den enskilda kliniken. Uppgiften skall ej kunna delegeras till en tjänsteman.

Tariffsystemet avskaffas

Lön vid nyanställning skall vara individuell med differentiering utifrån kompetens och erfarenhet. Är lönenivåerna vid kliniken låga skall lönerna anpassas efter ett riksgenomsnitt.

Lönestatistik/lönerådgivning

Med ovan skisserad modell får Läkarförbundet en avgörande roll för att kontinuerligt serva medlemmar och lokalföreningar med aktuell lönestatistik. Vikten av denna funktion kommer vidare att öka vid en mångfald med ett ökad antal alternativa vårdproducenter. Detta illustreras väl med förhandlingsframgångar från lokalföreningar med väl fungerande egen statistik.

Jämställdhet mellan könen

Oskäliga löneskillnader mellan könen är ett problem. För att motverka detta vill vi understryka vikten av att de lokala revisionsförhandlingarna kvarstår och sker mellan verksamhetschefen och lokalt fackligt förtroendevalda. Detta kommer även att minska risken för annan orättvis lönesättning eller oskäligt låga lönenivåer.