

ket resulterat i att den tas upp i en gemensam diskussion i samband med Läkarförbundets arbetslivsgrupps nästkommande möte under innevarande månad.

Förbundets arbetslivsgrupp

Läkarförbundet är väl medvetet om att läkares arbetsmiljö under de senaste tio åren kraftigt försämrats. Orsakerna är främst ökad arbetsbelastning, utan tydliga mål och avgränsningar av arbetsuppgifterna, samt mycket bristande möjlighet för den enskilde läkaren till inflytande och delaktighet i verksamhetens organisation, utveckling och förändring.

Mot denna bakgrund bildades för två år sedan Läkarförbundets centrala förbundsgrupp, arbetslivsgruppen. Gruppens uppgift är att informera, stödja, ta initiativ och driva opinions-

bildning om läkares arbetsmiljö, såväl centralt från förbundet som från lokalföreningarna.

Det konkreta exemplet

Den anonyma skribenten tar i sitt inlägg också upp frågan om god arbetsmiljö under jour utifrån ett konkret exempel. Jag skulle vilja lämna följande kommentarer till insändarens beskrivning. Läkares jour- och beredskap regleras i specialbestämmelserna till det centrala löne- och anställningsavtalet.

Det är emellertid viktigt att understrika att det sedan 1994 har funnits möjligheter för lokalföreningarna att med den lokala arbetsgivaren för sjukhus, enskilda kliniker eller vårdcentraler sluta egna överenskommelser utifrån avtalet.

Avsikten är att inte bara verka för bättre ersättning utan också för att behovet av bättre arbetsmiljövillkor under

jourarbetet tillgodoses. Därför finns det idag ett stort antal lokala uppgörelser.

Den lokala läkarföreningen har en viktig uppgift i att försöka förhandla fram avtal med förbättrade arbetsmiljövillkor under jour- och beredskap. För att åstadkomma ett bra resultat krävs emellertid ett brett och starkt stöd av den berörda läkargruppen samt arbetsgivarens medverkan.

72 timmar inte acceptabelt

Sammanhängande jour- och/eller beredskapspass om 72 timmar är, enligt min mening, ur arbetsmiljösynvinkel inte acceptabla. Står medlemmarna bakom en förändring av sådana jourförhållanden, är jag övertygad om att den lokala läkarföreningen i en förhandling med arbetsgivaren skulle uppnå ett positivt resultat.

Bernhard Grewin
förbundsordförande

Slutreplik:

Förvirringen om CFS kan redas ut – om viljan finns

Susanne Merz avfärdar (Läkartidningen 44/00, sidan 5032) vårt förslag om psykodynamiskt inriktad psykoterapi vid kroniskt trötthetssyndrom (CFS), med att diagnosen CFS i vårt land inte ställs om patienten har någon psykisk sjukdom eller symtom. Hon hänvisar till att CFS karakteriseras av »... activation of the immune system, various abnormalities of several hypothalamic-pituitary axes ...».

Men som vi påpekat i vår första artikel (Läkartidningen 21/00, sidorna 2651-2) finns ett starkt samband mellan sådana tillstånd och psykisk stress. Kort uttryckt: När hjärnan »går på högvarv»/är stressad går även immunsystemet »på högvarv», bl a på grund av gemensamma signalöverföringssubstanser. För detaljer rekommenderar vi gärna även neuropsykiatern Anders Lundins innehållsrika och pedagogiskt välskrivna översiktsartikel i Läkartidningen 40/99, sidorna 4350-2.)

Psykosomatiska samband

Merz efterlyser belegg för att CFS med framgång kan behandlas med psykodynamisk insiktsterapi. Ingen har ju försökt! Det är därför vi vill få till stånd sådan forskning. Här vill vi erinra om den redaktionella artikeln i Lancet, som vi även refererat till i Läkartidningen

21/00, om att psykosomatiska samband vid bl a immunrelaterade sjukdomar nu är såväl experimentellt som epidemiologiskt belagda. Det är dags att pröva deras kliniska signifikans, dvs att göra terapiförsök.

En intressant iakttagelse har nyligen gjorts vid fibromyalgi som, jämte CFS, är en av de »nya sjukdomar» som enligt bl a Folkhälsokommittén har mycket gemensamt vad avser genes och symptomflora.

I ett psykologexamensarbete [1] där sju patienter med fibromyalgi undersöktes med djupintervjuer framkom hos samtliga att symtomen uppkommit i anslutning till psykiska konfliktsituationer. Diagnosen fibromyalgi var ställd vid smärtkliniken Kronan och därför borde det inte råda något tvivel om att den är riktig

Psykosomatisk sjukdom?

Merz anmärkning kräver att vi definierar vad vi menar med psykosomatisk sjukdom. Det betyder inte att orsaken är enbart psykisk – sådan sjukdom finns väl knappast. Det betyder bara att psykosomatiska mekanismer spelar en viktig roll i genesen och kan påverka förloppet. Vi tycker att vi lämnat tillräckliga kriterier för detta.

Avslutningsvis skriver Merz »Psyko-

terapi kan aldrig ersätta medicinsk utredning», och frågar »Vart remitterar Elander Lindberg/Lindberg sina patienter för somatisk utredning»? Svar: Alla har varit medicinskt färdigutredda – och färdigbehandlade »till vägs ände» – vid specialistklinik, i de flesta fall reumatologisk klinik och då med säker diagnos reumatoid artrit (RA).

Jämför med reumatoid artrit

CFS har minst lika starka kriterier för psykosomatiska samband som RA. RA-patienter har behandlats med psykodynamisk insiktsterapi med signifikanta och kliniskt övertygande resultat, både vad gäller fysisk förbättring, normalisering av laboratorievärden och ökad arbetsförmåga.

Vi hoppas att de/någon som har möjlighet/resurser att medverka till att motsvarande terapi prövas vid CFS besinnar sitt ansvar.

Noomi Elander Lindberg
Erik Lindberg
PsykoSoma AB, Stocksund

Referenser

1. Eroselius A, Stöfling M. En kropp som lider lever. Om hur personer med fibromyalgi kommunicerar psykisk smärta. Psykologexamensarbete. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms Universitet, höstterminen 2000.