

Varför ska jag vara medlem i Sveriges läkarförbund?

■ Frågan i rubriken har fram till idag haft ett givet svar. Jag har ett långt fackligt engagemang bakom mig med förtroendeposter såväl lokalt som centralt. Jag har säkert personligen bidragit till att åtskilliga unga läkare sökt medlemskap och engagerat sig i Läkarförbundet. Det alldeles avgörande argumentet har alltid varit: »Du står inte ensam – via Läkarförbundet får Du hjälp och stöd, inte minst juridiskt».

Mot denna bakgrund är det olustigt att läsa i LT 15/203 (sidan 1304) hur en kollega i en arbetstvist nekats juridiskt stöd från förbundet och tvingats ta hjälp privat – en tvist som kollegan vann. Här krävs en förklaring från förbundsledningen. Vad gäller? Jag har i min föreställningsvärld levt i tron att min fackliga förening ställer upp om jag hamnar i en rättslig tvist angående mina anställningsförhållanden.

Individuell löneförhandling

Det finns anledning att diskutera ytterligare aspekter på medlemskapet. Tidigare var lönefrågan ett viktigt argument men efter införandet av individuella lö-

ner har det helt bortfallit. Att man från förbundet tillhandahåller lönestatistik är sant men dessa uppgifter kan fås på annat sätt och spelar för övrigt liten roll i lönediskussionen vid nyanställning.

Förbundet som påtryckare

Förbundet som opinionsbildare och påtryckare? Ytterst tveksamt! Det finns naturligtvis ingen gemensam »läkaruppfattning«, i huvudsak handlar det om övergripande politiska frågor, som lämpar sig bäst för ett engagemang i de politiska partierna. För övrigt har jag svårt att över huvud taget se någon fråga där förbundet haft ett för medlemmarna gynnsamt inflytande, som skulle ha inneburit förbättringar avseende anställningsvillkor eller dylikt.

Den utlösande faktorn för mina frågor är den ovan relaterade händelsen med uteblivet stöd från förbundet till en medlem i en arbetstvist. Jag betalar per år nästan 4 000 kronor i olika förbundsavgifter, varav ca 1 500 går direkt till förbundet centralt. Vad får jag för dem? Man aviserar dessutom en höjning med 500 kr, ett avsevärt belopp i tider där det

knappt motsvarar en löneförhöjning på årsbasis. Det finns ett alternativ: skär i kostnaderna.

Skälen för att vara med

Medlem i en facklig förening är man, som jag ser det, av två skäl. Ett egoistiskt: jag får ut mer (i alla avseenden, inklusive lön) om vi organiserar oss och slåss tillsammans. Det andra heter solidaritet, dvs gemensamt stöder vi (alla läkare) varandra i våra gemensamma intressen.

Det förstnämnda skälet har helt fallit bort, då lönesättningen sedan mer än 10 år sker på individuell bas, och om det är bra eller dåligt för kollektivet återstår väl att se.

Återstår då solidariteten, men då krävs en lyhördhet från förbundsledning och förtroendevalda, där inte bara vackra ord utan handling behövs. Ett nej till en avgiftshöjning med 500 kr är en bra början.

Björn Öjerskog

*överläkare, kirurgiska kliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
bjornojerskog@hotmail.com*

Replik:

En enad läkarkår med hög anslutningsgrad är vårt starkaste vapen

■ Björn Öjerskog tar upp ett flertal frågor med den gemensamma nämnaren: Varför skall han vara medlem i Läkarförbundet? Det som först måste besvaras är frågan om vilka rutiner som gäller för juridisk hjälp till en enskild medlem.

Juridisk hjälp till medlemmarna

Läkarförbundets juridiska service spänner över ett brett fält som berör frågor relaterade till läkarens arbete. På förbundskansliet finns en bred juridisk kompetens som täcker områden inom arbetsrätt, diskriminering, trygghet, arbetsmiljö, skatt, arbetsskada, läkares yrkesansvar och frågor rörande privatpraktik. En medlem som vänder sig till förbundet för hjälp får alltid sin sak prövad. I det fall den juridiska bedömningen ger vid handen att grund finns för att driva frågan, biträder alltid förbundet medlemmen i dennas/dennes sak. Biträdet sker i olika former som rådgivning, förhandling eller som ombud i en process. Formen och omfattningen av biträdet avgörs i första hand av förbundets jurister utifrån juridisk vetenskap och praxis. I dialogen med medlemmen analyseras det rättsliga läget och ärendets fortsatta hantering. I de fåtal fall där en samsyn om ärendets hantering inte kan

nås avgörs frågan av förbundet, ytterst Förhandlingsdelegationen, Etik- och svarsrådet eller Centralstyrelsen. Detta kan jämföras med att det är doktorn som, utifrån medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet och efter samråd med patienten, är den som beslutar om undersökningar och behandling.

Handläggningen i det aktuella fallet kan förbundet av naturliga skäl inte kommentera mer än att det har skett på det sätt som just beskrivits.

Löneförhandlingarna

Björn Öjerskog känner också tveksamhet inför meningen att vara med i Läkarförbundet när vi nu har individuell lönesättning och var och en kan förhandla själv.

Införandet av individuell och differenterad lön, som skedde i slutet av 1980-talet, gjordes utifrån en bedömning av att läkarkåren därigenom skulle få en bättre löneutveckling än vid en helt centraliserad lönebildning. Det avgörande i analysen var att läkarkårens löneutveckling på ett positivt sätt skulle påverkas av marknadskrafterna. Det har visat sig vara en riktig bedömning.

Individuell och differenterad lön innebär inte att Läkarförbundet inte arbetar med läkarnas lönefrågor. Tvärtom

görs ett stort arbete såväl centralt som lokalt inom löneområdet. Detta kommer alla läkare till del, men det är bara förbundets medlemmar som betalar. Medlemskap i förbundet är således ytterst en fråga om man som läkare vill vara med och bidra till det arbetet eller om man vill åka snålskjuts på sina kolleger.

Det finns härutöver ett stort antal skäl att vara med i Läkarförbundet. Vi har ända sedan grundandet för hundra år sedan haft ett brett medlemsättagande mot bakgrund av att vi är ett yrkesförbund. En stor del av verksamheten, förutom all annan individuell medlemsservice såsom lönerådgivning, pensionsinformation, ansvarsfrågor och kollegialt stöd, handlar om att formulera och driva vårt arbetsmiljöarbete, centralt och lokalt.

Utbildning och fortbildning

Som professionell organisation måste vi självklart driva våra gemensamma intressen för att våra utbildnings- och fortbildningsvillkor skall vara bästa möjliga. Därför har vi t ex startat och driver såväl SPUR-verksamhet, med inspektion av ST-utbildningen, som läkarnas nya utbildningsinstitut IPULS. På det sjukvårdspolitiska området har vi under de senaste åren haft intensiv opini-

onsbildning och lobbyverksamhet för ökade resurser till hälso- och sjukvården med 30 miljarder årligen. Även om vi ännu bara delvis sett ökade resurser är vårt krav väl känt bland politiker och ingen motsäger att utökade resurser verkligen behövs.

Alternativet är nedskärningar

Inga vore mer nöjda än vi om vi fortsatt kunde klara vårt nuvarande åtagande utan den avgiftshöjning, som vi föreslår årets fullmäktige. Trots att vi redan för ett år sedan inledde besparingsåtgärder nödgas vi föreslå en avgiftshöjning, som i sig är mindre än den skattereduktion på fackföreningsavgiften som vi alla får från och med 2002, om vi inte i värsta fall skall tvingas skära i verksamheten.

En stark och enad läkarkår med hög anslutningsgrad till Läkarförbundet är alltid det starkaste vapnet när vi gemensamt, även under det kommande århundradet, formar och driver villkoren för vår yrkesutövning.

Bernhard Grewin
ordförande

Lars Andåker
VD
Sveriges läkarförbund

Om sjukskrivningen

II Kollegan Jaan O Novek beskriver primärvårdens situation på ett invändningsfritt sätt (LT 18/03, sidorna 1653-4).

Med stor respekt för andra medarbetare i vården – sjuksköterskor, sjukgymnaster, socialarbetare, försäkringskassans utredare – tror jag dock att läkarkåren i huvudsak borde förvalta strategiska befogenheter som medicinförskrivning och sjukskrivning. En dialog med patienterna är önskvärd. Ofta har patienterna större möjligheter att påverka sin egen tillvaro än patienten och läkaren själva är benägna att tro.

Ett annat skäl är att bakom en depression, utbränning eller arbetsförmåga kan en allvarlig kroppslig sjukdom ligga. Det kan rimligen inte vara fel att börja vandrigen ut ur arbetslivet hos läkaren. Ibland öppnas en möjlighet att återvända till någon annan form av arbete. Nästan ingen saknar helt arbetsförmåga.

Hur denna arbetsförmåga ska kunna tas tillvara är ett problem som läkarkåren knappast kan lösa på egen hand. Men en utvidgad samhällsdebatt kan kanske leda en bit in på bättre vägar.

Bo Norberg
internist, medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
bo.norberg@vll.se

Protonpumpshämmare och kronisk behov

II Innlegget til Norlén og Vinge [1] og Melanders kommentar [2] om protonpumpshämmere og avhengighet gledet meg veldig. I arbeidet vises det til vår påvisning av »rebound« hypersekresjon av syre etter bruk av protonpumpshæmmer [3]. Når dette problemet nå på nytt dukker opp, vil jeg gi noe bakgrunn for den studien vi gjorde den gang.

Ventrikelfysiologi og gastrin

Jeg begynte med gastroenterologi på midten av 70-tallet og startet umiddelbart med forskning relatert til ventrikelfysiologi, og spesielt hormonet gastrinrolle i denne. På midten av 80-tallet kunne vi i samarbeid med Håkan Larsson fra Hässle, vise at maksimalt histaminstimulert syresekresjon oversteg maksimalt gastrinstimulert syresekresjon i en totalt isolert, vaskulært perfunderet rotteventrikk, uten resirkulasjon og dermed uten gastrinpåvirkning [4]. Videre kunne vi vise at gastrin ikke økte maksimal histaminstimulert syresekresjon, i motsetning til en cholinerg substans som økte maksimal histaminstimulert syresekresjon [4]. Fra det tidspunkt har jeg aldri vært i tvil om at Kahlson hadde rett i at gastrin virket via stimulering av histaminfrigjøring [5] og at dette histaminet måtte komme fra en spesialisert celle, nemlig ECL-cellen beskrevet av Håkanson på slutten av 60-tallet [6]. På det tidspunkt mente de fleste at ECL-cellen bare spilte en rolle i ventrikelsekresjonsregulering hos rotte, mens det i andre species skulle være mastcellen.

ECL-cellens rolle

I ettertid er det underlig å tenke seg at mastcellen, en celle som vandrer fritt i vev uten noen bestemt relasjon hverken til parietalceller eller kapillærer, skulle ha en sentral plass i syresekresjonsreguleringen. Med andre ord, allerede på 80-tallet virket det åpenbart at Håkansons ECL-celle måtte være den cellen som produserte det histaminet som deltar i sekresjonsreguleringen, ikke bare hos rotte, men også hos andre pattedyr, inkludert menneske [7]. Hos rotte kunne vi vise at gastrin stimulerte histaminfrigjøring [8] i mengder som kunne forklare gastrins syrestimulerende effekt fullt ut [9]. Videre kunne vi vise at hypergastrinemi over en tremånedersperiode sekundært til omeprazol, hos rotte ga økt gastrinstimulert histaminfrigjøring og uten økt maksimal syreproduksjon [10].

I sistnevnte studie undersøkte vi syresekresjon med gastrinstimulering i rotteventrikkelen, tatt tre dager etter siste do-

sering med omeprazol [10]. Ut fra våre tidligere studier der vi hadde vist at maksimal histaminstimulert syresekresjon oversteg maksimal gastrinstimulert [4] og at gastrin virket via histaminfrigjøring [9], skulle man også forventet økt gastrinstimulert syresekresjon [10].

En rimelig forklaring på at man bare fikk økt stimulert histaminfrigjøring og ikke økt syresekresjon, var at omeprazol fortsatt hadde en hemmende effekt på syresekresjonen. Håkan Larsson hadde allerede vist »rebound« hypersekresjon av syre etter omeprazolbehandling av rotter og syresekresjonen bestemt etter tre til sytti dager etter seponering av omeprazol [11]. Samtidig ble det hos menneske publisert studier som viste manglende »rebound« hypersekresjon av syre etter omeprazolbehandling [12] i kontrast til histamin 2-blokkere [13].

Protonpumpshämmarna

Med bakgrunn i vår viten om regulering av syresekresjon [9], kunne jeg ikke forstå at protonpumpshämmere (PPI) ikke skulle gi »rebound« hypersekresjon av syre hos menneske siden det var velkjent at bruk av PPI også hos menneske ga ECL celle hyperplasi [14] og dermed sannsynligvis økt gastrinstimulert histaminfrigjøring [10].

Vi kom fram til at årsaken til at man ikke hadde klart å påvise »rebound« hypersekresjon etter bruk av PPI, måtte være at man hadde studert syresekresjonen på et for tidlig tidspunkt etter seponering av PPI. Med andre ord, man undersøkte syresekresjonen mens en del parietalceller fortsatt var syrehemmet. Vi la derfor opp en studie der vi inkluderte pasienter med refluks øsofagitt som ikke hadde vært behandlet med syrehemmer tidligere og lot disse gjennomgå en tremåneders konvensjonell omeprazolkur. Syresekresjonen ble undersøkt med pentagastrintest før omeprazolkur og to uker etter seponering av denne [3]. Vi fant da en betydelig »rebound« hypersekresjon som var mest uttalt hos *Helicobacter pylori* (HP) negative personer [3].

Imidlertid er det liten grunn til å tro at man ikke vil se »rebound« hypersekresjon også hos HP-positive individer. Disse har imidlertid fra før en høyere gastrinverdi [15], hvilket medfører at en ytterligere økning i gastrinpåvirkningen ikke vil medføre en like stor økning i ECL-cellepopulasjonen og dermed heller ikke så uttalt økning i gastrinstimulert histaminfrigjøring. Årsaken til dette er at konsentrasjoneresponskurven for gastrins trofiske effekt er sigmoidal