

Hanteringen av "Chronic fatigue syndrome" reflekterar läkarens "illness beliefs"

Det vore ett framsteg om alla som talade om »chronic fatigue syndrome» – på svenska kroniskt trötthetssyndrom som Evengård och Komaroff använder i sin artikel i Läkartidningen 26–27/99 – använde samma kriterier och tillämpade dem på samma sätt. Utmattningen är sjuklig och oberoende av sömnmönstret, även om de flesta patienter har en eller annan form av sömnstörning.

Vissa forskargrupper har en psykiatrisk tolkning av syndromet och har explicit velat inkludera personer med utmattningsav psykiatrisk skäl för att få psykiska mekanismer klarlagda [1], vilket man inte får på det sättet. Andra har använt Fukuda-kriterierna [2] strängt och saknar en ännu strängare definition och subgruppering av patienterna, till exempel efter »mode of onset».

»Doctors' illness beliefs» bekräftas av det stora antal psykodynamiska modeller som på olika sätt har varit förhärskande vid detta tillstånd genom historien och med patientens ålder, kön och familjesituation. Som patienterna brukar säga, »ingen har väl ont av lite terapi»; dock måste man orka gå på behandlingen. Tyvärr finns det i Skandinavien få som erkänner sjukdomens svårt invaliderande natur. Man tror att det är ofarligt att ställa krav på patienterna, underkasta dem långa, plågsamma utredningar, vaccinera dem och utsätta dem för stress och infektioner [3]. Det finns också en tendens att man vägrar ställa diagnosen på barn.

Klinisk erfarenhet från många länder erkänner behovet av ro och stöd när patienterna är utmattade under vila, och i bättre perioder stöd och en noggrant anpassad mental och fysisk aktivitet efter patienternas upplevda energinivå, restitutionstid och nedsatta simultankapacitet [4].

Forskning pågår över hela världen. Det är patienternas respons på fysiska och mentala stimuli man numera kartlägger och som visar de mest karakteristiska avvikande värdena från det normala. Om det, som jag tror, är patientens förmåga att effektivt redistribuera blod till olika organ som är nedsatt, kan kortikal »input» modifiera en sådan defekt endast under korta perioder. De flesta har dock en spontan tendens till bättring över månader och år. Bättring

ses vid högre energinivå och ökad simultankapacitet tillsammans med minskning av övriga symtom. Ett dysreglerat enzym utlöst av virusangrepp har också påvisats, och detta produceras hos patienterna under stor förbrukning av ATP [5]. Det arbetas med att utveckla ett kommersiellt tillgängligt test på detta grundlag.

Detta är ett mycket svårt, organiskt tillstånd. Patienterna behöver framför allt stöd.

Sidsel Kreyberg

patolog

Senter for epidemiologisk forskning, Universitetet i Oslo, Norge

Referenser

1. Sharpe MC, Archard LC, Bantavala JE. A report – chronic fatigue syndrome: guide-

lines for research. J Royal Soc Med 1991; 84: 118–21.

2. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. Ann Int Med 1994; 121: 953–9.

3. Kreyberg S. Et nærgående møte med kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2229–31.

4. National Health Services for people with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. Report from the National Task Force on CFS/ME, Bristol, 1998.

5. Suhadolnik RJ, Peterson DL, O'Brien K, Cheney PR, Herst CVT, Reichenbach NL et al. Biochemical evidence for a novel low molecular weight 2–5A-dependent RNase L in chronic fatigue syndrome. J Interferon Cytokine Res 1997; 17: 377–85.

Tystnaden beror på chefernas monopol på löneutvecklingen

Läkarnas brist på inflytande över sin arbetssituation som Ulf Schöldström beskriver i senaste Läkartidningen (44/99) är ett välkänt faktum för oss som arbetar ute på sjukhusen. Det mest anmärkningsvärda är den förvåning över bristen på »yttrandefrihet» som finns i ledaren. Är man verkligen på förbunds nivå så okunnig om hur verkligheten ser ut i vården? Sanningen är ju den att visst är läkarna fria att yttra sig och även kritisera, men det kostar! Orsaken är det av Läkarförbundet omhulldade systemet med individuella löner, vilka i praktiken bestäms av chefen. Det finns säkert en och annan chef som tar kritik, även av honom själv, i positiv anda, men enligt min erfarenhet är sådana helgonlika individer sällsynta! För de flesta chefer används den årliga löneutvecklingen snarare som ett instrument för belöning av lojalitet än som mått på läkarens duglighet. För läkare under utbildning är naturligtvis situationen ännu värre, de är ju helt i händerna på sina chefer vad gäller de framtida karriärmöjligheterna inom den valda specialiteten. Det är inte konstigt att det är tyst i ledet!

De reformer Schöldström föreslår är bra, men räcker inte på långt när. För ST-läkare behövs en landsomfattande specialistexamen som objektiv bekräftelse på behörighet, såsom redan finns i de flesta andra länder. Detta skulle starkt minska beroendet av chefernas välvilja. Ett gott resultat av underläkare i denna examen vore ju också en fjäder i hatten för klinikchefen! Chefernas monopol på medarbetarnas löneutveckling måste också brytas; att bara hoppas på »attitydförändringar» är nog väl optimistiskt.

Anders Sjövall

överläkare, röntgenavdelningen, Hässleholms sjukhus

Kommentar:

Ett sätt få upp lönerna

Nej, på Läkarförbundet är vi inte förvånade, vilket också sägs i ledaren. Det