

Marie har fibromyalgi – bör hon få fortsatt sjukskrivning?

När det gäller att bedöma sjukskrivning av en patient med fibromyalgi är det viktigt att beslut angående arbetsförmåga tas efter en noggrann utredning. Patienten bör bedömas på samma sätt som en patient med RA, diabetes eller MS.

I en artikel i Läkartidningen 48/2005 (sidorna 3666-74), »Inte doktors bord – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer«, ges en rapport från kursen »Allmänläkaren och sjukintyget«. Sjukdomsfallen som diskuterades delades in i olika kategorier, och fall-exempel illustrerade kategorierna. En kategori var »Sjukskrivning troligen negativ« och där finns ett fall exempel under rubriken »Diagnos som dimridå«.

Fallexemplet är Marie, som varit sjukskriven i flera år. Hennes diagnoser är fibromyalgi, depression och colon irritabile. Marie är ensamstående förälder. Varje fall är försett med ett handlingsalternativ, som i Maries fall är »att på ett nyfiken sätt klargöra sammanhang och att konfrontera patienten med frågan om vad han eller hon vill göra med sitt liv. Många gånger måste krisen lösas genom att sjukskrivningen och dess roll ifrågasätts«.

Det verkar som om författarna anser att Maries problem till största delen har psykologiska och/eller sociala orsaker. Om diagnosen fibromyalgi är riktig är detta en slutsats som kan ifrågasättas, och detta är anledningen till mitt debattinlägg.

När man beslutar om ändrad grad av sjukskrivning bör beslutet bygga på



K G HENRIKSSON

docent, f d överläkare vid smärte-kliniken och neuromuskulära enheten, Universitetssjukhuset i Linköping
karl-g@comhem.se

kunskap om den aktuella sjukdomen. Vad vet vi om fibromyalgi? Fibromyalgi förekommer i alla länder och med ungefär samma prevalens. Det finns en mycket omfattande forskning om fibromyalgi, och det är få långvariga smärttillstånd där man vet så mycket om smärtemekanismer som vid fibromyalgi [1-6].

Den viktigaste patogenetiska faktorn är en smärtöverkänslighet (allodyni/hyperalgesi) som inte är lokaliserad till ett visst område utan spridd inom alla fyra kroppskvadranterna. Central sensitisering av neuron framför allt i ryggmärgens bakhorn och en minskad inhibition av smärta är orsaken till patologisk smärtöverkänslighet. Det finns en långvarig eller permanent funktionsstörning i det nociceptiva systemet vid fibromyalgi. En sådan funktionsstörning är en sjukdom.

All smärta har tre dimensioner. Den sensoriska dimensionen är smärtans intensitet och lokalisering. Den affektiva är smärtans obehag. Den kognitiva är det hot som smärtan innebär för livskvalitet och sociala funktioner. Framför allt de affektiva och kognitiva dimensionerna påverkas av psykologiska faktorer och av personlighet. Långvarig smärta är alltid kropp och själ, och det finns alltid utöver biologiska faktorer också psykologiska och sociala.

Det finns två vägar som leder till fibromyalgi. Den första vägen börjar med lokaliserad muskelsmärta. »Smärtimpulser« som under lång tid skickas från muskler till centrala nervsystemet (CNS) kan genom neuronal plasticitet leda till förändringar av nervceller som hör till det nociceptiva systemet i CNS. Biokemin ändras, de synaptiska kontakterna förändras och funktionen påverkas etc. Man får en nervcell som är mera känslig, och en smärta som sprider sig till många lokaler. Den andra vägen är att mental och fysisk stress, som är så uttalad att man får en permanent under- eller överfunktion i stressreglerande system (HPA-axeln, det sympatiska nervsystemet), leder till allodyni/hyperalgesi.

Det viktigaste i Maries fall är att oavsett om hennes fibromyalgi utvecklades från en lokaliserad muskelsmärta eller från

uttalad stress har hennes smärta en biologisk/organisk orsak. Hon bör bemötas på samma sätt som en patient med reumatoid artrit (RA), diabetes eller multipel skleros. Hennes grundproblem är inte »att hon har det trassligt hemma«.

Marie har, om hon är som de flesta med fibromyalgi, mer eller mindre ständig smärta. Hon är sällan smärtfri. Hon sover dåligt på grund av smärta. Dålig sömn ger trötthet på dagen. Hon har en ökad muskulär uttrötthet. Depressiva symtom, oro och ångslan hör också till bilden. Långvarig smärta och smärtans konsekvenser utgör en kronisk stress. Stressrelaterade symtom är vanliga vid fibromyalgi.

När upplevelse av hälsa och livskvalitet bedöms med instrument av typ SF36 och jämförts med patienter med RA har patienter med fibromyalgi haft en mera uttalad påverkan på hälsan. Det är helt klart att fibromyalgi och dess psykosociala konsekvenser sätter ned arbetsförmågan. Tillståndet kan dock förbättras avsevärt genom olika behandlingsåtgärder. Full bot är sällsynt.

Men det finns också en annan sida när det gäller arbetsförmåga vid fibromyalgi. Vid Hälsouniversitetet i Linköping har två arbetsterapeuter disputerat på konsekvenser i dagligt liv och arbetsförmåga hos patienter med fibromyalgi [7]. Cirka hälften av patienter som sökt specialistvård är i arbete. 15 procent arbetade heltid och 35 procent deltid. Av dem som var i arbete hade 58 procent fått sin arbetssituation förändrad/anpassad. Arbetande kvinnor var signifikant mer tillfredsställda med sin situation än icke arbetande kvinnor. De patienter som arbetade hade mindre påverkan av smärta vid olika aktiviteter än patienter som inte arbetade.

Den viktigaste slutsatsen när det gäller Maries sjukskrivning är att hon borde ha rätt till hel sjukskrivning om hennes många symtom är så uttalade att det är osannolikt att hon skulle kunna yrkesarbeta. Om utredning visar att hon har en restarbetsförmåga borde hon ha rätt till arbete. För att hon skall kunna klara ett deltidsarbete kan en anpassning på arbetsplatsen vara nödvändig. Alltså inga schablonåtgärder utan i stället beslut angående arbetsförmåga efter en nog-

grann utredning. Och kom ihåg att inget är så kränkande för en patient med fibromyalgi som när hennes symtom ifrågasätts och betraktas som inbillning eller när hon får höra att fibromyalgi inte finns. Även en patient med fibromyalgi kan kräva att bli bemött och behandlad på ett sätt som överensstämmer med »vetenskap och beprövad erfarenhet«.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Bennett RM. Fibromyalgia. In: Wall P, Melzack R, editors. Textbook of pain. 4th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999. pp. 579-601.
2. Bengtsson A. The muscle in fibromyalgia. Rheumatol 2002;41:721-4.
3. Henriksson KG. Fibromyalgia – from syndrome to disease. Overview of pathogenetic mechanisms. J Rehabil Med 2003;41 Suppl:89-94.

4. Mense S. The pathogenesis of muscle pain. Pain and Headache Reports 2003;7:419-25.
5. Kosek E. Fibromyalgi – smärtmekanismer och behandling utifrån multiprofessionell smärtanalys. Svensk Rehabilitering 2004;3:12-4.
6. Wallace DJ, Clauw DJ. Fibromyalgia and other central pain syndromes. Philadelphia: Lipincott, Williams&Wilkins; 2005.
7. Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. Disabil Rehabil 2005;27:685-94.

Replik:

Är sjukskrivning en bra behandling eller ej?

I mötet med Marie handlar det alltid om att etablera en relation, intressera sig för människan och att vara öppen för om sjukskrivning är en bra behandling eller inte. Det handlar ofta om att våga benämna diskrepansen och att säga »jag tror att du har förmåga«.

De problematiska sjukskrivningsfall som läkare tog med sig till kursen »Allmänläkaren och sjukintyget« rörde nästan samtliga patienter med besvär som kunde rubriceras som antingen »värk« eller »psyk« och ofta hade patienterna båda typerna av besvär. Bara ett fåtal fallbeskrivningar handlade om patienter med t ex tumörsjukdom eller reumatoid artrit; liknande tillstånd utgjorde sällan problem i relation till sjukskrivning. Inom »psyk« handlade det oftast om stress, trötthet och depressions-tillstånd, och inom »värk« dominerade myalgi, lumbago, besvär efter whiplash-trauma och inte sällan fibromyalgi.

Vid ett flertal föreläsningar för läkare, oftast distriktsläkare och försäkringsläkare, har fallexemplen i artikeln »Inte

doktorsn bord – ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer« i LT 48/2005 använts, och de väcker alltid en hög grad av igenkännande, och det gäller inte minst Marie. I henne känner många kollegor igen en grupp patienter som sätter läkaren på prov när man upplever diskrepansen mellan det intryck patienten förmedlar och de symtom som hon presenterar.

Det handlar om patienter med stark upptagenhet av sin oförmåga, och i läkarrummet leder det till efterfrågan, ibland krav, på »diagnos som dimridå«. Vi läkare är biomedicinskt skolade och inställda på att känna igen sjukdom och oförmåga. Det kan lätt leda till medikalisering av problem i livet, patienten »får« en diagnos och därmed ett berättigande att förvänta sig behandling.

Även om K G Henriksson betraktar kriteriediagnosen fibromyalgi som en distinkt sjukdom i paritet med multipel skleros och reumatoid artrit, är verkligheten i mötet med patienten påtagligt annorlunda, vilket också återspeglas i läkarkårens ambivalenta hållning. Denna tvekan handlar naturligtvis varken om illvilja eller kunskapsbrist. Därmed inte sagt att smärtsupplevelsen är inbillad.

Upplevelsen är den enda verklighet människan har. Frågan gäller upplevelsens innebörd och därmed vilka alternativ som står till buds för den person som plågas av det tillstånd som enligt symptomklassifikationen identifieras som fibromyalgi. Sensitiseringsmekanismerna kan inte ensidigt ses som kroppsliga orsaker till smärtekänsligheten utan måste också ses som det neurofysiologiska korrelatet till upptagenheten av smärtan.

Om vi verkligen ska ta detta med kropp och själ på allvar, kan inte människans upplevelser och val reduceras till återspeglings av registrerbara förhållanden i centrala nervsystemet. Vi hän-

visar här till Jörgen Malmquists och Christer Peterssons utmärkta artikel »Psyket som försvann – eller helhetssynden som plattade till patienten« i LT 38/2005 (sidorna 2640-5).

Hur kan vi då bäst hjälpa Marie? Ibland kan ett multidisciplinärt tillvägagångssätt, där patienten upplever sig sedd och vägledad, vara en framkomlig väg, men ibland förefaller detta ytterligare befästa sjukrollen. Begreppet rehabilitering lämpar sig bäst för begränsningar i förmåga som tydligt kan härledas till funktionsinskränkningar på organnivå. Vi läkare måste lära oss att skilja sådan rehabilitering från motivationsarbete med patienter utan påtagliga funktionsinskränkningar men som inrättat sig i oförmåga.

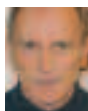
I mötet med Marie handlar det alltid om att etablera en relation, att intressera sig för människan man har framför sig, att inte ha förutfattade meningar om vilka sjukdomar som finns eller inte finns och att vara öppen för om sjukskrivning är en bra behandling eller inte. Det handlar ofta om att våga benämna diskrepansen och att säga »jag tror att du har förmåga«. Ett kränkande nej till Marie som person blir alltid fel.

Några gånger måste vi erkänna att vi kört fast, att patienten inger oss så mycket olust att vi är förverkade som terapeuter. Då är kollegialt samråd ovärderligt för att på nytt väcka läkarens intresse för patienten, alternativt att någon annan tar över.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: För ett antal av kurserna »Allmänläkaren och sjukintyget« har vi, båda författarna, erhållit ersättning från Riksförsäkringsverket eller Försäkringskassan, och i de nu pågående kurserna »Sjukskrivningens praktik« medverkar vi mot ekonomisk ersättning från Försäkringskassans huvudkontor.*



MONIKA ENGBLOM
distriktsläkare, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg
monika@engark.se



CARL EDVARD RUDEBECK
med dr, distriktsläkare, Esplanadens vårdcentral, Västervik
CarlEdvardR@ltkalmars.se