

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 utmattning av psykiskt 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 omhuldade 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

Varför väljer WHO inte det säkraste poliovaccinet?

WHO kommer sannolikt inte att nå sitt mål att utrota polion i världen till år 2000. Organisationen kunde ändå visa sin goda vilja genom att inleda det nya årtusendet med att övergå till avdödat poliovaccin, den enda säkra metoden.

Den 5 november 1998 hade SvD en intressant understreckare av Erling Norrby under rubriken »Polio är på väg att utrotas». Den satte myror i huvudet på en 81-årig fd skolsköterska, som var med den gången i januari 1964 när Medicinalstyrelsen plötsligt gjorde en helomvändning när det gällde ett tidigare beslut att införa levande virus i poliovaccinet.

Enligt Medicinalstyrelsens dåvarande instruktioner kunde levande poliovaccin endast ges till personer som med rätt intervall fått tre injektioner med avdödat vaccin. Detta skulle ge livslång immunitet. Men vem skulle ta ansvar för detta när ingen registrering fanns?

är de för studien ansvariga forskarna som är överraskade över att också läkarna drabbas av bristen på yttrandefrihet.

En annan sak är naturligtvis att man blir upprörd över att lagfästa rättigheter har så litet värde. Tanken bakom lagstiftningen är att en fri diskussion är nyttig för verksamheten, inte bara för den enskilde. Det skall inte »kosta» att säga sin mening.

Vi är tydligen överens om att läkare under utbildning måste få en starkare position. Anders Sjövalles övriga rekommendationer är däremot inte okontroversiella. Att en specialistexamen skulle vara ett hjälpmedel, anser i varje fall inte Sylf. Den individuella lönesättningen är en väg som läkarkåren har valt för att försöka få upp lönerna.

Attitydförändringar skall man inte bara hoppas på – det måste man arbeta för. Ett första steg är att tala om vad som faktiskt gäller rent juridiskt. Inom Läkarförbundet, där både chefer och »vanliga» läkare är medlemmar, finns ett naturligt forum för att föra ett kollegialt samtal om värdet av yttrandefrihet och skapa förståelse och respekt för lagens bestämmelser.

Ulf Schöldström
ledarkolumnist,
Läkartidningen

Hösten 1963 hade jag bland eleverna en nyinflyttad flicka vars föräldrar uppgav att hon fått tre injektioner mot polio när det istället gällde två tuberkulinprov och en calmettevaccination.

Vikten av en tillförlitlig registrering blev alltmer uppenbar och framgick också av den sk Göteborgsepidemin 1961 när en utlandsturist fört smittan med sig och ett hundratal personer insjuknade i polio. Alla visste att de blivit polioympade, men inte hur många gånger. Detta föranledde mig att för socialministern presentera ett förslag till ett obligatoriskt ympningsbevis, vilket dock avslogs. (Förslaget publicerades senare i Läkartidningen 46/1966. Systemet bygger på databehandling av kuponger som rivs av vid ympningstillfället.)

Den 26 oktober 1963 fick jag chansen att i radio förklara att jag under rådande förhållanden vägrade att befatta mig med polioympningen. Frågan togs upp på flera tidningars förstasidor och TV-aktuellt gjorde en intervju med mig. Medicinalstyrelsen vägrade uttala sig, men Holger Lundbäck på Statens bakteriologiska laboratorium, SBL stödde

mig och lovade att ta upp frågan med Medicinalstyrelsen.

I januari 1964 skickade Medicinalstyrelsen ut en PM, enligt vilken avdödat vaccin fortfarande skulle användas och ett ympningsbevis (»gröna kortet») infördes.

Sverige är enligt Norrbys SvD-artikel ett av få länder som använt endast avdödat poliovaccin. Norrby skriver också: »Sverige har sluppit problem med vaccinassocierade fall som tvungnet följer med användningen av levande vaccin. Det har vidare visats att fyra doser avdödat vaccin ger livslång immunitet.»

Margareta Böttiger skriver i boken »Epidemins historia och framtid» om den dåliga effekten av levande poliovirus i u-länder med höga temperaturer och att det ändå inte finns någon tanke på att införa avdödat vaccin.

Kan det bero på att det avdödade vaccinet är dyrare i framställning? I så fall är detta ännu ett exempel på att pengar värderas högre än människors liv och hälsa.

Sigrid Tallmo
fd skolsköterska, Stockholm

Kommentar:

Målet en poliofri värld

För några år sedan åt jag lunch med den då mer än 90-årige Sven Gard, den svenska virologins fader. Jag berättade att Världshälsoorganisationen planerade att globalt utrota poliomyelit. Hans kommentar blev då: Det kan man inte göra med levande vaccin. Detta är delvis sant. Det levande vaccinet bjuder många fördelar; lägre kostnad, enklare att administrera, indirekt immunisering av omgivningen m m. Det är bl a av dessa skäl som levande vacciner bäst lämpar sig för nationella immuniseringsdagar, ibland omfattande så många som 50 100 miljoner mottagare.

Då levande vaccin i en viss, om än låg, frekvens kan återfå sjukdomsframkallande förmåga måste i slutfasen av utrotningsskampanjen även nyttjas avdödat vaccin.

I USA har användningen av avdödat

vaccin gradvis återinförts i landet. Från den 1 januari 2000 kommer enbart avdödat vaccin att användas.

Som Sigrid Tallmo citerar i sitt inlägg från min artikel i SvD, även omnämnt i vår kommentar i Läkartidningen 34/99, sidorna 3502–3, har vi i Sverige en stor fördel av att ha kunnat utrota polio med användning av enbart avdödat vaccin. Många utvecklingsländer har dock inte Sveriges infrastruktur och ekonomi varför massvaccinering i dessa länder måste ske med levande vaccin.

Till sist. Den globala utrotningsskampanjen fungerar i stora delar väl. Målet – en poliofri värld – kommer att nås om än något försenat.

Erling Norrby
professor,
Stockholm