

# Syfilis och trötthetssyndrom

Artikeln »Finns det något nytt under solen?» av Birgitta Evengård (Läkartidningen 32–33/97) är huvudsakligen en lång och läsvärd recension av en medicinhistorisk bok om »franska sjukan». Evengård tar bl a upp tvisterna om sjukdomens natur och benämning. Hon skjuter sedan in ett avsnitt om nutida problem som fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom. Hon antyder (om jag förstår det korta stycket rätt) att arvet från gångna tiders tänkande hindrar dagens läkare att komma till klarhet om dessa problem och får dem att vara omotiverat skeptiska.

## Oacceptabel term

Om kroniskt trötthetssyndrom skriver Birgitta Evengård att »en del läkare» tycker att namnet har ett löjets skimmer över sig och att »myalgiskt encefalomyelitsyndrom» imponerar lite mer. Jag hör till dem som anser att termen »myalgiskt encefalomyelit» (tillägget »-syndrom» är meningslöst) inte är imponerande utan oacceptabel. Den kastades fram som ett förslag i en ledare i The Lancet 1956 och har sedan fått stor användning, ofta i form av förkortningen ME.

Några övertygande fynd till stöd för den hypotes som namnet är uttryck för har inte kommit fram under de 40 år som gått.

Läkare ur tre brittiska specialitetsföreningar publicerade i oktober 1996 en utredningsrapport (begärd av regeringen) om sjukdomen. De konkluderar bl a att det inte finns övertygande bevis för existensen av strukturella eller funktionella abnormiteter i hjärnan eller muskulaturen och att namnet myalgiskt encefalomyelit därför inte bör användas.

En av de brittiska patientföreningarna, ME Association, meddelade i januari både i The Lancet och i British Medical Journal att de numera kommit till samma åsikt om benämningen. I den nu gällande svenska klassifikationen (KSH97) finner man »Trötthetssyndrom» som en s k inkluderingsterm under begreppet »Neurastenik».

Detta begrepp anges däremot utesluta »Sjukdomskänsla och trötthet» (i kapitlet om symtom m m) och »Trötthetssyndrom efter virusinfektion», det sistnämnda med inklu-

sionstermen »Benign myalgiskt encefalomyelit». Alltså som väntat en komplex bild. Långvarig trötthet kan, betraktad som sjukdom, ha flera orsaker: psykiska eller somatiska eller kombinationer av båda. Det kommer att forskas och tvistas om detta ytterligare många år. Men lika viktigt är att långvarig trötthet kan ha existentiella orsaker, dvs vara en reaktion på svåra motgångar, konflikter och levnadskriser.

Då är den medicinska synvinkeln, med dess sjukdomsetiketter och behandlingsförsök, inte den rätta. Den aspekten saknar jag hos Evengård, som i stället beklagar att det finns läkare som ibland kan göra bedömningen att någon sjukdom inte finns.

## Kommentarer efterlyses

Birgitta Evengårds kommentarer efterlyses. Dessutom skulle hon kunna göra Läkartidningens läsare en stor tjänst genom att skriva en artikel helt ägnad kroniskt trötthetssyndrom.

Det är snart tre år sedan hon skrev om saken i Läkartidningen (1994; 91: 4001). Åtskilligt av intresse har publicerats på olika håll sedan dess, väl värt att summera och kommentera. Dessutom startade ME-mottningen (antagligen landets enda) vid Huddinge sjukhus 1992. Vid det här laget bör verksamheten där ha givit värdefulla erfarenheter av bl a gränsdragningsproblem och behandlingsresultat, kanske också observationer om tänkbar patofysiologi.

Jörgen Malmquist  
docent i medicin,  
frilansskribent,  
Höllviken

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

## Replik: Syndromet med de tusen namnen

Som Jörgen Malmquist påpekar är artikeln egentligen en recension av en medicinhistorisk bok, och reflektionen om kroniskt trötthetssyndrom är därför bara en av flera tankar om vad som formar vårt synsätt idag inom skräpet – det är ju inte ofta man får tillfälle att reflektera.

Orsaken till att jag skrev den är egentligen att jag tycker kunskap om vår historia från läkarperspektiv är illa tillgodosedd i utbildningen. Historiska kunskaper gör oss till bättre läkare. Som infektionsläkare har jag inte fått lära under min utbildning att under senare delen av 1700-talet dog 300 000 barn i Sverige i en infektionssjukdom som idag är utrotad – smittkoppor. Och en sådan kunskap måste väl anses viktig om man skall ägna ett livsverk åt bekämpande och kanske utrotande av infektionssjukdomar.

Men 15-åringar i England lär mer medicinhistoria än medicinare i Sverige.

## Ständiga omprövningar

Jag tror att vi här tappar ett viktigt perspektiv. Det är det jag försöker visa i artikeln med reflektioner om vad som kan ligga bakom en del av vad vi gör idag. Vad som är sanning idag kommer troligen ej att vara sanning i morgon – ständiga omprövningar sker. Vad kallades borreliapatienterna

innan diagnostik togs fram? Hur behandlades magsårspatenter innan man upptäckte bakterien? Vi vet nu att mikroorganismer troligen finns med i patogenesen till hjärtinfarkt. Varför skulle det inte finnas mikroorganismer med affinitet till vävnad inom CNS?

Kroniskt trötthetssyndrom kallas också tillståndet med de tusen namnen. Och inget namn är bra. Egentligen betyder det inte så mycket vilket man använder – genesen är ju okänd och det är vad jag funderar över i artikeln. Vi tror kanske mer på tillstånd med namn som speglar orsaken – och det kan vara ett historiskt arv mer än vi är medvetna om.

Som Jörgen Malmquist skriver så duger inte namnet myalgiskt encefalomyelitsyndrom då »det inte finns övertygande bevis för existensen av strukturella eller funktionella abnormiteter i hjärnan eller muskulaturen». Det är med dagens teknik, men med en annan inställning och en något mer ödmjuk attityd så skulle man kunna använda den med tanke på att den beskriver de organ som symtomen yttrar sig i. I morgon kanske metoderna finns.

## Patienterna finns

Men visst, jag håller med om att det inte finns något bra namn. Det enda jag riktigt säkert vet är att patienter med den här symtomkonstellationen finns, och att de stundtals far illa inom dagens sjukvård. Och hade vi haft en annan historia så skulle de kanske inte ha behövt göra det.

Och existentiella orsaker, livet självt slår säkert till i vissa individer på detta sätt – men det får bli en annan historia.

Birgitta Evengård  
överläkare,  
infektionskliniken,  
Huddinge sjukhus

## En abstrakt teckensträng är en bra identitet

Jag håller med Ted Goliger i Läkartidningen 37/97 om att en identitet skall vara unik och oföränderlig. En personlig förskrivarkod är även den unik och oföränderlig.

Att alla identiteter har samma format är bara ett krav från

lata programmerare. Datorn klarar alla längder och former, det tar bara litet längre tid att söka på ett långt och komplicerat format. Men med binär sökning (B-tree eller C-tree) kan det till och med ta kortare tid att söka på en lång identitet med en unik bokstavskombination än på en sifferkombination med fast längd.

Jag har inte heller föreslagit att namn skall vara identitet. Jag har hos Socialstyrelsen begärt att min personliga förskrivarkod för mig som förskrivare skall vara den abstrakta bokstavskombinationen »Björn Hammarskjöld». Detta innebär att min personliga förskrivarkod är unik, att den råkar sammanfalla med mitt namn är bara en lycklig och för mig underlättnad slump. För alla Anders Andersson går det givetvis också att finna en individuell kod.

### Skapar förvirring

En ogenomtänkt datateknik anser jag inte skall ersätta våra namn med sifferkoder, fler identitetsbegrepp än ett (som redan finns) på samma individ är slöseri med det allmännas resurser och skapar bara förvirring.

Jag håller också med Goliger att »det handlar om en markör som håller reda på vem som är vem och det finns ingenting kränkande i att den består av en abstrakt teckensekvens». Men denna abstrakta teckensekvens behöver inte begränsas till enbart (sju) siffror. Och i demokratins namn vill jag kunna välja en egen teckensekvens och inte bara bli pådyvlad en okänslig, abstrakt sifferkombination från Storebror.

*Björn Hammarskjöld*  
datorkunnig överläkare,  
Mora

## Samverkansnämndens egen(domliga) statistik!

I en artikel i Läkartidningen 32–33/97 förfasar sig samverkansnämnden för den norra sjukvårdsregionen över den framtida läkarförsörjningen i Norrland. De oroar sig för en »bekymmersam vakanssituation» och »dramatiskt» stora pensionsavgångar. För att råda bot på detta kräver de en ökning av läkarutbildningen i

## KORRESPONDENS

### Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

*Red*

Umeå till sammanlagt 150 platser/år.

Vid en närmare granskning visar det sig att samverkansnämndens argument inte är särskilt hållbara. Den påstår sig sakna 250 specialistkompetenta läkare i norra sjukvårdsregionen, varav 90 inom Umeå sjukvård (Västerbottensskuriren 8/7 -97). Vad de vakanta specialisttjänsterna inom Umeå sjukvård beträffar verkar samverkansnämnden vara bättre underlättad än ledningen för Umeå sjukvård.

**»Vad samverkansnämnden inte tar minsta hänsyn till är kvaliteten på utbildningen.»**

Några vakanta tjänster finns inte, däremot finns det idag 37 vikarierande specialister vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) som ej kan erbjudas fast tjänst! De 90 tjänster samverkansnämnden talar om är en beräkning där man utgår ifrån sjukvårdens gamla struktur och räknar fram hur många läkare man skulle ha kunnat haft i den bästa av världar.

I Läkartidningen 32–33/97 finner vi två ledigförklarade specialisttjänster och två ST-tjänster i den norra sjukvårdsregionen. Samtidigt har arbetsförmedlingen enbart registrerat en ledig fast tjänst i år för specialistkompetent läkare i norra regionen. Så mycket för

»bekymmersamma» vakanser! Samverkansnämnden borde enkelt kunna räkna ut att kostnaden för 250 läkartjänster är en bra bit över 125 miljoner kr. Detta ter sig något egendomligt när t ex enbart Umeå sjukvård sparar 130 miljoner i år och nästa år.

### Dramatiska pensionsavgångar

Vad de »dramatiska» pensionsavgångarna beträffar blir de som störst 90/år under perioden 2012–2016. Detta skall sättas i relation till antalet examinationer i Umeå som redan idag ligger mellan 100 och 110/år trots att pensionsavgångarna mellan 1997 och 2011 inte uppgår till mer än 37/år i den norra regionen.

Den framtida eventuella specialistbristen i Norrland är ett resultat av landstingens dåliga planering. Det är således en fråga om prioritering av resurser. Det som bör göras är att utöka utbildningen av specialister för att möta pensionsavgångarna under 2000-talets första decennier. En utökning av grundutbildningen är ingalunda rätt medicin. Denna tidnings läsare inser säkert problemet med att ersätta erfarna specialister med nytutexaminerade läkare.

Vad samverkansnämnden inte tar minsta hänsyn till är kvaliteten på utbildningen. NUS är Sveriges minsta regionsjukhus som dessutom tampas med stora sparkrav. Samverkansnämndens krav på att utöka läkarutbildningen i Umeå till landets näst största

ter sig i skenet av detta inte särskilt konstruktivt. Det vore önskvärt att samverkansnämnden i framtiden fäste lika stor vikt vid kvaliteten som man idag gör vid kvantiteten av läkares grundutbildning.

*Andreas Jonsson*  
utbildningssekreterare,  
Medicine studerandes  
förbund

*Adrian Elmi*  
ledamot av medicinska  
fakultetsnämnden,  
Umeå Universitet

### Replik:

## Norrland behöver ökad läkarutbildning

I sitt inlägg ifrågasätter författarna det berättigade i att öka läkarutbildningen i Umeå. Det avgörande för diskussionen är inte dagens vakanssituation utan kommande behov på grund av pensionsavgångar och personalomsättning samt att Norrlandstingen tappar läkare som flyttar söderut. Det är alltså inte bara pensionsavgångarna, vilket författarna vill göra gällande. Med tanke på att det tar 13–15 år från intag i den grundläggande läkarutbildningen till färdig specialist är det viktigt att nu planera för en grundutbildning som klarar de stora pensionsavgångarna och annan avgång inom läkarkåren en bit in på 2000-talet och som kulminerar åren efter 2010 med 1 100 läkare per år som går i pension i Sverige. Av decenniernas erfarenhet vet vi att en ny läkarbrist i landet först och värst drabbar Norrlands- och glesbygdslänen.

### Relativt stort bortfall

Under de senaste åren har de fyra landstingen i norra sjukvårdsregionen utannonserat omkring 125–130 AT-tjänster per år. Det är ett uttryck för Norrlandstingens behov av utbildade läkare. Det är mot bakgrund av AT-läkarbehovet rimligt att Umeåutbildningen utexaminerar omkring 130 läkare per år inför de stora pensionsavgångarna på 2000-talet. Samverkansnämnden ställer inte krav i form av intagningsplatser. Det viktigaste för oss är att tillräckligt många utexamineras. Ett stort problem hittills har varit det relativt stora bortfallet under studietiden.

Samverkansnämnden anser ►