

terna på mycket lång sikt är i hög grad okända.

Ett problem härvidlag är att det kommer att bli mycket svårt att få sådan information, och vi kommer att behöva ta ställning till behandling utan denna vetenskap. Ett påbörjat initiativ med ett nationellt MS-register, där bl a immunmodulerande behandling bokförs, kan bidra med information i detta långa perspektiv.

Tidiga tecken på MS

Som påpekas i artikeln kan man efter ett första neuroinflammatoriskt skov eller s k clinically isolated syndrome (CIS) med likvorundersökning och magnetkameraundersökning bedöma risken för framtida utveckling av MS enligt nuvarande kriterier. Risken är sålunda mycket hög om man har tecken till MS i dessa undersökningar, medan den är mycket låg om förändringar saknas.

Det börjar också stå klart att många magnetkameralesioner, mer än åtta, predicerar snar utveckling av kliniskt definitiv MS och ett allvarligare förlopp. Jag tror att det kommer att bli okontroversiellt att behandla dessa patienter med immunmodulerande terapi.

Betydande gråzon

Kvar finns emellertid en betydande gråzon av patienter med CIS, med färre MRI-lesioner eller utan MRI-lesioner och endast oligoklonala band i likvor.

Vidare finns studier som visat att vissa former av kliniska skov, t ex med rent sensoriska bortfall, medför genomsnittstid till nästa skov om ett 20-tal år. Man kan alltså fråga sig om värdet av immunmodulerande terapi under 10 à 20 år till en sådan grupp patienter.

Noggrann utredning vid första skovet

Min uppfattning, precis som artikelförfattarens, är att patienter med ett första neuroinflammatoriskt skov noggrant bör utredas neurologiskt med såväl magnetkamera som likvorundersökning.

Patienter med risk för MS bör få behandling om det finns vad vi idag vet är prognostiskt ogynnsamma tecken, såsom multifokalitet, motoriska symtom och/ eller många magnetkameraförändringar. För övriga är det svårt att i nuläget tvärsäkert yttra sig om behandlingsindikationen. Ett fortsatt vetenskapligt arbete där man söker bättre prognostiska markörer är angeläget.

Följ kognitiv funktionsnedsättning

Det är också viktigt att lyfta fram, mäta och följa tidigare mindre uppmärksammade yttringar av MS såsom kognitiv funktionsnedsättning och trötthet. Omkring 50 procent av personer med

MS drabbas av detta, och graden av kognitiv funktionsnedsättning korrelerar i början av sjukdomsförloppet mycket dåligt till graden av uppenbara neurologiska funktionshinder, såsom pareser etc. Sådan funktionsnedsättning kan ibland hos patienter ge upphov till mobbning på arbetsplats, avskedande, missförståelse från försäkringskassa etc.

Uppmuntrar aktivt omhändertagande

Jag vill alltså uppmuntra till ett aktivt omhändertagande av dessa tidiga patienter samt noggrann monitorering med jämna intervall vare sig de behandlas eller inte. Det finns också belägg för att tidig kognitiv funktionsrubbing är prognostiskt ogynnsam och detta bör vägas in i ställningstagandet till behandling.

Jag håller i alla stycken med artikelförfattaren att en öppen attityd angående diagnos och diagnosalternativ är viktigt, även tidigt i förloppet. Nutidens patienter är ofta väl pålästa och medvetna om risken för MS. Det är också i mitt tycke omöjligt att genomföra en rad laboratorieundersökningar, såsom likvorundersökning och magnetkameraundersökning, utan att informera om varför dessa undersökningar görs.

Immunmodulerande behandling

Många av dessa patienter, de med prognostiskt ogynnsamma symtom samt rikhaltigt med MRT-förändringar, kommer sannolikt ganska snart också att kunna erbjudas immunmodulerande behandling.

För övriga patienter är det viktigt att vara väl informerad om sjukdomen, erbjudas regelbunden uppföljning samt nya terapiöverväganden vid eventuell förändring i sjukdomsförloppet.

Detta är också viktigt för att patienten inte skall hamna fel i sjukvårdsapparaten vid nya symtom, särskilt sådana som man kanske inte omedelbart förknippar med MS, såsom trötthet, depression och kognitiv funktionsrubbing. •

Läkarassisterad död

■ Läkartidningen tar i 3/01 på ledarplats upp frågan om dödshjälp. Ett system liknande det holländska kommer förr eller senare att införas i Sverige – det är jag övertygad om. Bakom den övertygelsen ligger bl a minnet av abortdebatten på fyrtio- och femtiotalen. Den blev ju nyanserad till slut, och det kommer även denna debatt att bli, förhoppningsvis.

Mänsklig rätt bestämma över sin död

Att bestämma över sitt liv är en mänsklig rättighet – varför skulle man inte få bestämma över sin död? Jag inser att det holländska systemet inte bara kan översättas rätt av till svenska förhållanden. Holland har en gammal tradition av familjeläkare, och har rättsmedicinska tillsynsläkare, till och med jourhavande sådana. De har numera en utbildning i läkarassisterad död, inte minst i hur man bemöter anhöriga och sjukvårdspersonal.

Vi har mycket att lära av holländarna. Men låt oss då göra det. Låt oss få frågan prövad i en parlamentarisk-medicinsk utredning, på övligt svenskt demokratiskt manér! Och låt oss respektera de människor som i s k livstestamenten undanber sig livsuppehållande åtgärder om de blir hjälplöst skadade eller sjuka.

Ricardo Edström
med dr, Stockholm

Honungsburkar och UVI-diagnostik – kvalitetsarbete i uppförsbacke

■ I tidskriften Apoteket, nr 5 2000, en kundtidning för apotekens kunder, med som man får hoppas ambitionen att informera apotekens kunder om bra sätt att förhålla sig till läkemedel, står att läsa goda råd om urinvägsinfektioner.

I faktarutan »Så lämnar du urinprov« meddelas bland annat: »Använd en burk av glas eller koktålig plast med lock. Burken ska helst kokas ur eller sköljas med kokhett vatten och lufttorkas«.

Här spolieras årtionden av enträget kvalitetsarbete utfört av de laboratorieinstruktörer som undervisar i konsten att minimera preanalytiska variabler i kliniskt bakteriologisk diagnostik!

Det är ju ganska självklart att patienterna skall erhålla adekvat provtagningsmaterial från sin läkare så att man slipper de stora felkällor som till exempel en ur-