

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 mobbnings 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 funktionsrubbnings är prognostiskt ogynnsamt 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 funktionsrubbnings. •

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-

kokt honungsburk med ett ej urkokt smutsigt lock innebär [1].

Att informera på ett bra och enkelt sätt om hur man går tillväga för att kontrollera så många felkällor som möjligt i klinisk laboratoriediagnostik är en grannliga uppgift som Apoteket misslyckats med eftersom journalisten, uppenbarligen i sin iver att vara verklighetsnära, inte förstätt vilka problem den aktuella skrivningen ger upphov till.

Synd att Apoteket skall bidra till att kvalitetsarbetet skall behöva bedrivas i uppförbacke.

Urban Forsum

professor i klinisk mikrobiologi,
överläkare, avdelningen för klinisk
mikrobiologi, Universitetssjukhuset,
Linköping

Referens

1. Hallander H et al. Referensmetodik för laboratoriediagnostik vid kliniskt bakteriologiska laboratorier. I Infektionsdiagnostik. I 5 Urinvägsdiagnostik/bakteriuri. Andra upplagan, 2000. SMI tryck 129-2000. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 2000.

Replik:

Missförstånd som ska rättas till

II Tidningen Apoteket är med sina 525 000 exemplar fem gånger om året en uppskattad källa till kunskap och information om hälsa och sjukdom sedan mer än 20 år tillbaka. Det visar en läsundersökning.

Artiklarna i tidningen är skrivna av erfarna medicinska journalister och faktagranskade. Tyvärr tycks det ha skett ett missförstånd med rutan »Så lämnar du urinprov« som Urban Forsum invänder emot. Vi beklagar det. Dock ska ingen skugga falla över journalisten.

Syftet var att underlätta för patienten

Syftet var att på ett enkelt sätt informera om hur man tar urinprov. Det bästa är givetvis om patienten får ett kärl från vårdcentralen eller apoteket och noggranna instruktioner om hur provet bör tas. Men ibland kan det vara opraktiskt för patienten att behöva besöka vårdcentralen en extra gång för att hämta provtagningskärl. Detta var syftet med vår lilla faktaruta. Några gamla honungsburkar har vi aldrig rekommenderat!

Det är tråkigt om vi medverkat till att något urinprov blir oanvändbart. Det var givetvis inte vår avsikt. Vi kommer att ta in en rättelse i tidningen.

Lena Boija

chefredaktör, Tidningen Apoteket

På spaning efter ett skop – för oss andra

II I den alltmer teknologiserade medicinen har skopet, i alla dess olika utformningar, kommit att få ett högt symbolvärde för den utmärkta specialisten.

Kläderna gör mannen, men skopet gör specialistläkaren – den som med sitt fantastiska instrument kan se djupare in i kroppens fördolda och avslöja dess dunkla hemligheter.

Så har t ex specialisten på övre mag-tarmkanalens kirurgiska sjukdomar sitt gastroskop till hands, medan specialisten på mag-tarmkanalens nedre sjukdomar kan välja mellan det långa och slingriga koloskopet eller det mera korta och raka men all dagliga proktoskopet.

Ja, så kan man räkna upp lungmedicinaren med pleuroskopet, gynekologen med laparoskopet, ortopederna med artroskopet, osv i en hur lång rad som helst.

De skoplösa läkarnas svåra situation

Men så finns de skoplösa läkarna. Ja, de kanske har stetoskop, men det hänger ju varenda sjuksköterska runt halsen nuförtiden, och otoskopen och oftalmoskoperna på distriktsläkarmottagningen imponerar föga i sin litenhet och korta användningsstund. Helst skall ju skopets avbildning också kunna visas på en TV-skärm för patienten, så att skopisten kan lägga ut texten om skopifynden »live«.

Nej, de skoplösa (men inte hopplösa) läkarna utan det emblematiske skopet som utmärker dem som just utmärkta läkare, de står sig slätt, ungefär som en

svanslös katt i Gösta Knutssons sago-värld. Jag tänker då främst på psykiaternerna, allmänmedicinarna och geriatrikerna. Vilket emblem kan de finna som annonserar deras förträfflighet?

Om de nu är förträffliga alls förstås. Det finns faktiskt de som ifrågasätter det. På en internationell konferens om kvalitet i hälso- och sjukvården för något år sedan avlyssnade jag i en paus två sjukhusdirektörer från den anglosaxiska världen utbyta tankar om geriatriken.

Den ena sa till den andra att han först helt nyligen insett att geriatriken var väl så intellektuellt krävande som internmedicinen. Äntligen en upplyst människa, tänkte jag, och höll nära på att göra något så omanligt och osvenskt som att falla honom om halsen.

En fråga för Konstfack?

Men hur skall vi synliggöra denna sanning i en tydlig symbol, ett emblem för den integrerade sociopsykomedicinens komplexitet? Ett emblem som väcker respekt, som talar om det djupseende med panoramavidd som vi kallar helhetssyn (detta förfärliga missbrukade ord).

Kan någon inom den medicinska världen konstruera ett sådant emblem? Eller skall vi gå till Konstfack och be sektionen för industriell design om hjälp? Vad säger Sveriges läkare?

Göran Selander

geriatriker, Täby
goran.selander@nvso.sll.se

En officer och klinikchef

II Landstingsvärlden nr 1/2001 pryds på omslaget av en civilklädd major och rubriken »En officer och klinikchef«. Ingressen väcks. Man kan i tidningen läsa vidare om yrkesofficern från det nedlagda Dalaregementet som nu är klinikchef vid kliniken för geriatrik och rehabiliteringsmedicin vid Falu lasarett.

»Inne och tummar på tabubelagt område«

I artikeln beskrivs hur positivt det är med en handlingskraftig klinikchef. En administrativ chef vid sjukhuset intervjuas. Han var med om att rekrytera majoren och säger att man är »inne och tummar på ett tabubelagt område« när man rekryterar en icke-läkare som klinikchef, men detta uppvägs mer än väl av att »killarna från försvaret har en gedigen ledarutbildning och det är viktigare«.

Jag är uppvuxen i en familj med mycket positiv inställning till försvarsmakten. Min far var officer. Jag har själv

under min militärtjänstgöring arbetat som läkare i olika funktioner i försvaret och har stor respekt för officerens yrkeskunskap.

Läkare som bataljonschef?

Men jag har mycket svårt att inse det kloka i att sätta en officer utan någon kunskap om sjukvård som klinikchef. Det är väl ungefär lika tokigt som att sätta en läkare som bataljonschef på ett infanteriregemente. Eller har »killarna från sjukhuset« en så gedigen sjukvårdsutbildning att det uppväger avsaknaden av militär kompetens?

Lars Stenhammar

docent, överläkare, Norrköping

Rättelse: I Hasse Jansohns inlägg i LT 3/01, sidan 220, förekom en term, som stavas cheilopalatoschisis, inget annat. red