

Sjukgymnastik bra efter knäplastik

BMJ Patienter som genomgår knäplastik till följd av osteoporos har, i alla fall på kort sikt, nytta av sjukgymnastik. Det visar en metaanalys som presenteras i BMJ.

Studien är en sammanslagning av sex studier, som sammanlagt omfattar 614 patienter som genomgick elektiv knäplastik till följd av osteoporos. Effektmått var bl a rörelseomfång och stabilitet i knäleden samt livskvalitet. Dessa faktorer utvärderades efter en initial period på tre till fyra månader efter opera-

tionen och ett år senare. Sammantaget visar studierna på en låg till måttlig gynnsam effekt av sjukgymnastik på knäledens funktion och livskvaliteten tre till fyra månader efter operationen.

Effekten av sjukgymnastik tenderade dock att klinga av. Vid undersökningen ett år efter operationen fanns i princip ingen skillnad i någon effektparameter mellan sjukgymnastbehandlade patienter och patienter som inte fått sjukgymnastik.

Värt att notera är att studierna skilde sig åt ordentligt avseende resultat: Vissa

studier noterade ingen effekt vad gäller vare sig livskvalitet eller knäfunktion överhuvudtaget, medan andra noterade en markant skillnad grupperna emellan.

Författarna betonar svårigheterna i att genomföra metaanalyser kring studier av effekt av sjukgymnastik och skriver att de anser att studieupplägget av sådana studier ofta är otillfredsställande.

Anders Hansen
läkare, frilansjournalist

BMJ. doi: 10.1136/bmj.39311.460093.BE

Förslag om läkemedelsprövning på dödssjuka upprör

Ett förslag från den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA har väckt debatt. Myndigheten föreslår att läkemedelskandidater som genomgått prövningar i klinisk fas I (mindre studie på friska, vilken normalt främst har till syfte att hitta eventuella biverkningar) ska få ges till terminalt sjuka patienter. Förslaget, som alltså innebär att preparat i klinisk fas II eller III ska få användas av dödssjuka, har kritiserats, och det kan framgent bli aktuellt för USAs högsta domstol att ta ställning i frågan.

BMJ har låtit debattörer för och emot förslaget presentera sina argument. Ett av nej-sidans främsta argument är att läkemedelsprövning på dödssjuka ger patienterna falskt hopp. Dessutom finns risken att ett sådant system utnyttjas av forskare, från såväl industrin som akademien, som genom att tillskriva de egna substanserna överdrivna förväntningar söker forskningsmedel och finansiering.

I förlängningen riskerar detta att leda till en urholkning av systemet med kliniska prövningar och skada läkemedelsforskningens anseende, skriver en förespråkare för nej-sidan vidare.

Ja-sidans debattör lyfter å sin sida fram som ett tungt vägande argument för att tillåta läkemedelsprövningen att dödssjuka människor i ett fritt samhälle ska ha samma rättigheter som alla andra att välja vilka risker de vill ta.

Patienterna ska ha möjlighet att själva ta ställning till de risker och möjligheter som är förknippade med att de ingår i en läkemedelsprövning, där utgången är osäker och där det finns en risk att preparatet faktiskt försämrar tillståndet och påskyndar sjukdomsförloppet ytterligare. Det faktum att de idag inte har det

valet, och alltså inte kan få ta del av nya lovande substanser, innebär att människorna vägras en sista chans till bot eller behandling. Ett system där läkemedelsprövningar tillåts på dödssjuka människor kommer dessutom att leda till att forskningen påskyndas, vilket är till gagn för alla, anser ja-anhängaren.

Att frågan är både komplex och kontroversiell är uppenbart, och debatten lär med all säkerhet fortsätta under hösten såväl hos oss som på den motsatta sidan av Atlanten.

Anders Hansen
läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2007;335:478-9.

KOMMENTAR

Ska terminalt sjuka människor få prova oprövade läkemedel? Omedelbart tycks hela frågeställningen absurd och påminner om gamla forskningsetiska skandaler, där man genomförde experiment på terminalt sjuka patienter; helt i strid med strävandet att skydda redan utsatta patientgrupper från att bli exploaterade.

Men om det betonas att initiativet kommer från patienten och inte från sjukvården, forskarna eller läkemedelsindustrin, är svaret kanske inte så självklart.

Hur skulle man se på något sådant i Sverige? Om vi går tillbaka till slutet av 1980-talet, då man höll på att utvärdera alternativmedicinska teknologier i Sverige, var frågan om man skulle låta patienter själv avgöra om de ville söka alternativmedicinsk eller »skolmedicinsk«
vård.

Då resonerade man på följande sätt: Om en frisk människa ska ha lov att sätta sin hälsa på spel i samband med livsfarliga sportutövningar, som exempelvis bergsklättring och bilsport, bör beslutskapla sjuka människor också ha rätt att välja i bästa fall verkningslösa eller rent av potentiellt farliga alternativmedicinska behandlingar. Om patienten har stora förväntningar om att sådan behandling ska hjälpa så är det patientens rätt att få leva med sina förhoppningar även om de kan vara falska.

I analogi med detta resonemang skulle man alltså kunna säga att en terminalt sjuk patient på eget initiativ skulle kunna få prova icke-godkända läkemedel. Patienten har ju inte så mycket att förlora, även om behandlingen skulle påskynda döendet.

Det finns dock tre aspekter som måste beaktas.

- Kan man vara säker på att sådan behandling sker på patientens initiativ och inte på initiativ av en ivrig forskare eller andra med god övertalningsförmåga?
- Hur ska man hantera situationer där sådan behandling leder till ett ökat lidande för patienten?
- Är läkemedelsindustrin beredd att leverera sådana medel på dessa villkor?

Innan man är säker på tydliga svar på dessa frågor kan man knappast tänka sig att förfarandet skulle vara acceptabelt i Sverige.

Niels Lynöe
Rurik Löfmark
båda Centrum för bioetik,
Karolinska institutet,
Stockholm