

Klinisk etik utan klinikkontakt

Två amerikanska bioetiker framför i *Archives of Internal Medicine* [1] att patienter som förlorat beslutskapacitet och inte skrivit behandlingsdirektiv utgör ett problem för läkare. Där domstolar, patientombud och kommittéer, enligt författarna, inte ger tillräckligt skydd för beslutsoförmögna tänker man sig att en befolkningsbaserad behandlingsindikator i datoriserad form skulle vara till gagn. Den enskildes behandlingsönskemål skulle man få fram genom inmatning av uppgifter såsom ålder, kön, religion och sjukhistoria. De anger att studier av specialgrupper behövs och nämner där hemlösa, som de funnit uppgifter om önskar en mer kraftfull behandling än andra. Man tänker sig att behandlingsindikatorn kan få tilltagande träffsäkerhet genom forskning.

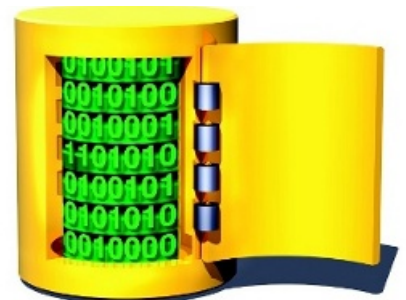
Ett exempel på tänkt användning ges: En läkare ställs inför valet om han/hon skall intubera en 80-årig dement man som utvecklats respiratorisk insufficiens. Om man saknar kunskap om den sjukas preferenser ska man i behandlingsindikatorn inhämta vad andra med den sjukas karakteristika skulle välja. Om det framkommer att de flesta i hans grupp önskar intubation ska sådan utföras.

Läkare anses kunna göra felaktiga be-

dömningar på grund av tvärsäkerhet och projektion av egna preferenser. Anhörigas bedömningar problematiseras däremot inte i texten, trots att en av artiklarna man refererar till visar att närmaste anhöriga överskattar den sjukas önskan om hjärtåterupplivning [2].

Både i denna artikel och i artiklar i referenslistan rör man sig utanför den kliniska verkligheten. Den här nämnde demente 80-åringen med respiratorisk insufficiens kopplas inte till respirator, för i vården finns kunskap om vad respiratorbehandling innebär och vilka resurser som står till buds. Det är att önska att tid och kontakt tillåter patienter och läkare att ta upp frågor om aktivitetsgrad vid försämring.

Vården går dock inte att jämföra med en butik, där man kan beställa vad som helst. Om idén att bygga upp en databas med uppgifter beträffande specialgruppers aktivitetspreferenser förts fram av läkare hade den med all rätt ansetts vittna om en torftig människosyn. Cynismen i att studera hemlösas vårdpreferenser är påtaglig. Det måste vara ett större problem för en doktor att tvingas använda den skisserade datorrekommendationen än att diskutera i vårdlaget och därefter handlägga enligt god medi-



Medicinetiken har hamnat på avvägar då bioetiker föreslår att en databas ska vägleda läkare rörande beslutsoförmögna patienter.

Foto: SPL/IBL

cinsk praxis. I artikeln »How medicine saved the life of ethics« beskrev filosofen Stephen Toulmin 1986 [3] hur en stelnad filosofisk etik fick nytt liv av medicinens praktiska problem. Nu har medicinetiken, som många hoppades skulle bli en praktisk hjälp i många fall, hamnat på avvägar.

Reet Arnan

f d överläkare i internmedicin, Uppsala

1. Varma S, et al. Medical decision making for patients without surrogates. *Arch Intern Med.* 2007;167:1711-5.
2. Uhlmann RF, et al. Physicians' and spouses' predictions of elderly patients' resuscitation preferences. *J Gerontol.* 1988;43:M115-21.
3. Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. In: DeMarco J P, Fox R M, editors. *New directions in ethics: The challenge of applied ethics.* New York: Routledge & Kegan Paul; 1986. p. 265-81.

Träningsvärk minskar inte genom stretchning

I en nyligen utkommen Cochraneöversikt har en metaanalys visat att det saknas bevis för att stretchning hos unga, friska individer skulle vara en bra metod för att förebygga träningsvärk. Resultaten visade också att det inte hade någon betydelse för smärtintensiteten om stretchningen utfördes före eller efter avslutad aktivitet.

Genomgången baserades på studier som alla ansågs uppfylla kriterier för att betraktas som kvalitetsmässigt hållbara. Smärtan mättes genomgående med visuell analog skala (VAS), vilket möjliggjorde en metaanalys med följande evidensvärdering: I nio av de tio studierna genomfördes både interventionen och stretchningen under kontrollerade former i laboratoriemiljö. Positivt med laboratoriemiljön var att man kunde kontrollera stretchningens utförande. Man kan ha invändningar mot det specifika sättet att åstadkomma träningsvärk, som kanske inte är helt överförbart till praktisk verklighet. Den stretchning som används i olika sammanhang sägs



Mer evidens behövs inte, konstaterar Cochrane: Stretchning har ingen effekt på träningsvärk.

Foto: IBL

kunna förebygga bl a skador, minska smärta och öka rörlighet. På 1960- och 1970-talen fanns uppfattningen att muskelsmärta berodde på muskelspasm, och stretchning användes då i tron att man kunde minska och förhindra träningsvärk. Det visade sig vara en felaktig teori.

Senare forskning har visat att extrem förlängning av sarkomererna i muskelfibern kan orsaka smärta/träningsvärk. Om detta är fallet skulle stretchning i syfte att öka antalet sarkomerer i mus-

kelfibern eller åstadkomma en förlängning och anpassning av senstrukturer vara gynnsamt enbart hos personer med mycket strama muskler. Stretchning skulle då behöva upprepas under månader till flera år.

Slutsatsen är att stretchning inte förhindrar eller lindrar träningsvärk. Ytterligare studier för att förstärka evidensen anser författarna inte vara nödvändigt. Det är dock viktigt att påpeka att litteraturgranskningen inte belyser stretchningens betydelse för att förebygga skada, för att utföra rörelser eller för att åstadkomma välbefinnande.

Britta Lindström
docent

Gunnevi Sundelin

professor; båda institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Sjukgymnastik, Umeå universitet

Herbert RD, et al. Stretching to prevent or reduce muscle soreness after exercise [review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD004577.