

Manual för smärtkliniker

Simon J Dolin, Nicholas L Padfield, Jane A Pateman. **Pain clinic manual.** 310 sidor. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996. Pris £ 30. ISBN 0-7506-2036-6.

Recensent: biträdande överläkare Malcolm Puke, smärtsektionen, anestesi- och intensivvårdskliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Boken riktar sig främst till anestesiloger under utbildning och till yngre doktorer och sjuksköterskor som arbetar med kronisk smärta. Syftet är enligt redaktörerna att ge en god bakgrund till smärtans uppkomst. Läsaren får en ovärderlig hjälp med diagnostik samtidigt som boken lämnar flera olika terapeutiska valmöjligheter för att lindra kronisk smärta.

Redaktörerna har lagt ner stor möda på att erbjuda en lättläst stil och enhetlig struktur i texten. Boken inleds med en redovisning av hur redaktörerna anser att en smärtklinik skall vara uppbyggd och organiserad. Ett kapitel ägnas åt smärtpatienten i epidemiologiskt hänseende.

Vidare behandlas hur man skall kunna mäta smärta med olika instrumentella verktyg. Bokens huvuddel består av en genomgång av olika symptomrelaterade och diagnosrelaterade smärttillstånd. Tonvikten i boken ligger på rörelseapparatens smärttillstånd, men även neurologiska tillstånd som sympatisk reflexdystrofi och ärrsmärta, trigeminusneuralgi och fantomsmärta avhandlas separat. Stor vikt läggs vid olika behandlingsalternativ som oftast är beskrivna i korta punkter. Avsnittet som behandlar cancerpatienter och andra med malignitet jämförbara smärttillstånd, t ex HIV, är alltför kortfattat. Spinal smärtlindring är dock relativt utförligt beskrivet.

Faktaluckor i komprimerad text

Till bokens styrka hör att den är aktuell och att det teoretiska budskapet är väl underbyggt, ofta med en kort smärtfysiologisk bakgrund. Till varje kapitel finns också en referenslista relaterad till just den diagnosen eller det symtomet som har avhandlats i det aktuella kapitlet.

Innehållet är dock starkt

NYA BÖCKER

komprimerat och torde vara svårt att läsa för den som inte är insatt i ämnet. Man får inte heller någon vägledning i smärtanalys för att klargöra det biologiska underlaget för patientens smärta. Vidare saknas ett avsnitt om farmakologiska testmetoder, t ex opiattest som idag av många kliniker anses vara en viktig del vid bedömning av kroniska smärttillstånd.

Den allvarligaste invändningen mot denna bok är dock att författarna anger smärtbehandling som är relaterad till symptom eller diagnos och inte till smärtfysiologisk orsak. Detta är inte i överensstämmelse med IASPs (International Association for the Study of Pain) rekommendationer. •

Sociala ojämlikheter påverkar hälsan

R G Wilkinson. **Unhealthy societies: the afflictions of inequality.** 255 sidor. London: Routledge, 1996. Pris £ 14. ISBN 0-415-09235-3.

Recensent: fil dr Gerhard Andersson, institutionen för psykologi, Uppsala universitet.

Boken »Unhealthy societies: the afflictions of inequality» sammanställer forskning kring hälsa och sociala ojämlikheter, och resultatet kommer säkerligen att förvåna många. I västvärlden är det inte de rika länderna som har bäst hälsa utan snarare de med små inkomstskillnader mellan fattig och rik. Ojämlikhet och relativ fattigdom har konkreta effekter i det att de ökar mortaliteten. Detta gäller inte bara på det sätt att äldre människor lever några år färre; snarare är det så att fler yngre människor dör i förtid bl a genom spädbarnsdödlighet. Boken sammanfattar studier som publicerats i bl a British Medical Journal.

Wilkinson sammanställer på ett övertygande sätt den forskning som gjorts samt söker finna förklaringsmodeller för detta fenomen som nu, enligt författaren, har replikerats i flera kulturer och av flera fors-

kargrupper oberoende av varandra. Han använder exempel och data från USA, Storbritannien, Japan, Östeuropa och Skandinavien. Svaret han finner är att jämlika samhällen (som sålunda har bättre hälsa) är mer sammanhållna socialt sett. Sociala ojämlikheter försämrar inte bara hälsan utan påverkar även brottslighet samt samhällets konkurrenskraft.

Sociala dödsorsaker

Mycket av nutida medicinsk epidemiologisk forskning ägnas åt att finna riskfaktorer för t ex kardiovaskulär sjukdom. Dessa riskfaktorer är ofta av både medicinsk (t ex effekter av rökning) och psykologisk (t ex stressbeteende) karaktär. Tyvärr kan inte riskfaktorer som rökning, motion och diet förklara skillnader i hälsa mellan samhällen, menar Wilkinson. Inte heller kan tillgång till sjukvård eller genetiska faktorer förklara skillnaderna när jämförelser mellan länder görs.

Vad Wilkinson är noga med att påpeka är att vi har att göra med länder som kommit över en viss välfärdströskel där de grundläggande materiella behoven tillfredsställts (t ex tillgång på vatten och kontroll av infektionssjukdomar). Vad som tycks vara viktigt för hälsan så snart denna gräns passerats är inte materiell standard utan snarare relativa skillnader i t ex inkomst. Även om sjukdomar som de kardiovaskulära, astma, cancer osv är relaterade till inkomstskillnader är sambandet ännu starkare vad gäller sociala dödsorsaker t ex alkoholrelaterade, mord och olyckor.

Inkomstskillnad en riskfaktor

Vad som länge varit känt är att psykosociala stressorer påverkar sjukdom. Det är först på senare år dessa faktorer har lyfts upp på en politisk nivå. Wilkinson drar en intressant parallell till studier av babianer där stressfulla sociala hierarkier leder till försämrad hälsa hos djuren. Han refererar även till en annan intressant studie av nunnor i kloster, där man fann att den förväntade stegringen av blodtrycket i samband med stigande ålder inte infann sig, vilket inträffade hos den matchade kontrollgruppen.

Parallellen till oss människor blir än viktigare då Wilkinson refererar till data kring livskvalitet. Denna försämringsklart av olikheter i samhället och tycks inte förbättras nämnvärt av ökade sjukvårdskostnader. Behöver vi inte inkomstskillnader för att uppnå och upprätthålla välstånd? Nej, menar Wilkinson och hänvisar till resultat som visar att mindre inkomstskillnader sannolikt ökar konkurrenskraften. Japans framgångar efter andra världskriget är ett exempel. Japan karaktäriseras för övrigt av små relativa inkomstskillnader och ligger tillsammans med de skandinaviska länderna högt vad gäller förväntad livslängd. Effekten av relativa inkomstskillnader har även påvisats inom länder, vilket bl a har visats i jämförelser mellan olika stater i USA. I en engelsk studie, den s k Whitehall-studien, fann man att statsanställda med en lägre position (junior grade) löpte fyra gånger så stor risk att dö i hjärtinfarkt än kolleger med högre status (senior); detta gällde även om man kontrollerade för åldersfaktorn. Wilkinson beskriver även den försämrade hälsa som kommit med att östländerna har fått ökade inkomstskillnader i samband med kommunismens fall.

Sverige ligger bra till

På flera ställen i boken förekommer siffror från studier där Sverige jämförs med andra länder, och jämförelserna är i många avseenden smickrande för Sveriges del. Ett exempel är att skillnader mellan socialgrupper inte påverkar spädbarnsdödligheten i någon större utsträckning i Sverige, men motsvarande siffror från England/Wales visar en markant ökning i de lägre socialgrupperna. Dessutom har även de högre socialgrupperna där större spädbarnsdödlighet än Sverige. Viktigt är dock att påpeka att dessa data är insamlade före de förändringar som inträffat under senare år i Sverige vad gäller t ex arbetslöshet.

Hur kan social sammanhållning uppnås? Jämförelser mellan Sverige och Japan visar att Sverige lägger ned stora resurser på sociala kostnader medan Japan ligger bland de lägsta av OECD-länderna. Det tycks således inte räcka med att ge större resurser åt de fattiga, det är de relativa skillnaderna som måste minska, menar författaren. I det avslutande kapitlet gör Wilkinson oss uppmärksamma på att det inte är rikedom som ökar jämlikheten i ett