Ansiktsuttrycket »talar« vid analys av smärtbeteende

Smärtbeteendet, dvs hur patienter uttrycker att de känner smärta, kan ge information om smärtans existens, intensitet, orsak och faktorer medförande ökad risk för långvarig smärta. Metoder, som tidigare utvecklats för att bedöma smärtbeteendet i kliniken, har inte tagit hänsyn till nyare kunskap om betydelsen av ansiktsuttrycket.

Prkachin och medarbetare konstruerade ett system för observation av smärtbeteende som testades på 176 patienter med subakut/kronisk ländryggssmärta, samt på 77 patienter för metodens »test–retest«-reliabilitet. Vid en fysisk undersökning hos doktorn, noterade en tränad observatör fem kategorier av smärtbeteende hos patienterna, nämligen rörelser för att undvika/lindra smärtan (»guarding«), beröring (av onda stället), ord, ljud och ansiktsuttryck. Deltagarna rekryterades från patienter med ländryggssmärtor (126/50 respektive 57/20 män/kvinnor; 18–60 år), som sökt ekonomisk kompensation för sina besvär de senaste 4–6 veckorna (subakuta) respektive 6–12 månaderna (kroniska).

De flesta kategorier av smärtbeteende befanns möta acceptabla psykometriska standarder, genom t ex god överensstämmelse mellan observatörer; dock ej beröring. Både guarding, ljud och ansiktsuttryck visade signifikant överensstämmelse vid upprepningstest.

Författarna föreslår att observation av ansiktsuttryck bör ingå i framtida studier av smärtbeteende. Testet har både metodologiska och praktiska fördelar genom att det kan utföras i samband med den vanliga somatiska undersökningen av patienten.

Det föreslagna testet av smärtbeteende kan ha framtida användningsområden inom smärtforskning, speciellt om testet kan förenklas ytterligare. Den kliniska användningen hade ökat om testet kunde utföras utan behov av extra observatör i undersökningsrummet.

Mats Börjesson
mats.borjesson@medfak.gu.se

Clas Mannheimer

Prkachin KM, et al. Real-time assessment of pain behavior during clinical assessment of low back pain patients. Pain 2002;95(1-2):23-30

I Oregon är striden om självmordsassistans inte över

I Oregon finns sedan 1997 en lagstadgad rätt att under vissa omständigheter vid dödlig sjukdom få självmordsassistans av läkare. Lagen har fått det känsloladdade namnet Death with dignity. Oregons läkarförbund har ställt sig neutralt medan USAs läkarförbund (AMA) motsatt sig läkarmedverkan. Nu har en ny åklagare i Oregon slagit fast att den federala lagen, som reglerar användningen av läkemedel, inte tillåter läkare att använda mediciner i syfte att döda. En juridisk undersökning pågår för att utröna om nuvarande eller förra åklagaren tolkat läkemedelshanteringslagen rätt.

Den som hört om Oregonstriderna i korta radionyheter och vill veta mer kan få en något mer samlad bild av att läsa en februariartikel i New England Journal of Medicine. I den nämns att det alltid funnits en stark filosofisk oenighet om läkarmedverkan till självmord. Det jag saknar i denna artikel (liksom de flesta andra i ämnet) är en icke-filosofisk praktisk synvinkel: att det ofta är svårt ända tills döendet inträffar att förutsäga inom vilken tidsrymd döden kommer samt att intyga att den dödsönskande patientens omdöme inte är påverkat av depression.

Att människor i ett samhälle vill ha en lag som stadgar deras rätt att få självmordshjälp är en sak (som döendet skildras i den svenska mediedebatten är det inte konstigt att frågan gång på gång kommer upp också här), men om det finns ett sådant icke depressivt, självmordsönskande tillstånd som läkare skall intyga, är en annan.

Reet Arnman
Reet.Arnman@lime.ki.se

Steinbrook R. Physician- assisted suicide in Oregon – an uncertain future. N Engl J Med 2002;346(6):460-4

Enstaka rökslutarråd inte nog trots livshotande hjärtsjukdom

Nästan alla rökande patienter som drabbas av en hjärtinfarkt eller opereras med koronar bypass-kirurgi slutar temporärt att röka i samband med sjukhusvården. Under det närmaste året därefter återfaller upp till 70 procent, vilket ökar risken för återfall i koronarsjukdom flerfaldigt jämfört med om rökstoppet varar.

I denna studie har man jämfört två interventionsmodeller för 540 rökande patienter (<76 år), som antingen fått hjärtinfarkt eller bypass-opererats vid 17 engelska sjukhus. Målet var att jämföra två relativt enkla insatser av hjärtsjuksköterskor som skulle vara möjliga att regelbundet praktisera i klinisk vardag utan specialutbildning. Båda grupperna inkluderade endast patienter som var villiga att försöka sluta röka och randomiserades blint. Referensgruppen fick muntlig information om att sluta röka och en folder, »Rökning och ditt hjärta«. Den andra gruppen fick samma information, men därtill CO-mätning, ett häfte om uppfattningar om rökning som avstressare och som följdes av ett »förhör« av den ansvariga sköterskan om innebörden av skriften, erbjudande om kontakt med en annan patient i samma situation, erbjudande till patienten att signera ett kontrakt om rökslutarförsöket samt en markering i journalen att patienten deltog i interventionen för att aktivt stödjas i detta vid återbesök. Patienterna följdes upp efter 6 veckor och efter 12 månader.

Resultaten var nedslående avseende effekten av den intensifierade interventionen. Ingen skillnad i rökstopp fanns mellan grupperna, och totalt var endast 40 procent rökfria i de båda grupperna efter 12 månader trots att 92 procent angav att de visste att rökning förvärrade deras sjukdom. Man konkluderar att det sällan tycks räcka med ett enda interventionstillfälle i denna ofta mycket nikotinberoende grupp. Chansen att lyckas ökade med högre ålder, lägre nikotinberoende, högre utbildning och befintlig livspartner samt starkare vilja att sluta. Initiativet bör tas vid sjukhusvård, men uppföljning måste finnas i primärvården med specialkunniga rökavvänjare.

Gunilla Bolinder
Gunilla.Bolinder@ks.se

Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. BMJ 2002;324:1-5