

# Barna inne natt og dag – er barselkvinnene fornøyde?

**Bakgrunn.** Døgnkontinuerlig samvær mellom mødre og barn på barselavdelingen har medført kritiske spørsmål om kvinnene får nok søvn og hvile.

**Materiale og metoder.** Effekten av prosjekt mor-barn-vennlig initiativ ble evaluert i 1997 ved at både personalet (N = 60) og barselkvinnene (N = 1260) ved alle landets føde-/barselavdelinger deltok i en spørreundersøkelse. 15 måneder senere ble det gjennomført en oppfølgingsstudie blant mødrene, der 78 % svarte. Vi undersøkte graden av tilrettelegging for døgnkontinuerlig samvær, samt hvordan barselkvinnene opplevde dette.

**Resultater og fortolkning.** Mange kvinner (52 %) var slitne etter fødselen, men de fleste (85 %) var fornøyd med omsorgen. Gjennomgående var kvinner i små sykehus noe mer fornøyd og mindre slitne, enda andelen som hadde hatt barna inne var størst der. Forskjellen mellom små og store sykehus kan skyldes flere flersengsrom og relativt mindre personale ved større sykehus.

Studien viser at barselkvinner er positive til å ha barna inne om natten. De som hadde hatt barna inne, var ikke mer slitne enn andre. Bare 3,3 % oppgav nattsamvær som hovedgrunn til at de var slitne. De fleste norske føde-/barselavdelinger har gjort et godt arbeid med å legge til rette for døgnkontinuerlig samvær. Avdelingene må gi tilstrekkelig omsorg og praktisk hjelp til barselkvinnen, så hun får krefter til å ta seg av barnet.

Døgnkontinuerlig samvær mellom mor og barn i barselavdelingen inngår som ett av de ti trinn for vellykket amming som danner grunnlaget for WHO/UNICEFs Baby-Friendly Hospital Initiative (1–3). Døgnkontinuerlig samvær legger til rette for at barnet kan få bryst når det har behov for det, såkalt selvregulering. Dersom de nyfødte oppholder seg på egne barnestuer om natten, kan dette forstyrre selvreguleringen og gi økt risiko for bruk av unødig erstatningsnæring. Sykehusrutiner der mor og barn gis anledning til 24-timers samvær har imidlertid ført til kritiske spørsmål om kvinnene opplever barseloppholdet som slitsomt og hvorvidt de presses til samvær med barnet (4, 5). Samtidig berettes det om overbelastede bar-

---

Hilde Nysæther

Anne Bærug

Gro Nylander

gro.nylander@rikshospitalet.no

Nasjonalt ammesenter

Rikshospitalet

0027 Oslo

Knut-Inge Klepp

Institutt for ernæringsforskning

Universitetet i Oslo

Postboks 1046 Blindern

0316 Oslo

---

Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp K-I.

**Rooming-in in the maternity ward – are mothers satisfied?**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1206–9.*

**Background.** 24-hour rooming-in in Norwegian maternity wards has been introduced as one of the «10 steps to successful breastfeeding», the basis for WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative. This step, optimal in order to get lactation off to a flying start, has lead to some worry about maternal fatigue.

**Materials and methods.** Self-administrated questionnaires to health care personnel as well as to mothers in all Norwegian maternity wards were used to evaluate the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative. The same mothers were interviewed again 15 months later.

**Results.** Many (52%) felt tired after giving birth, but most (85%) were content with the care received. There was no difference in tiredness between mothers who chose to keep their babies with them and those who did not. Only 3.3% cited this as a main reason for tiredness.

**Interpretation.** Most mothers felt positive about keeping their infants with them at night. This demonstrates that Norwegian maternity wards generally have been able to implement 24 hour rooming-in in a caring way. Staff should offer to look after fussy babies without mothers demanding it and give the new mothers care and support in all possible ways.

---

☞ Se også side 1179

selavdelinger med så snau bemanning at mødrene ikke tør be personalet om hjelp og veiledning (5). En betydelig omlegging av rutineene ved norske føde-/barselavdelinger fant sted i perioden 1993–96, da mor-barn-vennlig initiativ ble gjennomført (6). Frem til begynnelsen av 1990-årene oppholdt de nyfødte seg stort sett på barnestuer om natten. Etter omleggingen ble mødrene oppmuntret til å være sammen med barna sine døgnet rundt.

Basert på to delstudier belyser vi i denne artikkelen sykehusenes grad av tilrettelegging for døgnkontinuerlig samvær og om-

sorgstilbudet knyttet til dette, samt hvordan mødre i landets føde-/barselavdelinger opplever dette. Videre presenterer vi hvor slitne mødrene oppgav å være etter fødselen og årsaker til dette.

## Materiale og metode

Etter gjennomføringen av mor-barn-vennlig initiativ i perioden 1993–96 ble det i 1997 gjort en evaluering ved landets føde-/barselavdelinger. Overjordmor fikk tilsendt et prekodet selvevalueringsskjema for institusjonen, hvert sykehus fikk i tillegg tilsendt spørreskjemaer til barselkvinnene. Skjemaet ble fortløpende delt ut til mødre som var klar for utskrivning, antallet avhang hvert sted av sykehusets størrelse. Spørreskjemaet som mødrene fikk, tok spesielt for seg ammeveiledning, omsorgstilbud og slitenhet. Mødrene la skjemaet i konvolutt som de selv forseglet.

Barselkvinner som samtykket i å bli kontaktet igjen, ble bedt om å oppgi navn og adresse. Av 1 260 kvinner som fylte ut skjemaet, oppgav 1 180 navn og adresse, og disse fikk tilsendt et nytt spørreskjema vel ett år etter barseloppholdet. Der ble det spurt om ammeforløp, problemer i ammeperioden samt retrospektiv opplevelse av omsorg og ammeveiledning under barseloppholdet. 920 kvinner (78 %) svarte på oppfølgingsundersøkelsen. Se tabell 1 for en oversikt over de ulike delstudiene.

Studien er godkjent av Datatilsynet og den regionale komité for medisinsk forskningsetikk.

## Statistikk

Beskrivende statistikk (frekvenser og gjennomsnitt) er benyttet i deler av analysene. For å vurdere forskjeller mellom sykehuskategorier er det brukt khikvadrattest. Beregningene er utført i SPSS for Windows versjon 10.0. I forhold til spørsmål om slitenhet var det meningen at mødrene skulle rangere 13 oppgitte grunner (tab 2). Imidlertid var det flere som ikke hadde rangert, men kun satt kryss utenfor enkelte av de oppgitte grunnene. Det er derfor laget en tabell der den totale andelen svar vises uavhengig av rangering. Samtidig vises også andelen som rangerte de ulike årsakene som viktigst eller nest viktigst.

## Utvalg

**Sykehusene.** I alt 53 institusjoner, med til sammen 60 avdelinger, returnerte tilfredsstillende utfylte evalueringsskjemaer i 1997. Dette utgjør 88 % av totalt 60 norske fødeinstitusjoner på dette tidspunktet. Siden ar-

beidsforholdene er forskjellige ved store og små sykehus, og dette kan tenkes å påvirke omsorgstilbud, veiledning og rutiner, ble sykehusene i deler av analysene gruppert etter antall fødsler (tab 3).

**Mødrene.** Norskstalende mødre som hadde født etter 37 uker, og der det ikke var alvorlige komplikasjoner hos mor eller barn, ble inkludert. Tallmaterialet presenteres for 1260 eller 920 mødre, avhengig av om tallene er basert på rene 1997- eller 1999-analyser (tab 1).

## Resultater

Kvinnene i denne evalueringsundersøkelsen er representative for landets barselkvinner med hensyn til alder, paritet, forløsningsmåte m.m. Utdanningsnivået var lavere, andelen røykere høyere og andelen enslige mødre noe lavere enn for norske mødre generelt (tab 4) (7).

### Tilrettelegging og omsorg

I 1997 oppgav alle føde-/barselavdelingene at de oppmuntret til 24-timers samvær, og at avlastning ble tilbudt ved behov. Noe som ble bekreftet av 87% av mødrene. 91% av mødrene oppgav at personalet hadde tilbudt å passe barnet om natten. 78% hadde prøvd å ha barnet inne hele natten. Av disse erfarte 80% det som positivt. Det var en signifikant høyere andel mødre ved små sykehus (86%) enn ved mellomstore (73%) ( $p < 0,01$ ) og store (80%) ( $p < 0,05$ ) som hadde prøvd å ha barnet inne om natten. Det var også en signifikant høyere andel mødre (72%) ved små sykehus som oppgav at de opplevde nattsamværet som positivt, sammenliknet med mellomstore (59%) og store (62%) sykehus (henholdsvis  $p < 0,01$  og  $p < 0,05$ ).

Avdelingsjordmor ble spurt om hvordan døgkontinuerlig samvær fungerte. Ved 14 av 20 store, 12 av 17 mellomstore samt ved 20 av 23 små avdelinger svarte man «svært bra» eller «bra». Ved to store føde-/barselavdelinger ble det oppgitt at døgkontinuerlig samvær fungerte dårlig. Tilrettelegging for omsorg ble blant annet vurdert ut fra rutiner som hviletid for mødrene (siesta) og avlastning med barnestell. Sykehusene oppgav i stor grad at de hadde gode rutiner for dette (tab 3). En noe større andel små sykehus oppgav at de hadde nok tid og omsorg for mor og barn.

Data fra oppfølgingsundersøkelsen i 1999 viser at sammenliknet med store (38%,  $p < 0,01$ ) og mellomstore (42%,  $p < 0,05$ ) sykehus var en signifikant større andel mødre ved de små (57%) veldig fornøyd med omsorgen ved barselavdelingen. Forskjellen mellom sykehus av forskjellig størrelse var ikke signifikant når andelen veldig fornøyd og fornøyd ble slått sammen (totalt 85%). Det var heller ikke forskjell i andel mødre som var fornøyd med omsorgen ved barselavdelingen sett i forhold til om de hadde hatt barna inne om natten (86% fornøyd) eller ikke (87% fornøyd).

**Tabell 1** Deltakelse fra landets sykehus med fødeavdelinger (N = 60) og mødre i de forskjellige delstudiene

	Sykehus	Mødre
Selvevaluering 1997	60 avdelinger fra 53 institusjoner > 1 500 fødsler/år: 20 av 20 500–1 500 fødsler/år: 17 av 17 < 500 fødsler/år: 23 av 29	1 260 mødre fra 58 institusjoner
Oppfølging 1999	Ikke spurt	920 mødre

**Tabell 2** Svar fra mødre (N = 1260) om årsaker til slitenhet etter fødsel. Total andel som oppga de ulike årsakene samt andel som rangerte årsakene som viktigst eller nest viktigst angitt i prosent

Årsaker til at barselkvinnene følte seg slitne under barseloppholdet <sup>1</sup>	Prosent som nevnte årsaker uten å rangere	Viktigste eller nest viktigste årsak (%)
Utslitt etter fødsel	32	17
Uro om natten pga. andre	19	7,2
Hormonsvingninger	17	6,2
Tilpasning til det nye barnet	16	5,6
Amming generelt	15	6,0
Amming om natten	14	4,6
Nattsamvær	9,9	3,3
For mye besøk til mor	7,5	2,2
For mye besøk til andre	4,8	1,3
For mye å gjøre selv	3,1	0,4
Barnestell	2,9	0,1
For lite hjelp/omsorg	2,5	0,7
For mange tilbud	1,8	0,2

<sup>1</sup> Kolonnene kan ikke summeres, da det var anledning til å krysse av for flere alternativer

**Tabell 3** Svar fra sykehusene om tilrettelegging for søvn og hvile for barselkvinner, fordelt på de ulike sykehuskategoriene inndelt etter antall fødsler per år

	Store sykehus (> 1 500 fødsler) N = 20	Middels sykehus (500–1 500 fødsler) N = 17	Små sykehus (< 500 fødsler) N = 23
Fast hviletid/«siesta»	18	17	21
Lar mødrene sove til de våkner om morgenen	16	11	19
Tilbyr avlastning hvis de hører barneskrik om natten	16	15	21
Tilbyr stell av barnet	(1 ikke svart) 19	17	23
Serverer mat til mødrene	9	10	18
Kun ved behov	4	2	2
Tid nok til omsorg for mor og barn	10	11	17

### Slitenhet

Til sammen oppgav 52% av mødrene i 1997-studien at de hadde følt seg slitne da de lå i barselavdelingen. Over halvparten (58%) ved store sykehus hadde kjent seg slitne, mot 49% ( $p < 0,05$ ) og 44% ( $p < 0,01$ ) ved henholdsvis mellomstore og små sykehus. De som følte seg slitne, ble bedt om å rangere en rekke mulige grunner til dette

(tab 2). Som viktigste årsak ble utmattelse etter fødselen nevnt av flest. Rundt 40% av mødrene nevnte overhodet ikke amming eller nattsamvær med barnet som årsak til slitenhet (tab 2). Uavhengig av rangering ble utmattelse etter fødselen og uro om natten fra andre på rommet nevnt av flest (tab 2).

Av 988 (78%) som hadde hatt barnet inne om natten, oppgav litt over halvparten

## WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming

Enhver føde-/barselavdeling bør:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
  2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
  3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brystnæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
  4. Sørg for at mor og barn etter en normal fødsel får ha uforstyrret hudkontakt i minst 1 time, eller til det har skjedd en naturlig start på ammingen.
  5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spebarn.
  6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
  7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
  8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
  9. Unngå bruk av narresmøkk eller flaskesmøkk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.
  10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpsgrupper.
- Norsk tilføyelse*
11. Gi omsorg til mor så hun får krefter til å ta seg av barnet.

(53 %) at de følte seg slitne. Dette var ikke (signifikant) forskjellig fra dem som ikke hadde hatt barna inne (50 %).

### Slitenhet sett i relasjon til forløsningsmåte

I det totale utvalget fra 1997-undersøkelsen var 12 % forløst ved keisersnitt. Flere kvinner som ble forløst ved keisersnitt (61 %) hadde kjent seg slitne etter fødselen sam-

menliknet med dem som fødte normalt vaginalt (50 %) ( $p < 0,01$ ).

### Diskusjon

Vel ett år etter barseloppholdet oppgav 85 % av mødrene at de hadde vært veldig fornøyd eller fornøyd med omsorgen.

At rundt halvparten kjente seg slitne noen dager etter fødselen, er ingen overraskelse. Foruten utmattelse etter fødselen er uro på

rommet en årsak som ble nevnt av mange. Dette ble også funnet i en mindre studie blant 180 barselkvinner i Akershus, der kvinner på små rom oppgav større tilfredshet (8). Det er derfor gledelig at tendensen går i retning av stadig mindre stuer ved norske barselavdelinger.

Gjennomgående var kvinner som tilbrakte barseltiden ved mindre avdelinger, noe mer fornøyd med barseloppholdet enn kvinner som var i større avdelinger. Det er rimelig å tro at det er mer komplisert å gjennomføre nye rutiner tilfredsstillende ved store sykehus med mange ansatte som skal læres opp, enn ved små avdelinger. Personalet ved mindre avdelinger angir også i større grad å ha god tid til barselkvinnen, noe som gjør det enklere å tilfredsstille den enkeltes individuelle behov. Også andre forhold assosiert med sykehusstørrelse, som for eksempel kulturelle forskjeller mellom by- og landområder, kan tenkes å spille inn.

Det har vært hevdet at innføringen av trinn sju i mor-barn-vennlig initiativ, «Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet», ville føre til unødige slitne og uopplagte mødre. Det er derfor interessant å merke seg at bare 3,3 % av kvinnene angir nattsamvær med barnet som hovedgrunn til slitenhet. Ifølge studier som bl.a. ligger til grunn for innføringen av 24-timers samvær, ser det ut til at nattsamvær med barnet ikke reduserer antall timer eller kvaliteten på mors søvn (9). Tvert imot har det vært vist at barnet våkner og gråter sjeldnere når mor og barn sover sammen (10). Amming etter behov, slik døgkontinuerlig samvær gir grunnlag for, fører også til at barnet raskere tar igjen tapt fødselsvekt (11, 12).

I tillegg til de internasjonale ti trinn for vellykket amming som ligger til grunn for mor-barn-vennlig initiativ, ble det i Norge oppfordret til et 11. trinn: «Gi omsorg til mor så hun får krefter til å ta seg av barnet», noe som også avspeiler seg i prosjektets norske navn. I hvilken grad personalet legger til rette for at mødrene skal føle seg ivaretatt, ble undersøkt ved bl.a. rutiner for skjermede hviletimer på dagtid, tilbud om avlastning om natten, barnestell og servering av mat. Resultatene i tabell 3 indikerer at personalet i stor grad tilbyr barnestell og avlastning om natten. Langt færre serverte mat til mødrene.

Barselkvinnenes relativt lavere tilfredshet ved store og mellomstore avdelinger kan skyldes at de selv velger å stille barnet, re sin seng og ordne sin egen mat etc. for å «avlaste» personalet i deres hektiske hverdag. Dette ble også funnet i en studie der 28 barselkvinner ved et stort sykehus ble intervjuet om søvn og hvile (13). Kvinnene var fornøyd med personalets innsats, men følte seg presset til å sørge for barnestell og rydding av eget rom, og til å ha barnet inne om natten etc. De samme kvinnene fremhevet færre på hvert rom og informasjon om avlastning om natten som viktige områder for forbedring.

**Tabell 4** Bakgrunnsfaktorer hos mødrene i evalueringsundersøkelsen (N = 1260) og i landsrepresentative utvalg

	Evalueringsundersøkelse	Nasjonale data
Mors alder <sup>1</sup>		
Gjennomsnittsalder (år)	28,9	28,7
Andel under 20 år (%)	3,4	2,7
Høyeste fullførte utdanning (%) <sup>2</sup>		
Grunnskole	21,4	7,0
Videregående skole	41,7	58,7
Høyskole/universitet	36,9	34,3
Sivilstatus (%) <sup>1</sup>		
Gift/samboende	95,0	92,2
Enslige	5,0	6,9
Røyking (%) <sup>3</sup>		
Daglig	12,5	14,9
Av og til	11,5	2,0
Ikke-røyker	76,0	83,1
Paritet (%) <sup>1</sup>		
Førstegangsfødende	40,7	40,3
Inngrep ved fødsel (%) <sup>1</sup>		
Keisersnitt	12,5	12,8
Tang/vakuum	5,0	8,2

<sup>1</sup> Medisinsk fødselsregister, Årsmelding 1997

<sup>2</sup> Statistisk sentralbyrå, 1997 (upubliserte tall)

<sup>3</sup> Medisinsk fødselsregister, 1999 (upubliserte tall)

## Konklusjon

Barseltiden er en viktig og sårbar fase da ammingen og kontakten med barnet skal etableres og kvinnen skal komme seg etter fødselen. Imidlertid er det flere tegn i tiden som tyder på at barselomsorgen er i ferd med å bli nedprioritert. Kort, hektisk liggetid i store avdelinger med snau bemanning gir mindre rom for omsorg og opplæring enn det som er ønskelig.

Norske barselkvinner er likevel stort sett fornøyd med tilbudet som gis ved barselavdelingene. Mange er slitne etter fødselen, og trenger hvile, omsorg og veiledning. Dette gjelder spesielt kvinner som er forløst ved keisersnitt. Kvinner som er sammen med barna sine døgnet rundt, er ikke mer slitne enn de som ikke er det, så sant muligheten for avlastning er til stede. Barselomsorgen må sikres rammebetingelser som gir færre kvinner per rom og tilstrekkelig personale slik at nybakte mødre og deres barn får en best mulig start. Utfordringene for helsepersonell blir å gi mer omsorg slik at hun har krefter til barnet.

## Litteratur

1. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Genève: WHO, 1998.
2. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413–20.
3. Andreasson M, Bale M, Kaaresen PI, Dahl LB. Amming i Tromsø før og etter mor-barn-vennlig initiativ. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3154–8.
4. Mørland SS. Barseltidens utfordringer – baksiden av den mor-barn-vennlige medaljen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 20: 115.
5. Skogstrøm L. Ullevål svikter mor og barn. *Aftenposten (morgenutgave)* 25.11.2000.
6. Mor-barn-vennlig initiativ. Prosjektrapport 1993–1996. IK-2572. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
7. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1997. Bergen: Universitetet i Bergen, 1998.
8. Gran ME, Eskild A, Opjordsmoen S, Schei B. Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1405–9.
9. Waldenström U, Svenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991; 7: 82–9.
10. Keefe MR. Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nurs Res* 1987; 36: 140–4.
11. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lønnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994; 84: 89–97.
12. Renfrew MJ, Lang S. Feeding schedules in hospitals for newborn infants [Cochrane Review on CD-ROM]. Oxford, England: Cochrane Library, Update Software; 2001; issue 4.
13. Munthe-Kaas B. Undersøkelse på mor-barn-vennlig barselavdeling: søvn og hvile er en mangelvare. *Jordmorbladet* 1996; 1: 24–5.

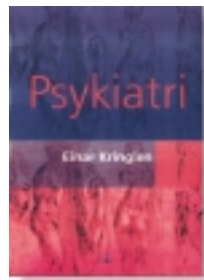
## God klassisk lærebok

Kringlen E

### Psykatri

7. utg. 570 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001. Pris NOK 425  
ISBN 82-05-28075-4

Denne 7. utgave af Kringlens lærebog i psykiatri giver som de tidligere udgaver en god indføring og et godt overblik over den kliniske psykiatri. Fraset det udmærkede over-



sigtsskapitel om somatiske behandlingsmetoder (Norma Mjelle) er Einar Kringlen eneforfatter til bogen. Det giver fremstillingen et ganske egalt præg, og bogen er skrevet i en ligefrem stil, som er behagelig at læse. I sygdomsklassifikationen benyttes ICD-10, omend kapitelrækkefølgen i bogen, modsat ICD-10, bevæger sig fra de ikke-psykotiske til de psykotiske tilstande. Det er i øvrigt et tiltalende træk, at bogen forholder sig ret frit til ICD-10, og i høj grad giver læseren indblik i klassiske, psykiatriske begreber.

Bogen er opbygget med 41 kapitler hvoraf de første ni dækker generelle temaer; de følgende 24 kapitler dækker sygdomslæren, og de sidste syv kapitler dækker bl.a. psykoterapi, biologisk psykiatri, epidemiologi, retspsykiatri og etik.

Disponeringen af stoffet vil, især hos en eneforfatter, altid farves af vedkommendes tilgang til faget. Lidt utypisk for tiden er omtalen af psykoterapi og psykoanalytisk teori ret omfattende. Eksempelvis udgør kapitel 35 om psykoterapi 48 sider, mens biologisk psykiatri og somatiske behandlingsmetoder tilsammen fylder 33 sider. Set fra en empirisk synsvinkel udgør dette en skævhed. Omtalen af «det terapeutiske samfund» (s. 426) kunne i det 21. århundrede erstattes af et afsnit om professionalisme og problemer i distriktpsikiatrisk arbejde.

Generelt giver bogen en indføring i psykiatrien, som afspejler forfatterens omfattende viden og erfaring. Man kan altid finde konkrete detaljer at kritisere: Forsvarsmekanismer er sjældent noget man «vælger» (s. 76), angiografi (s. 105) benyttes formentligt meget sjældent i psykiatrisk differentialdiagnostik, histrion personlighed synes at være gledet ud eller erstattet af hysteri (også i indholdsfortegnelsen). I det vældig gode skizofrenikapitel fremhæves usikkerheden om ICD-10s validitet, og meget vigtigt fremhæ-

ves den tidlige symptomatologi og den terapeutisk uheldige tendens til at fejltolke hypohedoni som depression. Det kan undre, at gluten-teorien er medtaget, og nærværende anmelder synes også, at 1960-ernes kommunikationsteorier (s. 278) kunne være udeladt. Skal man stadig bruge klorpromazin til akut psykose (s. 288)? Endelig kan man fra et lokalpatriotisk, dansk synspunkt undres over at Schulsinger et als «high risk studier» ikke er medtaget i ætiologi-afsnittet.

Ligesom forfattere farves læsere af deres eget bias. Mine indvendinger mod elementer i Kringlens fremstilling ændrer ikke ved, at det var en glæde at læse bogen. Den giver en solid teoretisk og klinisk basis for studenter, unge læger og interesseret sundhedsfagligt personale. Bogen formidler fagets substans, den er til at overskue, og forfatteren flakser ikke omkring som offer for enhver modetendens i litteraturen.

Ralf Hemmingsen  
Psykiatrisk afdeling  
Bispebjerg hospital  
København