

Boken er lettlest og gir en grei, kronologisk oversikt over alle oppgavene Eilertsen har hatt opp gjennom årene. Et fyldig bilde-materiale viser en lege og politiker som tok et sterkt medansvar for utviklingen i samfunnet. Denne biografien er en fint utstyrt minnebok – mer beskrivende enn den er problematiserende. Ikke desto mindre er dette et interessant tidsdokument om en som har markert seg betydelig i norsk medisin i etterkrigsårene. Boken vil være av verdi for dem som er interessert i medisins utvikling, ikke minst i norsk tuberkuloseomsorg og samfunnsmedisin. Og særlig vil de som hører til eller har bodd i Bergen ha glede av den.

Ole Didrik Lærum

Gades Institutt
Avdeling for patologi
Haukeland Universitetssjukehus

Boken om alt

Cecilie Arentz-Hansen, Kåre Moen

Legevaktåndboken

3. utg. 1 088 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal
Akademisk, 2005. Pris NOK 845
ISBN 82-05-30482-3



Alle legevaktlegers, allmennlegers, turnuslegers og studenter beste venn er endelig kommet i ny utgave! Den kommer godt, men sent – den forrige var fra 1997 og svært moden for oppdatering.

De fleste håndbøker har en tendens til å ese ut

med årene. Så også med denne. Den teller nå 1 088 sider, mot 674 i den forrige. Det er 61 % økning i sideantall og antakelig dobling av stoffmengden. Heldigvis er den holdt i et fornuftig format, faktisk litt mindre enn 1997-utgaven, og kan fremdeles få plass i en legekoffert eller en romslig lomme. Men papiret er blitt atskillig mer bibelsk, altså tynt, så boken føles mindre robust. Den forrige kunne ligge og slenge bak i bilen eller tygges på av hunden, denne må man nok stelle penere med. Og hvis man merker et viktig avsnitt med gult, skinner det nesten gjennom til neste side. Altså: neste utgave må ikke bli skjørere enn dette!

Men pirk til side. Boken er sabla god, rett og slett. Her finnes nesten alt: teori, undersøkelsesteknikk, lovverk, akuttregister, behandlingsalgoritmer, ICPC, kryssreferanser, omfattende kildehenvisninger både til tekst og web, lister og tabeller, illustrasjoner og plansjer, gode råd om første legevakt, og til og med en skapelig indeks. Alt dette høres kanskje selvfølgelig ut, men

det er slett ikke alle lærebøker og håndbøker som fyller disse kravene.

Faglig er det svært lite å utsette på *Legevaktåndboken*. Verken ved gjennomlesing av hele kapitler, eller stikkprøver i andre, har denne anmelder klart å «ta» forfatterne i feil eller mangler av betydning. De følgende innvendinger må altså leses i lys av at hovedinntrykket er særdeles positivt.

Innholdet er meget godt, men til tider for omfattende. Blant annet i hjerte- og kar-kapitlet tar teorien litt mye plass i forhold til det akutte behovet: HVA skal jeg gjøre nå? Tilsvarende i kapitlet om nedre luftveier: Det er mye tekst, og jeg savner algoritmene med store bokstaver og tydelige piler som man kan følge selv når hodet koker og lege-hånden skjelver.

Noe av bakgrunnsstoffet kunne kanskje vært kortet ned eller utelatt: Tariffavtaler, trygderegler og lovverk er under stadig endring, og således informasjon med kort holdbarhetsdato. For eksempel er aldersgrensen for fritak for egenandel allerede endret fra sju år til 12 år etter at boken kom ut. Kanskje hadde en webadresse gjort nytten i stedet?

Organiseringen av innholdet er overveiende god og logisk. Kapitlene har enhetlige oppsett med undersøkelse – symptomer – tilstander – behandling – komplikasjoner – differensialdiagnoser, og enkle bokstavkoder (U – SU – S – DD – T – K etc.) gjør det lett å navigere i teksten. For hvert kapittel er det referanse til emner i andre kapitler, og rikelige kildehenvisninger. Noen ganger til og med referanse til nye retningslinjer man vet kommer, for eksempel hjertestansalgoritmen. Nydelig! Imidlertid kunne man ønske seg noen få fargekoder eller andre enkle fyrlykter, i det minste at akuttkapitlet var farget rødt. OBS!-setningene kunne gjerne vært med større skrift og litt mer luft rundt seg, så blir de lettere å finne, og finne tilbake til.

Indre kongruens i et oppslagsverk er alltid en utfordring. I det store og hele er indeks og akuttregister meget bra, men jeg finner noen små kilder til forvirring: Når man følger referansen på «nødtrakeotomi» i luftveiskapitlet, finner man «cricotyro-tomi» i teksten. Nok til å få et varmt hode til å nå kokepunktet. Slår man opp på «hyperglykemi», finner man «non-ketotisk hyperosmolært koma». Jo da, det er jo beslektet, men ikke det samme. Og keto-acidose står ikke i akuttregisteret (det gjør derimot malaria ...).

Dette er detaljer, naturligvis. Men ett faglig hjertesukk: Når skal vi bli kvitt intubering i faglige retningslinjer og algoritmer for oss barneleger? Nesten ingen kan det, ingen anestesileger forventer det av oss, og vi risikerer å skade pasienten og spille unødig tid. Riktignok står det i teksten at man ikke skal intubere hvis man føler seg utrygg, men så lenge det står i alle algoritmene, vil nettopp de utryggeste legene føle

seg forpliktet til å prøve. Til neste utgave bør det komme en stor parentes rundt ordet.

Hva med en elektronisk utgave? Jo da, den kommer nok etter hvert, men det haster ikke. I overskuelig fremtid er *boken* viktigst til dette formålet, og forlag og forfattere skal ha ros for å legge arbeid i en god papirutgave heller enn en halvgod e-utgave.

En nettside www.legevaktandboken.no er under oppbygging, og består så langt mest av bakgrunnsstoff, referanser og utfyllende informasjon. Også en fornuftig prioritering.

Legevaktåndboken er bunnsolid, og et uunnværlig verktøy på legevakt, på kontoret og i andre sammenhenger hvor man trenger å finne god kunnskap raskt. Medisinstu-denter kan gjerne bruke den til å lese seg opp før eksamen. Har man basiskunnskapen på forhånd, er den utmerket som oppfrisker.

Pernille Nylehn

Hjelmeland legekonsult
Hjelmeland

Organisasjonsforskning

Erik Døving, Åge Johnsen, red.

Organisasjonsteori på norsk

355 s, tab, ill. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
Pris NOK 419
ISBN 82-450-0381-6



Ifølge omslaget passer denne boken for personer ved universiteter og høyskoler som er opptatt av organisasjonsfag.

Den er utgitt til ære for en nestor i norsk organisasjonsforskning, Børre Nylehn.

Fremstillingen er en blanding av status for og debatt om organisasjonsfaget i Norge. De ti kapitlene er sparsomt utstyrt med figurer og tabeller, men det er rikelig med referanser. Foran er det en oppsummering av forfatternes CV, bakerst et stikkords- og personregister.

I kapittel 1, skrevet av redaktørene, er det først en kort begrepsavklaring, så en oppsummering av innholdet, og til slutt en drøfting av organisasjonsfagernes organisering. I kapittel 2 om institusjonalisering av organisasjonsfaget i Norge skisserer Nylehn utviklingen fra 1950-årene til i dag. Så følger han opp med en systematisk beskrivelse og drøfting av de sju organisasjonsfagene boken er strukturert etter: praksisfaget, høyskolefaget, psykologifaget, sosiologifaget, aksjonsfaget, statsviterfaget og økonomifaget. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av begrepene «organisasjonsfag» og «management».

I de etterfølgende kapitlene utdypes og drøftes organisasjonsfagene. I lys av

debatten om hvem som bør lede våre sykehusavdelinger og klinikker, er kapittel 3 av Bulukin & Døving om lederlegitimitet, med kommentar av Strand, av interesse. Bush' kapittel om økonomistyring i et organisasjonsteoretisk perspektiv, med etterfølgende kommentar av Pettersen, tegner en befriende bred forståelse av begrepet «økonomistyring».

Så følger kapitler om arbeidssosiologi, bedriftsdemokrati og organisasjonsutforming i forvaltningen. Tidsskriftets lesere vil nok ha interesse av Johnsens kapittel om økonomisk organisasjonsteori og «ny offentlig styring» (NOS, «new public management»). De mange leger som har blandede følelser for dette begrepet finner her en tankevekkende sammenlikning med det forfatteren kaller «gammel offentlig styring» (GOS), der han hevder at dette ikke er synonymt med god offentlig styring. Han drøfter også ny og gammel offentlig styring i forhold til «ny offentlig forvaltning» (NOF, «new public management»). I de tre siste kapitlene omtales, drøftes og utfordres forskjellige teorier om blant annet teknologi og vitenskapelig erkjennelse.

Selv for en lege med erfaring og utdanning i helseadministrasjon er dette relativt tungt tilgjengelig stoff, kanskje mye fordi vi her har å gjøre med noe som i høy grad er en debattbok. Men nettopp for leger som ønsker å delta i debatter om organisering og ledelse av helsevesenet og/eller har lederjobb, vil boken bidra til nyttig klassifisering og forståelse av organisasjonsvitenskap. Den vil helt sikkert bidra til mer systematisk tenking omkring våre utfordringer.

Jarl Å. Jakobsen

Bilde- og intervensjonsklinikken
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Forbrenning av fett – nøkkelen til vektreduksjon?

Fredrik Paulún

Fettforbrenning

Alt du trenger å vite. Komplette
fettforbrenningsprogram. 192 s, tab, ill.
Oslo: Cappelen, 2006. Pris NOK 299
ISBN 82-02-25851-0



Her er kostholds- og treningsinformasjon samlet på ett sted. Forfatteren henvender seg til personer som etter vår mening må være normalvektige, godt trent og asketisk opptatt av

kosthold. Det er mye tekst, men et muntlig og direkte språk gjør boken lett å lese. Fine bilder (som ikke er direkte relatert til stoffet) gjør den innbydende. Den inne-

holder nyttige tabeller for den som er nysgjerrig på forholdet mellom vektprosent og fettenergiprosent i matvarer, fettinnholdet i ulike fiskeslag, de ulike fettsyrenes egenskaper, energiforbruket ved ulike aktiviteter osv.

Vi får en grundig og stort sett riktig innføring i energibalanse, fettcellenes liv og virke og hvilke faktorer som påvirker fettforbrenningen. Det er en stor arvelig komponent i fettforbrenningen, og dette må man ta hensyn til. At man trenger både høyt energiforbruk og god fettforbrenning for å oppnå effektiv og varig vektreduksjon, synes å være bokens grunnleggende budskap, men påstanden mangler dokumentasjon. Allikevel tilbakeviser forfatteren helt riktig myten om at man ved lavintensitets-trening forbrenner fett bedre enn ved høyintensitetstrening. Tenk over følgende eksempel: Hvis du går i 30 minutter og forbruker 220 kcal, er halvparten fettforbrenning (110 kcal). Hvis du løper istedenfor, forbruker du 330 kcal, hvorav en tredel fra fett (igjen 110 kcal), men totalt sett har du forbrukt 110 kcal mer i den halvtimen som du hadde til rådighet ved å løpe istedenfor å gå (og det vil over tid naturligvis gi større vektreduksjon).

Forfatteren anbefaler en dobling av proteininntaket (til 30 energiprosent). Man bør få i seg 40 energiprosent lavglykemiske karbohydrater og tilstrekkelig mengde enumettet og flerumettet fett (30 energiprosent totalt fettinnhold) samt rikelig med vann. Vann er bra, men det er ikke vist at et slikt kosthold er lettere gjennomførbart eller mer fordelaktig når det gjelder vektreduksjon enn et kosthold med mindre protein og mer komplekse karbohydrater (som også er snillere mot verdens ressurser). Forfatteren beskriver ulike metoder for å måle fettprosenten. I tillegg er det en ukes kostholdsprogram og et treningsprogram. Kostprogrammet gir 1 700 kcal fordelt på frokost, lunsj, mellommåltid, middag og kvelds og bygger på slankematvarer som cottage cheese, skummetmelk, lettyoghurt, eggehvite, rugflak, pumpernikkel, kalkun, kylling, tunfisk og torsk, og litt frukt og grønnsaker. I treningsprogrammet legges det opp til 24 økter (19 spaserter av 30–90 minutters varighet og seks økter med 60 minutters styrketrening) i løpet av de to ukene programmet varer.

Man sitter igjen med spørsmålet om hvor stor effekt disse drastiske endringene i kosthold og trening har? Det som blir fremhevet teoretisk, blir ikke gjennomført i praksis. Store studier har vist forebyggende effekt på forekomsten av diabetes type 2 med betydelig mer moderate endringer enn disse som er foreslått her.

Serena Tonstad

Mette Svendsen

Avdeling for preventiv kardiologi
Ullevål universitetssykehus

Rollen som helsedirektør i England 1855–1998

Sally Sheard, Liam Donaldson

The nation's doctor

The role of the chief medical officer 1855–1998.
238 s, tab, ill. Oxon: Radcliffe, 2006.
Pris NOK 513
ISBN 1-84619-001-0



Forfatterne er en historiker (Sheard) og den engelske helsedirektøren siden 1998 (Donaldson). England fikk sin helsedirektør (Chief Medical Officer, CMO) etter koleraepidemiene midt på 1800-tallet. Også i dag har den

engelske CMO med sin uavhengighet en unik posisjon i forhold til liknende embeter i andre land. Her fortelles om de 14 helsedirektørene inntil 1998, alle menn, og deres vandring i maktens korridorer. I trekanten statsråd – helsedirektør – departementsråd har samarbeidet variert fra sterk tillit til mer anstrengte relasjoner. Det samme gjelder forholdet til the British Medical Association. Selv om ståstedet for en CMO ikke direkte kan sammenliknes med forholdene i Norge, blir det mange gjenkjennende nikk for en leser med mange års fartstid i ledelsen i Helsedirektoratet/Helsetilsynet.

Et grunnleggende og nesten konstant trekk har vært stillingsinnehaverens uinnskrenkede rett til direkte tilgang til statsråden. Balansen mellom den medisinske faglige kompetansen og den generelle administrative departementsstrukturen har vippet. Vi får beskrevet hardtarbeidende ledere og hyppige trusler om nedskjæringer til tross for økende arbeidsoppgaver. Antallet medarbeidere har svingt, og den siste av de 14, Ken Calman, kommenterte i 1998 at hans stab bestod av en sekretær og en mobiltelefon.

«Public health», eller samfunnsmedisin, har vært det faglige ståstedet. Helseminister Aneurin Bevan drev frem the National Health Service (NHS) i 1948, som et av høydepunktene i samfunnsmedisinens historie, og den daværende CMO, Wilson Jameson, hadde en sentral rolle i planleggingen. Han brukte også mediene aktivt for å nå ut til befolkningen, og var den første, trolig i hele departementssystemet i England, som brukte radioen. I 1942 gikk han ut i BBC med sterk anmodning til foreldre om å vaksinere barna mot difteri. Senere samme år brukte han radioen til å advare mot kjønnssykdom, særlig syfilis og gonorré, ord som omtrent ikke hadde vært brukt overfor befolkningen inntil da.

Myndighetenes kamp mot tobakken ble langtrukken, og først i 1972 kom det