

å forebygge dødsfallene. Og det hyggelige budskapet er at vi vet hvordan det skal skje. Vi har virkemidlene.

Denne boken er ideell for den som ønsker å få en rask oversikt over den globale betydningen av kroniske sykdommer. Den er lettlest, og takket være stor skrift, tiltalende layout, lettfattelige illustrasjoner og tankevekkende og vakre bilder kommer man seg gjennom på en time eller to. Den snakker i store bokstaver og er nok også litt misjonerende i formen, men det betyr ikke at den er overfladisk. Budskapene er solide nok, og de aller fleste vil føle at de har fått ny kunnskap etter å ha lest den.

De gode eksemplene som viser hvordan helt konkrete tiltak har virket, gjør det mulig å tro på fremtiden. Boken viser vei i et felt hvor det er lett å la seg overmanne av håpløshet. Derfor er dette et motiveringsverk. Ikke bare for våre bistandsarbeidere, men også for de fattige landenes helsepolitikere – og våre egne for den saks skyld. Målgruppen er nok først og fremst beslutningstakere og personer som er interessert i helsepolitikk. Men den kan godt leses av helsepersonell. Den inneholder mange nyttige faktaopplysninger som burde være en del av vår allmennkunnskap, men som i hvert fall helsepersonell bør være fortrolig med.

Geir Stene-Larsen

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Hva dør gravide og fødende av?

Gwyneth Lewis, red.

Why mothers die 2000–2002

The sixth report of confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. 338 s, tab, ill, London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2004. Pris GBP 26 ISBN 1-904752-08-X



Da den første (som den het den gangen) *Report on confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales* kom i 1957, var den på 59 sider med tabeller. Den foreløpig siste, som dekker hele Storbritannia

i perioden 2000–02, er på 338 sider. Disse årbøkene har utviklet seg til å bli nødvendig lesning.

Den første, som dekket årene 1952–54, var banebrytende i å vise hvordan medisinske miljøer kan lære av feil. Gjennom et anonymt meldingssystem får man data til vurdering av hvorvidt behandlingen har vært optimal eller ikke når tragedien inntruffet. Dette er senere blitt forbilde for liknende systemer på andre fagfelter.

Perinataalkomiteene i Norge arbeider etter samme prinsipp når det gjelder perinatal død, men vi har ikke tilsvarende formidlings- og læringssystem som disse britiske rapportene er uttrykk for. Også i Norden burde vi ha et system for vurdering av maternell død og nestendød etter bestemte definisjoner. Den burde omfatte alle de nordiske land, ettersom dødeligheten i Skandinavia er så lav at tallmateriale fra det enkelte land ikke ville ha stor utsagnskraft.

Som det sømmer seg en 50-årsjubilar inneholder denne utgaven kurver og tabeller med oversikter over den nesten utrolige utvikling gjennom disse årene. I den første treårsperioden var risikoen for å dø som et direkte resultat av svangerskap og fødsel 1/1 500, et stort fremskritt i forhold til 1928, da risikoen var 1/290. I årene 2000–02 var risikoen mindre enn 1/19 000, dvs. at maternell dødelighet var redusert til 1/13 av det den var 50 år tidligere og 1/66 av 1928-dødeligheten. Flere forhold kan forklare utviklingen, rapportene er en av dem. For 15–20 år siden reflekterte flere av dødsfallene profylakse, behandling og førstelinjetjeneste som vi ville funnet medisinsk uakseptable.

Fremdeles dør mødre – og for den enkelte familie er det en nær ufattelig tragedie. Ikke bare mister det nyfødte barn sin mor, det gjør også søsknene, oftest mindreårige. I Storbritannia mister mer enn 1 000 barn årlig sin mor i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Rapporten dokumenterer at kvinner som lever under dårlige sosiale forhold, har lav utdanning eller tilhører minoritetsgrupper, har uforholdsmessig høy risiko. Til disse gruppene hører også innvandrere som ikke kan snakke eller forstå engelsk.

Rapporten skiller mellom indirekte og direkte dødsårsaker. Det er en ikke-signifikant økning i antall døde fra forrige treårsrapport. Den vanligste direkte dødsårsak er tromboemboli, uendret siden 1997–99. De indirekte dødsårsakene er i flertall, og det er noe overraskende at selvmord nå er den vanligste årsak til død. Svangerskaps- og barseldepresjon skal tas på alvor, og selv om de fleste kan takles av lege og helsestasjon, er det viktig å fange opp dem som trenger psykologisk/psykiatrisk intervensjon.

Jeg har i flere år lest rapportene fra perm til perm. De består nemlig ikke bare av tall, figurer og tabeller – de kliniske tilfellene er klart og godt fremstilt, og vurderingene er til å få forstand av.

Boken bør være en selvfølge i avdelingsbiblioteket ved enhver fødeavdeling, og den enkelte fødselshjelper bør overveie å inkludere den i eget bibliotek. Den er til å lese, ikke bare til å bla i, og den kan ikke erstattes av søking på nett.

Per E. Børdahl

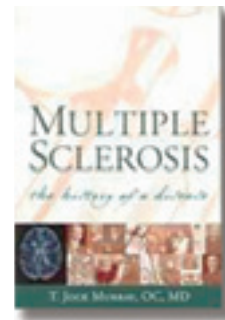
Kvinneklivnikken
Haukeland Universitetssjukehus

Multipel sklerose – en historie uten ende

T. Jock Murray

Multiple sclerosis

The history of a disease. 580 s, tab, ill. New York, NY: Demos Medical Publishing, 2005. Pris USD 30 ISBN 1-888799-80-3



T. Jock Murray spanner opp et bredt lerret i denne boken, som omfatter historien om multipel sklerose fra de første middelalderiske beretninger om sykdomsbildet til dagens naturvitenskapelige forståelse. Resultatet er

blitt en fascinerende fremstilling av sykdommens mange fasetter: Oppdagelsen av det kliniske og patoanatomiske fenomenet, mer enn 150 års forskning for å avdekke sykdomsmekanisme og finne årsak og behandling, og ikke minst hvordan forståelsen av multipel sklerose har vært en del av den generelle medisinske utvikling.

Forfatteren er professor i medisinsk humaniora ved University of Dalhousie i Halifax. Han er sjef for multipel sklerose-programmet ved universitetet og har mottatt mange utmerkelser for sin forskning innen medisinsk historie. Med denne boken henvender han seg til forskere, leger og annet helsepersonell, historikere, pasienter, pårørende og andre med interesse for både multipel sklerose og medisinsk historie. Den er rikt illustrert med fotografier og bilder av historiske forskere og kjente pasienter, som Heinrich Heine og Lidwina av Schiedam, samt enkelte faksimiler fra klassiske vitenskapelige publikasjoner.

Bokens styrke ligger i at den kombinerer kunnskap innen en rekke disipliner (historie, immunologi, epidemiologi, genetikk, radiologi og mikrobiologi) og at forfatteren har god oversikt over medisinsk historie. Svakheten melder seg i form av mangel på dyptpløyende kunnskaper på enkelte områder. Forståelsen av multipel sklerose er i dag sterkt preget av molekylærbiologisk kunnskap om immunsystemet og nervesystemet. Her er forfatteren dessverre på etterskudd, slik at han ikke makter å formidle de siste tiårs spennende utvikling innen sykdomsforståelse. Dette er synd, fordi dagens behandling og forskning bygger på dette fundamentet, og fordi historien om hvordan multipel sklerose-gåten angripes fra mange ulike vinkler – fortalt på den rette måten – er like spennende som noen kriminalhistorie. Den mangler også gode illustrasjoner som er nødvendige for å forstå dagens hypoteser om sykdomsmekanismen ved multipel sklerose.

Dette til tross – her har man en skattkiste av kunnskap. Boken viser elegant hvordan forståelsen av sykdommen har endret seg i takt med utviklingen innen medisinsk forskning, og den vil være et funn for et ganske smalt publikum med interesse for både multipel sklerose og medisinsk historie.

Trygve Holmøy

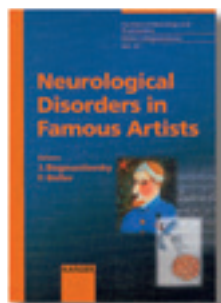
Nevrologisk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Velskrevet om nevrologisk sykdom hos kunstnere

Julien Bogousslavsky, François Boller

Neurological disorders in famous artists

192 s, tab, ill. Basel: Karger, 2005. Pris USD 100
ISBN 3-8055-7914-4



Det kan neppe være tvil om at kunsten egentlig oppstår i hjernen, som resultat av komplisert nevronal aktivitet. Kreativiteten til malere, musikere, poeter og andre kunstnere er et resultat av høyere hjernefunksjoner.

Det essensielle mennesket er nervesystemet, sa Caesar Bock.

Den foreliggende bok omhandler nevrologiske sykdomsbilder hos en rekke berømte kunstnere og viser hvordan kroniske nevrologiske sykdommer forandret deres kreative evner. Betydningen av slag, epilepsi, hjernesvulst, demens og annet hos kjente forfattere, filosofer, malere og komponister omtales i 18 kapitler.

Syfilis og paralysis generalis omtales hos Guy de Maupassant og Friedrich Nietzsche, som begge døde på institusjon. Både Fjodor Dostojevskij og Gustave Flaubert hadde epilepsi, både partielle og generaliserte anfall. Filosofen Immanuel Kants sykdomsbilde synes å være mest forenlig med det vi i dag kaller lewylegemedemens, og han døde dement. Han hadde også hodepine som sannsynligvis var migræne. Maleren Vincent Van Gogh hadde mest sannsynlig en bipolar lidelse, affektiv eller schizofren, som forårsaket hans suicid da han var bare 37 år gammel, i 1890. Sykdomsbildet hos komponisten Maurice Ravel antas å ha vært frontotemporal demens, Georg Friedrich Händel hadde flere mindre hjerneslag og Joseph Haydn sannsynligvis subkortikal vaskulær encefalopati. George Gershwin hadde en hjernesvulst i høyre temporallapp som imidlertid bare forårsaket apraksi sent i forløpet og ikke synes å ha affisert hans evne til å komponere i nevneverdig grad før da. Endelig omtales fokal dystoni hos Robert Schumann, i form av

pianistkrampe i langfingeren på høyre hånd. Dette førte til at han nærmest måtte gi opp å spille piano, men fortsatt kunne komponere.

Boken er velskrevet, med flere illustrasjoner og mange relevante referanser. Den gir et fascinerende bilde av hvordan forskjellige kroniske nevrologiske sykdommer influerer på den kunstneriske aktivitet. Den vil være av interesse for alle som er opptatt av det essensielle mennesket.

Rolf Nyberg-Hansen

Nevrologisk avdeling
Rikshospitalet

Sosial ulikhet og helse

Richard G. Wilkinson

The impact of inequality

How to make sick societies healthier. 355 s, ill.
London: Routledge, 2005. Pris GBP 20
ISBN 0-415-37269-0

Forfatteren er professor i sosialepidemiologi i Nottingham og London. Det går en sosialt betinget helsegradient tvers igjennom befolkningen i alle land. Lav sosial posisjon er knyttet sammen med dårlig helse, høy dødelighet og kortere levetid. Egentlig har vi visst det i alle år. Ett dramatisk eksempel er da *Titanic* forliste: Mange flere av passasjerene på første klasse enn av passasjerene på dekksplass ble reddet. Men årsakene og mekanismene har vært omdiskutert. I 1978 kom de første rapportene fra de store undersøkelsene i regjeringkvartalet Whitehall i London. Her kunne man ordne alle de ansatte etter lønnstrinn, og det ble funnet en klar helsegradient tvers gjennom hele byråkratiet. Omtrent en tredel av årsakene var livsstilsrelatert, resten var uforklart.

To av nestorene har fortsatt denne forskningen i alle år, systematisk og tålmodig. I 2004 skrev Michael Marmot boken *Status syndrome* (1), som fikk en glimrende omtale i Tidsskriftet i fjor. Nå har Wilkinson skrevet denne. De overlapper og utfyller hverandre, og til sammen gir de en forståelse av mekanismene bak den sosiale helsegradienten. Wilkinson er åpenbart sosialt engasjert på venstresiden, men han er nøye med dokumentasjonen.

Det er ni kapitler. Det første slår an tonen: Affluent societies: material success, social failure, det siste gir drømmen: Liberty, equality, fraternity: economic democracy. I mellomkapitlene drøftes helse, kriminalitet, vold, rase, kjønn og – fremfor alt – psykososialt stress. Ulikhet fører til kroniske problemer, angst, dårlig selvbilde og bitterhet. Det skaper et samfunn preget av mistenksomhet, fiendtlighet og antipati. Likheter skaper vennlighet, hjelpsomhet og empati. Men kulturelle faktorer spiller også en viktig rolle. For eksempel klarer de fattige hispanierne i USA seg bedre, fordi deres kultur er

preget av åpenhet og vennlighet. Et interessant fenomen i USA er at volden ikke retter seg mot de velstående, men mot andre fattige. Voldsmannenens forklaring er: «He did 'nt respect me» eller «He diss'ed (disrespected) me».

Det er tydelig at mekanismen bak dårlig helse er de onde sirklene fattigdom, dårlig utdanning, dårlig eller ingen jobb, dårlig livsstil, dårlig selvbilde, intet håp og til slutt dårlig helse og vold. Alt går fra vondt til verre i en evig rundgang, uten at det er håp om at man noensinne skal klare å komme seg ut av det.

Wilkinson skriver godt og engasjert. Han er grundig med referansene og har plukket ut nøkkeldiagrammer for de viktigste sammenhengene. Saksregisteret er utmerket.

I England og USA er det større sosial ulikhet enn i de nordiske landene, men vi bør lære av deres erfaringer, for ulikhetene øker i alle de industrialiserte land. Jeg tror det er viktig at leger kjenner og forstår mekanismene bak den sosiale helsegradienten. Selv om vi står overfor et samfunnsproblem, kan den enkelte lege gjøre meget for sine pasienter. Derfor føler jeg at denne boken hører med til pensum.

Peter F. Hjort

Blommenholm

Litteratur

1. Marmot M. Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.

Minnelagring

Peter Wetterberg

Hukommelsesboken

Hvorfor vi husker godt og glemmer lett. 198 s, tab, ill. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005. Pris NOK 265
ISBN 82-05-33500-1



Det er ikke noe forord i denne boken, men jeg antar at forfatteren har villet henvende seg til den allment interesserte leser, kanskje spesielt til dem som vil studere svekket hukommelse.

Den starter med en historisk fremstilling, så er det en

enkel oversikt over nervesystemets biologi. I et hovedkapittel blir det gjort rede for såkalte hukommelsesmodeller – det vil si hypoteser forskere har brukt til å skissere hvorledes lagring av minner kan skje ved hjelp av elektriske impulser i et antall nerveceller. Vanskeligere å forstå er hvorledes slike lagrede minner kan hentes ut