

Boken prøver å skape entusiasme for forebyggende arbeid, samtidig som den ønsker å være kritisk og balansert, der praktiske og prinsipielle motforestillinger også gis plass.

I forhold til de spennende diskusjonene vi har hatt de senere år omkring individets kontra samfunnets ansvar, og de avgjørende ideologiske uenighetene mellom spesialisthelsetjenesten og allmennhelsetjenesten i synet på medikamentell intervensjon mot risikofaktorer, blir imidlertid boken noe tam.

Det konkluderes med «levevanenes dominerende betydning for de vanligste dødsårsakene i dagens samfunn.» Selv om vi også «må regne med at omgivelsene i betydelig grad er med på å forme folks livsstil», er grunntonen ønsket om å påvirke personlig livsstil. I den positive grunnholdningen til slik intervensjon lanseres noen vel optimistiske utsagn, som at «reduksjon i det gjennomsnittlige daglige saltinntaket med 3–5 gram vil redusere forekomsten av hjerteinfarkt og hjerneslag med 20–40 %».

Boken er godt oppdatert med hensyn til figurer og tabeller, men bærer ellers preg av å være en revidert utgave. Ny røykelov er så vidt omtalt og helsekonsekvensanalyser som virkemiddel i samfunnets forebyggende helsearbeid er ikke tatt med. Diskusjoner omkring risikobegrepet er heller ikke særlig oppdatert og i en nyskrevet bok burde nok kronisk obstruktiv lungelidelse gis større plass som konsekvens av røyking.

Boken er velskrevet, men noe ordrik og med en del gjentakelser. Avsnittene om sykdomsorienterte forebyggingsstrategier blir for generelle på vanskelige områder, som psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser.

Det hadde vært praktisk med én lærebok i samfunnsmedisin beregnet på medisinske studenter. En slik bok får vi vel knapt innen et så heterogent fag. Det er en beklagelig overlapping, spesielt mellom samfunnsmedisin-, sosialmedisin- og forebyggingsmedisinboken. I forhold til de tre bøkene nevnt foran, prøver denne å sette søkelyset på samfunnsmedisinens viktigste felt – det forebyggende helsearbeidet. Hvis jeg måtte ha valgt én av de fire, tror jeg kanskje John Gunnar Mælands forebyggingsbok, til tross for mine innvendinger, hadde vært den jeg ville valgt.

Dag Bruusgaard

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Litteratur

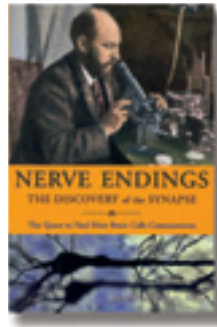
1. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
2. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
3. Mæland JG, Fugelli P, Høyer G et al, red. Sosialmedisin i teori og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.

Hvordan ble synapsen oppdaget?

Richard Rapport

Nerve endings

The discovery of the synapse. 240 s, ill.
New York, NY: W. W. Norton & Company, 2005.
Pris USD 24
ISBN 0-393-06019-5



Så sent som i 1950-årene diskuterte forskerne fortsatt om impulsoverføring mellom nerveceller skjer i kjemiske kontakter eller ved hjelp av et elektrisk syn-cytium. Men egentlig ble dette spørsmålet på det nærmeste avklart mer enn femti år tidligere, etter et både merkelig og fascinerende forskningskappløp som kulminerte med beskrivelsen av synapsen. De sentrale aktører i dette kappløpet var spanjolen Santiago Ramón y Cajal og italieneren Camillo Golgi. Golgi fant opp en histologisk fargemetode som muliggjorde studier av nerveceller og deres fibrer, Ramón y Cajal raffinerte denne metoden og gjorde banebrytende studier av celler og fibrer i sentralnervesystemet. De delte nobelprisen i 1906. På det tidspunkt var de bitre fiender og slett ikke på talefot. Ramón y Cajal kom med overbevisende dokumentasjon og var en varm talsmann for synapsesteorien, Golgi tviholdt på sin gamle oppfatning om et sammenhengende elektrisk nettverk.

I *Nerve endings* beskriver den amerikanske nevrokirurgen Richard Rapport både forskningen som ledet frem til synapsesteorien, og menneskene bak denne forskningen. Det meste av boken vies, naturlig nok, til en biografisk fremstilling av Ramón y Cajal og Golgi. Men Rapport glemmer heller ikke andre bidragsyttere. Han har fått med seg at Fridtjof Nansen trolig var den aller første som ut fra egne eksperimentelle data forkastet teorien om et elektrisk nettverk, men mener at den omnipotente Nansen trolig ikke forstod konsekvensene av sin egen oppdagelse, selv etter at arbeidet var publisert (Nansens doktoravhandling).

Boken gir et godt innblikk i livene til Ramón y Cajal, Golgi og flere andre forskere som har lagt grunnlaget for vår forståelse av sentralnervesystemet. Da jeg selv startet med eksperimentell hjerneforskning i 1970-årene, var Ramón y Cajals verker om sentralnervesystemets histologi fortsatt standardreferanser, og Golgis fargemetode var et viktig supplement til mer moderne histologiske teknikker. Selv hadde jeg derfor ekstra stor glede av å lese om to av hjerneforskningens mestres. Men man trenger ikke å ha noe personlig forhold til

disse to og deres arbeider for å ha glede av denne boken. Richard Rapport har skrevet med tanke på at alle skal kunne lese den. Dette kan være en styrke, men for den medisinske leserkrets kanskje vel så mye en svakhet. For det dveles litt lenge ved beskrivelse av nervesystemet, og ved videre synapseforskning etter Golgi og Ramón y Cajal. Jeg tror nok at boken vil ha størst appell til en litt snevrere lesergruppe enn allmennmarkedet. Men hvis du enten har tilbrakt tid med å studere sentralnervesystemet i mikroskop, eller har en generell interesse for medisinsk historie, tror jeg du vil ha stor glede av *Nerve endings*.

Espen Dietrichs

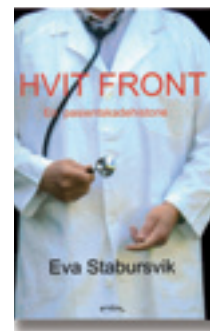
Nevrologisk avdeling
Rikshospitalet

En pasients erfaring av faglig svik(t)

Eva Stabursvik

Hvit front

En pasientskadehistorie. 142 s.
Oslo: Emilia forlag, 2005. Pris NOK 148
ISBN 82-7419-095-5



Dette er en liten og lettest bok – om personer som ikke har gjort jobben sin. Forfatteren kjenner en kul i brystet. Hun er bekymret fordi mor og hennes to søstre har hatt brystkreft. Hun går jevnlig til kontroll for fibroadenomatose. Denne nye

kulen er annerledes en de knutene hun har kjent tidligere. Den er hard – som «et knudret nøtteskall». Hun blir henvist til mammografi på klinisk indikasjon. I tillegg gjøres forsøk på punktsjonscytologi, men legen mislykkes. En ny lege kommer til, men han tar prøver av cyster andre steder i brystene og ikke av den aktuelle kulen som hun har søkt lege for. Dette ser hun i ettertid i journalen. Hun får beskjed om at alt er i orden.

Året etter er kulen der fortsatt. Denne gangen blir det verken rekvirert mammografi eller cytologi. Året deretter stadfestes hennes bekymring: kreft. Hun blir operert med fjerning av hele brystet. Det er spredning til lymfeknuter – og etter noen år også skjelettmastaser.

Dette er essensen i den medisinske beretningen. Men pasienten gir oss et innblikk i en fortvilelse over mer enn selve sykdommen. Hun ble ikke tatt på alvor da hun søkte å få gehør for at det faktisk var skjedd en feil da kreftknoten ikke ble punktert ved første undersøkelse. Hun dokumenterer solid at legene på det aktuelle sykehuset ikke fulgte

sine egne anerkjente rutiner for utredning av kuler i bryst. På en stillferdig, ryddig, svært grundig og pålitelig måte gir forfatteren leseren et innblikk i detaljene omkring hvordan Norsk Pasientskadeerstatning, våre kolleger, inklusive de sakkyndige, og representanter for rettsvesenet ikke tar hennes fortelling på alvor når sak reises. De omgår hele veien hennes påpekning av den manglende cytologien ved første undersøkelse. Pasienten får ingen erstatning. Men hun får en klar og utvetydig støtte fra en kollega i den svenske Ansvarsnemnden. Denne onkologen har skrevet forordet i boken.

Dette er skremmende lesing for både leg og lærd. Slik kan vi ikke ha det, tenker jeg. Hvis vi ikke kan regne med faglig redelighet og ryddighet i våre eksperters uttalelser, vil pasienter og pårørende lide, og vårt eget fag kan miste tillit hos dem som er avhengig av vår ærlighet og ydmykhet når feil begås. Jeg spør meg også om saken ville ha fått en annen vending om pasienten primært var blitt rådet til å melde ifra til Fylkeslegen om avviket, altså at det hadde blitt en tilsynssak i stedet for et spørsmål om erstatning i første omgang.

Boken bør kunne leses med stort utbytte av medisinske studenter og kolleger uansett spesialisitet. Den er en påminnelse om det vesentlige ved å «ta ett skritt ned» og rekke ut hånden til den personen som mener det er begått en feil. Og så lytte til fortellingen – for deretter å beklage og søke å finne hvor veien kan gå videre – for begge parter.

Eli Berg

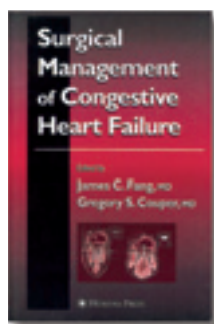
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Kirurgisk behandling av hjertesvikt

James C. Fang, Gregory S. Couper

Surgical management of congestive heart failure

328 s, tab, ill. Totowa, NJ: Humana Press, 2005.
Pris USD 135
ISBN 1-58829-034-4



Kirurgisk behandling av avansert hjertesvikt har tradisjonelt vært begrenset til hjertetransplantasjon. I store deler av den vestlige verden øker gapet mellom donororganer og antall sviktpasienter, og mange pasienter kommer derfor aldri til transplantasjon.

På denne bakgrunn har det de siste 15–20 årene vært utviklet flere operasjonsmetoder for venstre ventrikkel-svikt. De har imidlertid vunnet lite utbredelse, først og fremst pga. til dels betydelig perioperativ mortalitet og morbiditet. I tillegg har det vært vanskelig

å påvise noen sikker hemodynamisk eller livsforlengende effekt av operasjonene, til tross for reduksjon av symptomer.

Forbedring av kirurgiske prosedyrer, bedre diagnostikk, og ikke minst økt forståelse av hvilke pasienter som kan ha nytte av inngrepet, gjør at flere av disse operasjonene nå har mer forutsigbare resultater og akseptabel risiko. Medikamentell sviktbehandling forsinker sykdomsprosessen og bedrer funksjonsnivået, mens leveutsiktene for pasienter med avansert venstre ventrikkel-svikt fortsatt er meget begrenset. På denne bakgrunn er det fattet betydelig håp til at kirurgisk sviktbehandling kan bedre funksjonsnivået og levetiden for disse kritisk syke pasientene.

James C. Fang er kardiolog og Gregory S. Couper hjertekirurg ved Brigham and Women's Hospital og professorer ved Harvard Medical School. I *Surgical management of congestive heart failure* har forfatterne samlet et panel av kjente kardiologer og hjertekirurger for å belyse de kliniske og vitenskapelige resultater ved kirurgisk sviktbehandling.

Mange av kapitlene er skrevet av pionerene på de ulike feltene, og dette gir utvilsomt et ekstra erfaringsperspektiv. Innholdet favner et vidt spekter av kirurgiske prosedyrer fra hjertetransplantasjon, kirurgisk revaskularisering ved langtommen koronarsykdom, klaffekirurgi, biventriskulær pacing, assistansesystemer for venstre ventrikkel, kunstige hjerter, kardiomyoplastikk med latissimus dorsi-muskel, myektomi ved hypertrofisk kardiomyopati og til det kanskje beste kapitlet: rekonstruksjon av venstre ventrikkel ved iskemisk hjertesvikt.

Dette er en god oppdatert oversikt over mangfoldet av kirurgiske sviktprosedyrer. Til tross for mange forfattere har man klart å holde en enhetlig og samlet fremstilling. Boken er ikke en lærebok i kirurgisk teknikk, til det er den for kort. Noen av forfatterne gir likevel en god innføring i operasjonsmetoder.

Bokens store styrke er at den gir en samlet oversikt over indikasjoner for de ulike prosedyrer, effekter på hemodynamikk, symptomer og overlevelse, og ikke minst uvurderlige personlige erfaringer fra fagfeltets pionerer. Den er lettlest og har brukbare illustrasjoner. Den kan absolutt anbefales til kardiologer og hjertekirurger med interesse for behandling av alvorlig hjertesvikt.

Runar Lundblad

Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Barnehelse, befolkningshelse og livsløp

WHO Europa

The European health report 2005

Public health action for healthier children and populations. 129 s, tab, ill. København: Verdens helseorganisasjon, 2005. Pris CHF 40
ISBN 92-890-1376-1



Verdens helseorganisasjons region-rapport for 2005 tar som utgangspunkt at barnehelse har betydning for helse senere i livet, og at tiltak rettet mot barn og unge dermed er effektive for å forebygge en

rekke kroniske sykdommer i voksen alder. Ved å legge et slikt livsløpsperspektiv så eksplisitt til grunn for utformingen av helsepolitikk, tar organisasjonen også et valg av hvilket kunnskapsgrunnlag man anser som viktigst.

Senere års epidemiologisk og basalmedisinsk forskning har i økende grad dokumentert betydningen av faktorer tidlig i livet, som barns vekst og utvikling, for å utvikle en rekke kroniske sykdommer. I denne tilnærmingen ligger det ulike perspektiver for sykdomsårsaker, som programmering i fosterlivet til kumulativ økning av risiko gjennom hele livet.

Det er prisverdig at organisasjonen tar innover seg ny kunnskapsutvikling og formulerer en bred strategi om tiltak på basis av dette. Antakelig er kunnskapen vi har nå, langt på vei god på et generelt grunnlag for å formulere forebyggende tiltak.

Men med en så lang tidshorisont er det vanskelig å være sikker på at dette også gjelder dagens unge. Hvilken rolle spiller oppvekstvilkårene til barn i dag for fremtidig sykdom når kunnskapen baserer på oppvekstvilkårene for mange tiår siden? Dette problemet burde vært diskutert mer eksplisitt i rapporten.

Rapporten preges naturlig nok av mye tall. Den tar for seg hele den europeiske regionen som for Verdens helseorganisasjon omfatter et bredt register av land. Forskjell mellom land i regionen i forventet levealder for menn ved fødsel har økt mellom 1990 og 2003 fra 12 år til 15 år. Island og Sveits ligger på 80,9 år, mens Kasakhstan og Russland ligger på 65,9 år.

Rapporten deler inn regionen i tre områder, og for mange av landene som tidligere var en del av Sovjetunionen, har forventet levealder fortsatt å synke helt frem til i dag. Tilsvarende er dødeligheten hos barn i alderen 5–14 år i mange av de samme landene merkbart høyere. Mange vil ha nytte av å lese rapporten. De fleste