

rasjoner. Andre mener at sosial trygghet hemmer økonomisk vekst og at folkets sparepenger best forvaltes av private investorer. For dem er dagens folketrygd en dårlig løsning.

Kapitlene om globalisering og internasjonal velferd beskriver hvordan internasjonal kapital med basis i USA, EU og Japan har oppnådd dominans ved å bryte velferdsstatenes «fredsavtale» med arbeiderklassen. Fagbevegelsen er aktivt blitt svekket ved deregulering av konkurransen og liberalisering av pengeflyttingen over grensene. Internasjonal velferd forutsetter at «det sivile samfunnet» i hvert land tar tilbake makten over økonomien, slik at denne igjen kan underordnes velferdsstatens mål om sosial trygghet og utjevning.

Boken imøtegår krisevarslene som tilsynelatende tvinger oss til å oppgi velferdsstaten av økonomiske årsaker. Vi har valgmuligheter. De stadige krisevarslene forteller bare at velferdsstaten nå som før er omstridt.

Dette er underholdende og tankevekkende lesing for den sosialpolitisk interesserte.

Ebba Wergeland
Arbeidstilsynet
Oslo

Hvordan leger tenker – og bør tenke

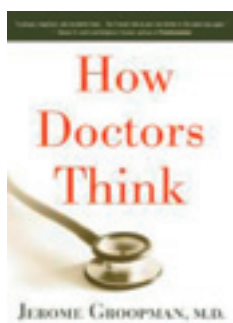
Groopman J.

How doctors think

307 s. Boston, MA: Houghton Mifflin, 2007.

Pris USD 26

ISBN 978-0-618-61003-7



Groopman er hematolog og kreftspesialist, professor ved Harvard Medical School og i tillegg en populær forfatter som skriver både bøker og artikler om «policy issues». Jeg falt for ham og har også anmeldt *The anatomy of hope* (1).

How doctors think handler om kliniske beslutninger, om hvorledes leger tenker og om vanlige feil og feilkilder. Det er ti kapitler om forskjellige beslutningssituasjoner, en innledning om den generelle problemstillingen og en epilog. Han bygger dels på egne erfaringer, dels på intervjuer med erfarne klinikere og dels på sine erfaringer som underviser for medisinstudenter. Han har erfart at legene læres opp på en annen måte nå enn tidligere. Før gikk de unge i lære hos gode rollemodeller, nå lærer

de algoritmer, retningslinjer og beslutnings-trær. Samtidig har prøveresultatene fortrengt kliniske undersøkelser og refleksjoner. De unge har ofte: «... failed to question cogently or listen carefully or observe keenly».

Den vanligste kliniske beslutningsmodellen er den intuitive. Etter noen års erfaring kjenner en lege igjen typiske mønstre og får en oppfatning om problemet i løpet av de første sekundene. Som regel er oppfatningen riktig, men det kan være feilkilder. Man kan ha oversett noe eller tenke feil hvis f.eks. pasienten vekker negative følelser – en «affective error». En annen vanlig feil er «confirmation bias», dvs. at man lukker øynene for de små, men viktige trekkene som ikke passer med ens egen hypotese.

Fastlegene er dørvoktere til spesialisthelsetjenesten og må alltid spørre seg selv: «Er dette alvorlig?» Det gjelder å holde fast på det viktige, men det hender at småting kan være avgjørende. Samtidig liker vi ikke å rope ulv i utregsmål, og balansen kan være vanskelig. Innvandrere kan ha sjeldne sykdommer som legen ikke har noen erfaring med. Vi har alle lært at vi skal tenke hest og ikke sebra når vi hører galopp, men en sjelden gang er det sebra. Alle leger bør lese Sherlock Holmes. Og noen ganger er det viktig å holde fast på usikkerheten – selv om legen må være handlingsorientert.

Det er et interessant skille mellom vertikal og lateral tenkning. Av og til er det viktig å la seg spore av fra den vertikale tankemodellen, og det hender at pasienten har flere problemer samtidig. Et eget kapittel handler om å se riktig, særlig for røntgenologer og patologer. Et vanskelig problem melder seg når legen har spesielle bindinger – økonomiske, lojalitetsmessige eller andre. Det er store områder i medisinen og i kirurgien som preges av slike bindinger, ikke minst gjelder det kirurgien og kanskje særlig ryggkirurgien. Det er viktig å være klar over slike bindinger.

Forfatteren skriver så godt om sine erfaringer og refleksjoner at man blir revet med. Boken er godt disponert og har et utmerket register og sakregister. Det er lett å finne frem til spesielle problemer. Jeg tror at alle som arbeider klinisk, både leger og studenter, vil ha glede og nytte av *How doctors think*. Den får en til å reflektere over egne erfaringer, arbeidsvaner og holdninger, og det blir man aldri for gammel til.

Peter F. Hjort
Blommenholm

Litteratur

1. Groopman J. *The anatomy of hope*. New York: Random House, 2004.

Klassiker innen klinisk gastrokirurgi

Yeo C.J.

Shackelford's Surgery of the alimentary tract

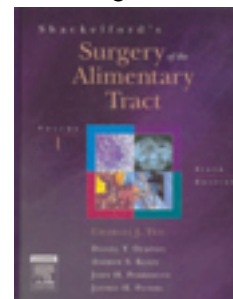
2 bd. med CD-ROM. 6. utg. 2 418 s, tab, ill.

Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2007.

Pris USD 399

ISBN 978-1-4160-2357-9

Dette verket har rundet 50 år. Sjette utgave er slankere enn de tidligere og har fått en tydelig ansiktsløftning, og volumet er redusert fra fem til to bind. Charles Yeo (Philadelphia, USA) har overtatt redaktøransvaret etter Shackelford & Zuidema. Verket er nå delt inn i fire seksjoner, hver redigert av egne fagredaktører, med bidrag fra over 300 forfattere, hovedsakelig amerikanere. Det er beregnet på utdanningskandidater og spesialister i gastroenterologisk kirurgi.



Seksjonene *Esophagus and hernia, Stomach and small intestine, Pancreas, biliary tract, liver, and spleen og Colon, rectum, and anus* beskriver normal anatomi, embryologi og fysiologi før

benigne og maligne patofysiologiske tilstander omtales. Det legges vekt på etiopatogenese, diagnostikk og behandling, og både åpen kirurgi, endoskopiske og minimalt invasive alternativer diskuteres der det er aktuelt. «Nyere» temaer, f.eks. fedmekirurgi, dekkes også. Pre-, per- eller postoperative aspekter dekkes ikke annet sted enn i selve kapitteltekstene. Etter flere av kapitlene er det en liste over anbefalt fordypningslitteratur, etterfulgt av referansene, som virker å være oppdatert.



Det er fargebilder og figurer av stort sett høy kvalitet. Enkelte illustrasjoner er hentet fra kjente kilder som Netter eller fra *Maingot's abdominal surgery*, andre er nye. Inkludert er en

søkbar CD-ROM som muliggjør nedlasting og bruk av bildematerialet til eget bruk og til undervisning internt, dessuten er det tilgang til kapitlene elektronisk.

Noe overlapping mellom kapitlene forekommer, uten at det er til nevneverdig sjanse. Imidlertid er kapittel 55, *Operations for peptic ulcer*, og kapittel 56, *Vagotomy and drainage*, i hovedsak så gjentakende at de burde vært redigert til ett. I kapitlet om appendix blir derimot temaet neoplasier, inkludert karsinoider, avspist med et lite avsnitt med kun to referanser, hvorav den