

egen interne kvalitetskontroll og «pasienten først, deretter økonomien»-prinsippet rystes nå i sine grunnvoller. I denne situasjonen er det viktigere enn noen gang med forståelse av hva som er forutsetningene for at vi kan utgjøre en funksjonell og handlekraftig profesjon til beste for pasienter og samfunn, og hvilke konsekvenser det må få for de prosesser vi er med på i forhold til myndigheter, pasienter og internt blant kolleger. Den foreliggende utgivelse kommer som kallet når det gjelder å fremme en slik forståelse.

23 forfattere fra fagene antropologi, filosofi, pedagogikk, psykologi, sosiologi, statsvitenskap og økonomi (flest fra Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo) har skrevet 25 relativt korte og meget leseverdige kapitler om teoretisk og empirisk kunnskap om profesjonene i vårt samfunn. Siden legeprofesjonen er prototypen på en profesjon, kan alt leses med relevans for nettopp vår yrkesgruppe.

Det er fire deler. Først gjennomgås profesjonsutviklingens historie. Deretter behandles profesjoners betingelser, med kapitler om bl.a. profesjon og kunnskap, profesjon og utdanning, menneskebeholdende profesjoner, profesjonsmoral og profesjon: rett og politikk. Så kommer viktige kapitler om bl.a. profesjon og skjønn, profesjon og tillit, profesjon og kjønn og profesjon, kontroll og ansvar. Etter det behandles sentrale temaer som for eksempel profesjonell utvikling, profesjon og læring og profesjon og identitet. I siste del ser man på profesjoner i et interaksjonistisk, et systemorientert og et kommunikasjonsteoretisk eller maktteoretisk perspektiv.

Forfatterne er preget av en nøktern, empirisk og kritisk holdning, uten å være verken idealiserende eller torpederende i forhold til legeprofesjonen. Flere er kritiske til konsekvensene av public management-modellen. *Profesjonsstudier* kan leses fra perm til perm eller brukes som oppslagsverk. Legeprofesjonen blir i høy grad sett utenfra, kanskje litt i meste laget. Jeg savner flere referanser til den forskningen som de siste ti årene er gjort om leger og medisinstudenter i Norge (f.eks. navn som Gjerløw Aasland, Tyssen, Hjortdahl, Ole Berg og Gude).

En del av stoffet vil være velkjent for de fleste leger. Fordelene med denne utgivelsen er at stoffet presenteres på en så samlet og reflektert måte at det gir grunnlag for å ta standpunkt i ulike stridsspørsmål som vedrører legerollens utforming og legenes virksomhet, ansvar og myndighet. Boken bør snarest kollokveres i sentralstyret og leses fra perm til perm av alle med tillitsverv innenfor Legeforeningen. Det gjelder også dem som deltar i utdanningen av studenter og unge leger og/eller forsker på disse gruppene. Utvalgte kapitler bør være obligatorisk lesning i siste semester av medisinstudiet. Her har vi den profesjons-

kunnskap våre folk må ha om deres meninger skal bli hørt i dagens samfunn.

**Per Vaglum**

Avdeling for medisinske atferdsfag  
 Institutt for medisinske basalfag  
 Universitetet i Oslo

**Liten verktøykasse**

Perera R, Heneghan C, Badenoch D.

**Statistics toolkit**

112 s, tab, ill. Oxford: Blackwell, 2008.

Pris GBP 13

ISBN 978-1-4051-6142-8



Dette er ment å være en introduksjon til basal forståelse av medisinsk statistikk. Forfatterne hevder at når du har fått grep på innholdet, skal du kunne nok til å ta fatt på tolking og bruk av statistikk i egne forskningsprosjekter. Dette

synes å være et noe i overkant optimistisk løfte.

Førsteintrykket er positivt – blikket fanges av rikelig med fargerike bilder og illustrasjoner, flytdiagrammer, tekstbokser og figurer. Selve teksten er delt inn i en introduksjon til grunnleggende begreper, som beskrivelse og fordeling av data, sannsynlighet og konfidensintervaller, og statistiske tester. Ganske snart blir man introdusert for metodebruk ved randomiserte studier og systematiske oversikter, mens mer «enkle» eller vanlige temaer som pasientkontrollstudier, diagnostiske tester og kohortstudier omtales lenger ut, avbrutt av et kapittel nummer to om systematiske oversikter. Det hele avsluttes med en «statistisk ordbok», som inneholder en hel rekke nyttige ord, begreper og uttrykk og forklaringer på hva disse betyr i medisinsk statistikk.

Inndelingen oppfattes ikke umiddelbart som logisk, og temaene er noe springende. Her er virkelig kun det basale, knappst det grunnleggende, tatt med i hvert kapittel, og som «verktøykasse» synes derfor denne utgivelsen å ha et begrenset arbeidsområde. Den største praktiske nytten ligger i størrelsen (den passer i en hvilken som helst frakkelomme) og i anvendelsen som en tilgjengelig håndbok for raskt å få forklart/oppfrisket enklere statistiske termer og begreper. Selv om det er gitt en del eksempler med illustrasjoner på databehandling i SPSS og Excel, så gir *Statistics toolkit* ikke grunnlag for å starte med egne forskningsprosjekter. Den kan muligens

fungere som en kort introduksjon eller som rask oppfriskning for dem som ikke jobber med forskning i det daglige. Hvis man vil gå mer inn i metodene, må det tyngre verktøy til.

**Kjetil Søreide**

Kirurgisk avdeling  
 Stavanger universitetssjukehus

**I knappeste laget**

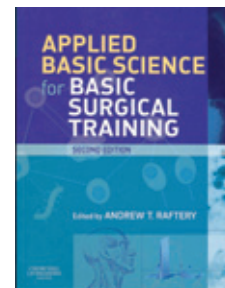
Raftery AT.

**Applied basic science for basic surgical training**

2. utg. 649 s, tab, ill. London: Churchill

Livingstone Elsevier, 2008. Pris EUR 75

ISBN 978-0-08-045140-4



Dette er annen utgave av en bok som første gang ble utgitt i 2000. Nå er flere forfattere kommet til, og mange kapitler er oppdatert. Innholdet er tilpasset pensum for første del av eksamen

i kirurgi ved The Royal College of Surgeons i Storbritannia, og intensjonen er å formidle de kirurgiske basalfagene til utdanningskandidatene og samtidig gi en rask, eksamenstilpasset oversikt.

Det er to hoveddeler. Den første skal dekke basale prinsipper i patologi og mikrobiologi og omhandler emner som cellenes patofysiologi, inflammasjon, tromboseutvikling, forstyrrelser i vekst og differensiering, immunologi og mikrobiologi. Den siste og største delen omfatter anatomi, fysiologi og spesiell patologi og er inndelt i kapitler etter organsystem. I tillegg er det et kapittel om tilstander hos barn.

Språket er lett tilgjengelig og formen kortfattet. Det er utstrakt bruk av opplysninger – komprimerte fakta til bruk for en eksamenskandidat under tidspress og med velutviklet korttidshukommelse. Dette går nødvendigvis på bekostning av presisjonsnivå og dybde, de fleste emner er ganske summarisk behandlet. Disposisjonen etter pensum fører til gjentakelser, familiær adenomatøs polypose er for eksempel omtalt fem steder på omtrent samme måte. Det er en del feil og mangler, de fleste like bagatellmessige som unødvendige, og det finnes ingen kildeangivelser, unntatt for noen av figurene.

Illustrasjonene er stort sett enkle, stiliserte strektegninger i svart-hvitt, som gir didaktisk klarhet og oversikt, av og til på bekostning av viktige nyanser. Dette er en heftet utgivelse, med ganske god papirkvalitet og tiltalende layout.

Kirurgutdanningen er annerledes strukturert i Storbritannia enn her i landet, og vi har foreløpig ingen tilsvarende eksamen som den *Applied basic science for basic surgical training* er ment å forberede til.

Dens styrke – kompendiepreget, knapt og oversiktlig og tilpasset målgruppen – er samtidig dens viktigste svakhet sett i vår sammenheng. Jeg tror leger under utdanning i generell kirurgi i Norge vil finne at behovet for en systematisk gjennomgang av anatomi, fysiologi og patofysiologi er bedre dekket i de større lærebøkene i kirurgi.

Forfatteren avslutter forordet med et håp om at annenutgaven skal selge like godt som førsteutgaven. Det vil den sikkert, men sannsynligvis først og fremst i Storbritannia.

**Oddvar Sandvik**

Kirurgisk avdeling  
Stavanger Universitetssjukehus

## Når legen blir pasient

Klitzman R.

**When doctors become patients**

333 s. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Pris GBP 20

ISBN 978-0-19-532767-0



Alle leger som har hatt alvorlig sykdom selv eller i nærmeste familie, vil kunne kjenne seg igjen her. Når vi blir tvunget til å gå fra rollen som lege til rollen som pasient, kan mye skje – både på godt og vondt. Her belyses dette fenomenet

ved å kombinere det helt nære kliniske perspektivet med et mer generelt perspektiv – dermed avdekkes også fenomener du ikke har tenkt på.

Forfatteren, lege Robert Klitzman, har dybdeintervjuet 70 leger i alderen 24–87 år fra alle typer spesialiteter (bl.a. kirurg, indremedisiner, pediater, radiolog, anestesilog, infeksjonsmedisiner, nevrolog, psykiater osv.) og med alle slags lidelser (hiv, kreft, hepatitt, bipolar lidelse, hjertesykdommer, kroniske infeksjoner osv.). Vi blir ikke presentert for en serie med legehistorier – forfatteren bruker de 70 historiene slik man gjør i kvalitativ forskning, nemlig som datagrunnlag for å besvare en serie med viktige spørsmål. Og så er det en rekke gode vignetter for å illustrere hovedtendensen i funnene.

Det er tre bolker – «å bli pasient», «å være lege etter også å ha blitt pasient» og en bolk med refleksjoner over hvordan pasienter bør behandles annerledes og

hvordan utdanningen kan forbedres. I den første studeres bl.a. indre og ytre hindringer for å definere seg som pasient, egendiagnostikk og egenbehandling, erfaringer med å bli behandlet som legepasient, problemene med å vedstå seg sykdom, strategier for å skaffe seg de beste leger og den mest avanserte behandling og måter å omgå det byråkratiske systemet på. Den andre bolken omhandler hvordan legen mestrer den doble identiteten som både lege og pasient, hvordan mange prøver å være sterke, med arbeidsnarkomani og utbrenthet som tilleggspolmer. Så beskrives hvordan noen får (fornyet) interesse for den åndelige dimensjon og hvordan mange endrer praksis overfor egne pasienter.

Det er et viktig referanseverk for alle som har med syke leger og legeutdanning å gjøre. Det speiler også hver og en av oss når vi står overfor dilemmaet som for eksempel søke hjelp/ikke søke hjelp, ta imot diagnoser og behandling eller vite best selv, stole på at kollegaen gjør sitt beste for en eller haste videre til neste lege. Det kan godt suppleres med et norsk bidrag (1). *When doctors become patients* gir også generell viten om hva som betyr mest for pasienters trygghet og mulighet til å mestre alvorlige sykdommer, og understreker viktigheten av pasientens perspektiv i konsultasjonen. Som flere sa: Det er tragisk at jeg måtte bli pasient selv for å forstå pasientenes perspektiv.

**Per Vaglum**

Avdeling for medisinske atferdsfag  
Universitetet i Oslo

**Litteratur**

1. Tyssen R. Når legen selv er pasient. I: Hem E, Vaglum P, Fyrand L et al. Pasienten og sykdommen. Om psykiske faktorer ved somatiske sykdommer. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 283–90.

## Sakleg og tankevekkjande om tobakk

Verdens helseorganisasjon

**The scientific basis of tobacco product regulation**

Report of a WHO study group. WHO Technical report series no. 945. 112 s, tab, ill.

Genève: WHO, 2007. Pris CHF 30

ISBN 978-92-4-120945-8

WHO har gjennom dryge 50 år gjeve ut «technical reports» med faglege vurderingar og råd frå ekspertgrupper på viktige medisinske felt. Ei gruppe har nyleg sett på det vitsskapelege grunnlaget for regulering av tobakksprodukt, dvs. kontroll av den kjemiske samansetjinga i dei produkta tobakksindustrien tilbyr kundane sine.

Første tema gjeld tilsetjingsstoff. Tobakksindustrien har i mange land sett til

smaksstoff og andre kjemiske produkt som kan gje røyken større appell til kvinner, barn og unge og gjere den første sigaretten mindre fråstøytande. For å halde industrien i øyra på dette feltet treng ein betre kunnskap om effekten av tilsetjingsstoffa både på røykevanane og på helsa.

Eit anna stort tema gjeld biomarkørar. Sidan mange av skadeverknadene kjem etter langvarig bruk, ville det ha vore til stor hjelp i reguleringsarbeidet om ein hadde sikre og tidlege teikn på skade. Biologiske prøver kan kanskje gje oss det, og dei kan òg gje betre mål for eksponering (tobakksbruk) enn den sjølvrapporteringa som har vore nytta i epidemiologien. Rapporten oppsummerer kva vi veit og kva det er naturleg å prioritere på dette feltet. Dei som skal stille krav til kjemien i tobakksprodukta, må truleg bygge på indisium og usikre haldepunkt lenge enno.

Siste tema for rapporten gjeld kontroll av giftige stoff i sjølve tobakksrøyken. Vi får lista opp ei rekkje stoff som produsentane bør måle og opplyse om til styresmaktene. Generelt reknar ein med at lågare nivå av desse stoffa gjev mindre skade, men det er langt att før ein kan seie korleis skadane varierer med den kjemiske samansetjinga. Strategien for å stille krav til tobakksrøyken og det ein treng av kunnskapar vert grundig gått gjennom i rapporten.

Det er eit viktig arbeid gruppa har gjort. Somme meiner kanskje det er uinteressant å diskutere detaljar ved kjemien til eit produkt som tek livet av halvparten av langtidsbrukarane. Men for samfunnet kan den potensielle helsegevinsten vere stor, og ein slik strategi for skadereduksjon er tenkt som del av ein større plan.

Rapporten kan vere til hjelp for politikarar, rådgjevarar, biobankar og forskarar. Men sjølv om kontrollen av tobakksprodukta først og fremst rettar seg mot tobakksindustrien, vert òg valfridomen til røykarane snevra inn. Arbeidet med innføring av røykfrie serveringsstadar i 2003 synta at tiltak som i dag er sjølvsahte for folk flest, vekte sterk motstand hos professorar som meinte dei visste betre. Eg vonar denne rapporten kan vekkje til debatt om kva som bør vere neste steg i arbeidet mot tobakkskadane.

**Tom K. Grimsrud**

Krefregisteret