

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, anestesiológ, 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.

Dette 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 langtidbrukarane. 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