

Norge begrenset. Grovt regnet halvparten av kapitlene faller i større eller mindre grad i denne kategorien. Disse vil norske lesere ha beskjedent utbytte av. På den annen side er det mange kapitler som omtaler globale fenomener med høy relevans også i Norge. I så måte er noe av det aller mest leseverdige (og tankevekkende) det om kommunikasjonsproblemer med tilhørende legemiddelfeil når en pasient overflyttes fra et behandlingsnivå til et annet. Hva som styrer våre behandlingsstrategier og legemidler brukt i primær- og sekundærpreventiv hensikt, er også interessant stoff.

Utformingen er enkel, uten farger og det er kun noen få skjematisk figur. Det er nyttig at det i hvert kapittel er faktaruter som oppsummerer de viktigste poengene, men det kunne med fordel vært gjort enda mer ut av selve presentasjonen av stoffet. Innholdet er svært etterrettelig – jeg fant bare én liten faktafeil under min gjennomlesing (om interaksjonen mellom paracetamol og warfarin).

En tilsvarende bok tilpasset norske forhold ville jeg ikke nølt med å anbefale til alle, både studenter og ferdige leger! Spørsmålet blir om den foreliggende boken kan ses på som tilstrekkelig interessant ut fra at det bare er halve innholdet som er relevant fra et norsk perspektiv.

**Olav Spigset**

Avdeling for klinisk farmakologi  
St. Olavs hospital

## Kritisk tenking

Levi R.

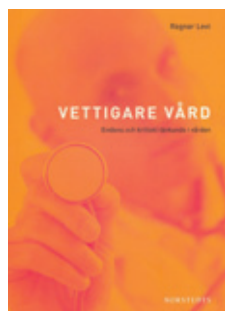
### Vettigare vård

Evidens och kritiskt tänkande i vården.

174 s, tab, ill. Stockholm: Norstedts, 2009.

Pris SEK 250

ISBN 978-91-1-302273-4



Det første er ikke å skade (*primum est non nocere*), er overskriften på introduksjonskapitlet. Ordene er fra Hippokrates – 2 400 år gamle. Fra epilogen framgår at når *British Medical Journal* i 2007 listet opp de

15 mest betydningsfulle milepælene siden 1840, var kunnskapsbasert medisin (EBM) på listen sammen med bl.a. oppdagelsen av DNA, antibiotika, vaksiner m.fl.

Kort fortalt handler boken om kunnskapsbasert medisins betydning for «vettigare vård». Fra sin studietid forteller forfatteren at «til allas besvikelse avsløjade aldrig föreläsaren hur man blir en oskadlig

doktor». Men etter den tid har Cochrane Collaboration og Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), der forfatteren er informasjonssjef, bidratt til systematiske kunnskapsoversikter som har vist at helsetjenester både kan være ineffektive og i visse tilfeller skadelige. Sentrale begreper innenfor den kunnskapsbaserte medisinen omtales og vektlegges, slik som kunnskapsgrunnlag (evidens), randomisering, meta-analyse og systematiske litteraturoversikter.

Boken er skrevet for å bidra til mer kritisk og selvstendig tenking, og målgruppen er de som nå er under utdanning for å arbeide i helsetjenesten, men er også ment å inspirere de etablerte til å drøfte sine inngrudde rutiner og til å etterspørre kunnskapsgrunnlag. Det gjelder å få best mulig helse og livskvalitet for hver krone. Forfatteren vil også gjerne at legmenn, pasienter og pårørende skal gis et innblikk i hvilke krav som burde stilles til helsetjenester. For å fremme diskusjon og kritisk refleksjon avsluttes hvert kapittel med spørsmål.

Eksempel: Hvorfor er det utviklet bedre sikkerhetstenking for fly enn for helsetjenesten og hva kan gjøres for å bedre situasjonen? Finnes det noen medisinske informasjonskilder som du oppfatter som generelt mer troverdige enn andre? Hvorfor gir én enkelt studie sjelden nok støtte til at behandlingsrutinene bør endres?

Boken er velskrevet og lettlest og har morsomme tegninger. Den fører seg inn i en rekke av bøker og publikasjoner som vektlegger betydningen av kritisk tilnærming ad modum kunnskapsbasert medisin og anbefales som sådan.

Personlig ser jeg likevel frem til at det kommer verk som også vektlegger en annen form for kritisk tenking – nemlig om kunnskapsbasert medisin slik den fungerer i dag. Det foreligger et innebygd etisk kjerneproblem i den biomedisinske kunnskapsproduksjon som handler om medisins vitenskapelighet, menneskesyn og kroppsforståelse. Synet på mennesket er gruppebasert og derfor fremmedgjørende, og kunnskapen som produseres, er abstrahert fra livet i kraft av metodene. Kroppen betraktes fragmentert, mekanistisk og materielt – og til det passer kunnskapsbasert medisin som hånd i hanske; hvert fragment tilbys sin kunnskapsbaserte terapi. Gyldig kunnskap – korrekt anvendt kan derfor også skade. *Primum est non nocere*.

**Irene Hetlevik**

Allmennedisins forskningsenhet  
Institutt for samfunnsmedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

## Ny svensk lærebok i lungemedisin

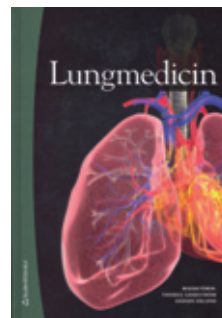
Sandström T, Eklund A, red.

### Lungmedicin

478 s, tab, ill. Lund: Studentlitteratur, 2009.

Pris SEK 651

ISBN 978-91-44-00847-9



En skandinavisk lærebok tillater formidling av sykdommenes manifestasjoner og forløp i vår del av verden, og forfatterne vil vektlegge den lokale kultur og tradisjon i diagnostikk og behandling. Et slikt fokus har

ikke de store angelsaksiske lærebøkene som er sikket inn mot det globale marked. Denne svenske læreboken i lungemedisin er ifølge redaktørene rettet mot en lesergruppe av leger under spesialisering i lungesykdommer og spesialister i lungesykdommer, men den kan også være aktuell for leger i andre fagområder og interesserte sykepleiere.

I alt har 53 forfattere, hovedsaklig fra svenske universitetsklinikker, skrevet 35 sentrale kapitler innen lungemedisin. Her omtales de viktigste lunge- og luftveissymptomene hos pasientene som oppsøker helsevesenet, nemlig dyspné og hoste, og vanlige prosedyrer som lungeradiologi og allergidiagnostikk. Tradisjonelle store pasientgrupper er omtalt: de med astma i seks kapitler, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i fem kapitler, parenkymatøse lungesykdommer i ti kapitler, lungeinfeksjoner inkludert tuberkulose i tre kapitler. Men det er også kapitler om lungekreft, pleurasykdommer, cystisk fibrose, lungetransplantasjon, hypoventilasjon, obstruktiv søvnapné, yrkesrelaterte lungesykdommer, røykestopp samt rehabilitering. Omtalen av lungenes utvikling og pulmonal hypertensjon har fått større plass enn vanlig, men det skyldes vel den store kunnskapsutviklingen på disse fagområdene. Jeg savner et kapittel om lungemalignitet og mer utførlig omtale av komorbiditet og systemmanifestasjoner ved kols. Det er store pasientgrupper som ofte tas hånd om av spesialister i lungesykdommer. Boken har et fylldig register med ca. 1 500 emner, men jeg savner et avsnitt som forklarer alle forkortelsene som brukes i boken. Referanser til andre bøker, tidsskriftsartikler og internettadresser er fåtallig, men jeg finner henvisninger til flere sentrale globale, engelske og svenske faglige retningslinjer innenfor lungemedisin. Flere av kapitlene har et sammendrag og en faktarute.

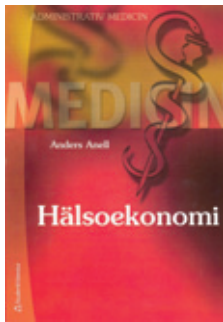
Læreboken er skrevet av erfarne klinikere med meget god innsikt i de aktuelle

pasientpopulasjonene i Sverige. Kapitlene har noe varierende kvalitet, men spesielt kapitlene om sarkoidose og hoste er glitrende gode. Boken er mer innholdsrik enn de to norske lærebøkene som er på markedet på samme fagområde. Det må ha vært en stor utfordring for redaktørene å redigere denne læreboken med så mange forfattere, men de har lyktes på en glimrende måte. Den kan anbefales til leger under utdanning i spesialiteten lungesykdommer og til spesialister i lungesykdommer.

**Amund Gulsvik**  
Lungeavdelingen  
Haukeland universitetssykehus

## Helseøkonomi på svensk

Anell A.  
**Hälsoekonomi**  
122 s, tab, ill. Lund: Studentlitteratur, 2009.  
Pris SEK 204  
ISBN 978-91-44-04843-7



Målgruppen er beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten. Boken er skrevet på svensk, og mange tall og eksempler er hentet fra Sverige, men det meste av stoffet er aktuelt også for norske

lesere. Den er lettlest og krever ingen forkunnskaper i økonomi.

Det er tre hovedtemaer: ressurstilgang og finansiering av helsetjenesten, betalingsordninger for leger og sykehus samt prioritering og økonomisk evaluering. Selv om utgangspunktet er svenske forhold, gjøres en rekke internasjonale sammenlikninger. Omtalen av egenandeler og forsikringsordninger tyder på at helsedebatten i Sverige ikke er meget forskjellig fra den i Norge. Det samme gjelder spørsmålet om betaling av leger og sykehus. Personlig savnet jeg større oppmerksomhet omkring hvor lite god forskning det er på området og at helsepersonellet ikke synes å la seg styre så lett gjennom incentiver. Gjennomgangen av økonomisk evaluering er ryddig, men noen lesere vil nok savne de mange innvendinger som er reist mot kvalitetsjusterte leveår. Det er mulig at svensk helseøkonomi ikke har hatt det korrektiv som Norge har hatt i Erik Nord.

Tross noen svakheter er dette en leseverdig bok som lett kan anbefales. Den gir mye lærdom på relativt få sider. Spørsmålet den potensielle kjøper bør stille seg, er om man skal velge en norsk eller svensk bok. Den norske helseøkonomen Jan Abel Olsen

har utgitt en bok av omtrent samme omfang og med mye av det samme stoffet (1). De med interesse for internasjonale sammenlikninger vil kanskje velge Anell, mens de som er opptatt av rettferdighetsargumenter i helsepolitikken, nok vil finne mer av interesse i Olsens bok. Dette valget kan vi trygt overlate til markedet!

**Ivar Sønbo Kristiansen**  
Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo

**Litteratur**  
1. Olsen JA. Helseøkonomi: Effektivitet og rettferdighet. Oslo: Cappelen Akademisk, 2006.

## Fedmebehandling på svensk – atferdsendring i praksis?

Edlund K, Zethelius B, red  
**Fetma – Del 1**  
Medicinsk behandling och kognitiv beteendeterapi. 312 s, tab, ill. Lund: Studentlitteratur, 2009. Pris SEK 379  
ISBN 978-91-44-01892-8

Edlund K, Zethelius B, red  
**Fetma – Del 2 Patientmaterial**  
Behandling med kognitiv beteendeterapi. 345 s, tab, ill. Lund: Studentlitteratur, 2009. Pris SEK 393  
ISBN 978-91-44-05599-2



Redaktørene har solid praktisk og teoretisk bakgrunn i fedmebehandling, og de ønsker å videreformidle sin kunnskap til kolleger og annet helsepersonell som arbeider med behandling av fedme og fedme-

relaterte sykdommer. Selv om boken er skrevet på svensk, er den i hovedsak lettlest. Den består av en generell del (Del 1), en manual for terapeuten (Del 2) og et pasienthefte.

I del 1 oppsummeres initialt årsaker til fedme, somatiske fedmerelaterte følgesykdommer samt psykologiske og psykososiale problemstillinger. Deretter følger en detaljert gjennomgang av forskjellige tradisjonelle, men aktuelle, behandlingsprinsipper som kostråd, lavkaloridiett, fysisk aktivitet, medikamenter og fedmekirurgi. I den siste delen av bind 1 gjennomgås kunnskapsgrunnlaget for og den praktiske gjennomføring av kognitiv atferdsterapi mot fedme. De fleste kapitlene innledes med en relevant kasuistikk og avsluttes med hvordan det gikk med pasienten. Det første bindet kan godt leses isolert og kan være spesielt nyttig

for de som ønsker en kort og god oppsummering av dagens kunnskap innen fagfeltet.



Del 2 er en trinnvis manual for psykologer/psykoterapeuter som beskriver i detalj hvordan en spesifikk metode (LIWE = Lifestyle Interventions for Weight management) innen kognitiv atferdsterapi kan

brukes for å hjelpe pasienter med overvekt eller fedme til å forandre livsstilsrelatert atferd for på lang sikt å kunne leve med en 5–10 % lavere og/eller stabil vekt. Det første halve året legges det opp til 24 aktive behandlingssesjoner i gruppe og tre individuelle sesjoner der terapeuten har en aktiv og styrende rolle. Deretter følger en periode på minst ett år der pasientene aktiveres og overlates en større del av ansvaret for gjennomføringen av behandlingen. Pasienten forventes å jobbe med hjemmelekser bl.a. fra pasientheftet mellom sesjonene.

Bøkene er leseverdige og anbefales alle som jobber med fedme. Hvorvidt den spesifikke intervensjonsteknikken LIWE, med kognitiv atferdsterapi som teoretisk plattform, bør anbefales bredt implementert i fedmebehandling i Norge, er imidlertid mer usikkert. For det første mangler dokumentasjon som kan bekrefte at denne metoden gir bedre helsegevinst enn andre psykologiske intervensjonsteknikker. For det andre mangler studier som kan vise til langtidseffekter av psykologisk intervensjon på vektreduksjon og bedring av følgesykdom. Videre kan det hevdes at LIWE er noe instrumentell og har for liten vekt på individets selvregulering og motivasjon. Metoden fokuserer mye på «hvordan» i intervensjonen, og lite på «hvorfor», som omhandler oppbygging av individets egenmotivasjon for endring. Et eksempel på en alternativ intervensjon er endringsfokusert rådgivning (motivational interviewing). Kanskje det nettopp er individets indre motivasjon som blir avgjørende for etterlevelse av nye kognitive og atferdsmessige strategier. Avslutningsvis kan gjennomførbarhet og kostnader være mulige begrensninger for bred implementering av en slik kompetansekreven intervensjon.

**Jøran Hjelmesæth**  
**Hege Gade**  
Sykehuset i Vestfold  
Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst  
Tønsberg