

Saniteten i Norge er ikke ubetinget enig i alt. Dette er ikke en lærebok, men rapporter fra det virkelige liv. Taktisk turniké har sin indikasjon, men skal ikke være blind rutinebehandling (2). På Krigskirurgikurset lærer norske kirurger median sternotomi for å få kontroll over venstre a. subclavia, ikke lateral torakotomi. Lokale hemostatika konkurrerer med god sårpakking og er ikke innført i Forsvaret.

Transfusjon av erythrocytter og plasma i forholdet 1:1 bedrer resultatene ved store blødninger (3). Nyttappet fullblod er det beste tilbudet ved massive blødninger (Walking blood bank). Det er i samsvar med norsk doktrine. Det endelige vitenskapelige bevis på effekten av rekombinant koagulasjonsfaktor VIIa mangler, men tendensen til bedret hemostase er klar.

Kasuistikkene demonstrerer hemostatisk nødkirurgi som livreddende, med pakking av blødninger, med karshunter og med spjeking ved ekstremitetsskader. Det vises til faren ved avventende holdning og faren ved omstendelig kirurgi på pasienter i ustabil tilstand. Det er tallrike, gode tekniske råd.

Boken er solid innbundet i stort format. Det er illustrative strektegninger, røntgenbilder og CT-bilder, men fremfor alt tallrike fargebilder av pasientene. Bildene er groteske, men instruktive og velbegrunnede. Innimellom er det andre bilder, til dels fremragende journalistisk, av sanitetsaktiviteter fra kamponene.

Det gikk rykter om at boken ble forsøkt holdt unna alminnelig utbredelse da den kunne tenkes brukt i propaganda mot de pågående krigene. Det kan den, men den er anbefalt fritt solgt av den amerikanske hærs sanitetssjef.

Boken vil bli kjøpt inn av Forsvarets Sanitet til alle de kirurgiske installasjonene. Den kan anbefales til akuttstusker hvor man risikerer å måtte ta imot skudd-, stikk- og eksplosjonsskader og hvor man generelt strever med problemene rundt hemostatisk nødkirurgi og væske- og blodresuscitering.

Johan Piltgram-Larsen
Forsvarets Sanitet
og
Thoraxkirurgisk avdeling
Utleiv universitetssykehus

Litteratur

1. Emergency war surgery, Third United States Revision. Washington, D.C.: Department of the Army, Office of the Surgeon General, Borden Institute, 2003.
2. Husum H, Gilbert M, Wisborg T et al. Prehospital tourniquets: There should be no controversy. *J Trauma* 2004; 56: 214–5.
3. Gaarder C, Næss PA, Skaga NO et al. Skyldes redusert dødelighet ved alvorlige blødninger hos traumpasienter endret transfusjonspraksis? *Abstrakt 262*. I: Vasli S, red. De norske kirurgiske foreninger, vitenskapelige forhandlinger – Oslo, 2008. www.brataas.no/hostmotet/28-Abstrakt-253-263.pdf. [29.1.2009].

Pensum for ein fastlegeminister

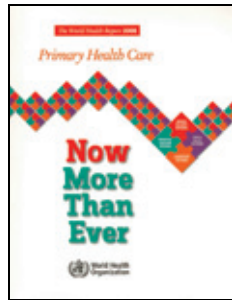
Verdens helseorganisasjon

Primary health care now more than ever

The world health report 2008. 119 s, tab, ill.

Genève: WHO, 2008. Pris CHF 20

ISBN 978-92-4-156373-4



Dette er boka som på 100 sider i tiltalende layout klarer å overbevise lesaren om at tittelen held mål: Det er like viktig som før å bygge helsestena på ein grunnmur av primærhelsetenester, både i fattige og

i rike land. Og tidspunktet kunne ikkje vore betre, sett med norske auge. Hausten 2008 har fastlegane forsøkt å få vind i segla sine, med internasjonale støtte (1). Og like før jul kom Helsedirektoratet med si tilråding om trong for 2 700 nye fastlegar (2, 3), ei tilråding helseministeren i prinsippet slutta seg til.

WHO's helserapport for året 2008 har altså primærhelsetenesta som tema, ikkje unaturleg ved 30-årsmarkeringa for Alma Ata-erklæringa (4). Dei seks oversiktlege kapitla er rikt illustrerte med figurar og tabellar. Dette er boka som på grunnleggande vis og med oppdaterte referansar, grunnjev kvifor ein skal satse på primærhelsetenesta. Eg var skeptisk til om alle eksempla frå fattige land og land med mykje dårlegare helseteneste enn vi har, kunne fungere hos oss. Men det gjer dei så det susar. Her er prinsippa så generelle og utviklingstendensane så allmenne, at vi kjenner oss godt igjen. Rapporten slår fast at utan politikk og fast styring for å hindre det, er det tre viktige tendensar som underminerer primærhelsetenesta i alle land: Offentleg helseteneste med sjukehus og spesialistar i fokus, fragmentering, det vil seie fokus på enkeltområde framfor samla behov, og uregulert kommersialisering av helsetenester.

Her klarer ein å formidle at allmennpraksis eigentleg handlar om å sette pasienten i sentrum, inkludert kva det verkeleg kan bety for folk å ha den samme legen over tid. Ein lege som opparbeider seg kunnskap og erfaring om pasientane sine, opparbeider seg også ofte ein tillit som har stor verdi i behandlingsrelasjonen. Og WHO argumenter faktisk sterkt for prinsippet om fastlegeordning, enten på geografisk eller personleg basis.

Denne boka er nyttig for legar i allmennpraksis, for samfunnsmedisinaren på alle nivå og for dei som er premissleverandørar gjennom faglege organisasjonar eller i forvaltninga. Og den tilhøyrer kjernepensumet

for ein fastlegeminister og rådgjevarane hans.

Steinar Hunskaar

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Litteratur

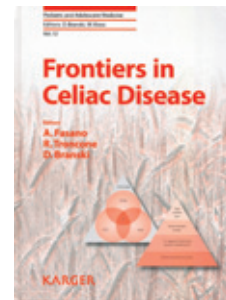
1. Sundar T. Sats på primærhelsetjenesten! *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2765.
2. Bakkerud J. Sterk primærhelsetjeneste best og billigst. *Helsedirektoratet* 10.12.2008. www.helsedirektoratet.no/fagnytt/sterk_prim_rhelsetjeneste_best_og_billigst_298134 [2.1.2009].
3. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. IS-1652. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00089/Utviklingsstrategi_f_89669a.pdf [12.1.2009].
4. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [13.1.2009].

Kort og godt om cøliaki

Fasano A, Troncone R, Branski D, red.

Frontiers in celiac disease

222 s, tab, ill. Basel: Karger, 2008. Pris CHF 178
ISBN 978-3-8055-8526-2



Dette er volum 12 i Kargers serie om Pediatric and adolescent medicine der man i de foregående bøkene har tatt for seg overvekt, diabetes og thyroideasykdommer. Hvert volum kan selvfølgelig leses separat.

Hvert av de 23 kapitlene er skrevet av internasjonale eksperter. Målgruppen er alle som arbeider med og er interessert i cøliaki.

Stoffet er velillustrert og godt språklig fremstilt. Flere av illustrasjonene belyser emner som knapt tidligere er vist innen dette feltet. Kapitlene er av variabel lengde, og har ulikt antall referansar. Bare i ett av kapitlene er det listet opp svært mange referansar, de øvrige har et relevant og begrenset utvalg.

Det er få andre felter innen human biologi og medisin der det de siste årene har skjedd like store fremskritt som dem vi har sett innen vår forståelse av cøliaki. Forfatterne har alle vært sentrale i denne utviklingen. Emner som er omtalt er bl.a. epidemiologi, patogenese, klinisk presentasjon, og diagnostikk og behandling av cøliaki. Nåværende retningslinjer for diagnostikk av cøliaki hos barn og voksne fra henholdsvis The European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)/ North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN)

og National Institutes of Health (NIH) er godt oppsummert og lett tilgjengelig for den enkelte kliniker. Avslutningsvis er det gode kapitler om strategier for forebygging av cøliaki og alternative behandlingsmetoder.

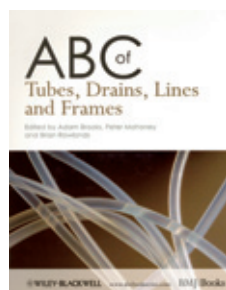
Vi vet i dag at cøliaki er en meget vanlig sykdom med incidens på rundt 1 % i alle befolkninger som spiser hvete. Sykdommen gir en rekke kliniske tegn, hvorav mange ikke gir assosiasjon til tarmsykdommer. Diagnostisk forsinkelse er derfor vanlig. Diagnosen er oftest lett tilgjengelig når spørsmålet først er reist, men mange er usikre på hvilke roller serologi og biopsi skal spille i utredningen. Et vanskelig spørsmål oppstår når den kliniske mistanken om cøliaki er stor, men serologisk undersøkelse ikke støtter mistanken. Pasientene med cøliaki har ofte mange gode spørsmål om sin sykdom og håndteringen av den – men får ikke alltid gode svar. Denne boken vil hjelpe behandlere, det være seg leger, kliniske ernæringsfysiologer eller andre grupper, til å gi bedre svar.

Boken tar ikke mål av seg til å tilby uttømmende oversikter over de enkelte feltene, men den presenterer en imponerende mengde data på relativt beskjeden plass. Den er lett å lese og kan anbefales for et ganske bredt publikum.

Knut E. A. Lundin
Medisinsk avdeling
Rikshospitalet

Knapt om bruk av sonder, dren og kanyler

Brooks A, Mahoney P, Rowlands B, red.
ABC of tubes, drains, lines and frames
88 s, tab, ill. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008.
Pris GBP 20
ISBN 978-1-4051-6014-8



Det foreligger en rekke bøker i den såkalte «ABC-serien» fra BMJ Books utgitt av Wiley. De fleste er beregnet for allmennpraktikere, studenter, leger i utdanning, og sykepleiergrupper.

Denne ABC-boken er også rettet mot denne gruppen, men kanskje i noe større grad også mot pleiergruppen og utdanningskandidater i kirurgiske fag, samt til allmennpraktikere som overtar deler av postoperativ omsorg, der dette er aktuelt.

I boken omtales og beskrives bruk av en rekke kanyler, dren, tuber, sonder, bandasjer og enkelte andre remedier som benyttes

i forbindelse med sår eller kirurgisk behandling. De 13 kapitlene er enten delt inn etter anatomiske forhold («the chest» og «hepatobiliary»), utstyr («lines», «stomas» og «surgical drains») eller kirurgisk problemstilling («the complex abdomen» og «surgical airways»). Kapitlene er enkle og konsise, med flere fargeillustrasjoner og tekstbokser som fremhever budskapet. Dette er samtidig ulempen med fremstillingen: det kan bli vel knapt og betont fra forfatterens vinkel. I tillegg er den preget av det som er vanlig i britisk helsevesen, noe som ikke alltid er overførbart til norske forhold. De færreste norske utdanningskandidater ville vel vite hva et Jackson-Pratt-dren eller et Penrose-dren er?

Forfatterne starter noe merkelig med kapitlet om «the complex abdomen» som bl.a. inkluderer åpen buk etter skadekontrollerende kirurgi, hvordan legge en «vac-pac» og plassering av stomier. Kapitlet er velillustrert, men meget kortfattet hva gjelder teksten. Mer fyldig, men fortsatt konsis, er håndtering av kirurgiske luftveier (som likevel nå i all hovedsak håndteres av intensivleger de fleste steder). Det hadde kanskje vært mer hensiktsmessig å starte med «utstyrskapitlene», og deretter ta for seg mer problemorienterte kapitler suksessivt.

Kapitlet om smerte inneholder vel mange patofysiologiske illustrasjoner og flytdiagrammer i forhold til den prosedyremessige tilnærmingen som tilstrebes. Gjennomgående i kapitlene presenteres lister med for eksempel komplikasjoner forbundet med prosedyre, hvor disse utelukkende fremstår som opplisting uten «vanligste» eller «sjeldne» eller prosent/forekomst, noe som svekker fremstillingen. Boken avsluttes med ett kapittel om basis for måling av hjeretrykk, samt et kapittel kalt «frames, pins and plaster» som omhandler ortopedenes bruddbehandling med pinning, fiksering, og gipsing på knappe fire sider – noe som blir for lite omfattende i alle tilfeller.

Som en introduksjon til dagligdagse dippedutter som benyttes på sykehusavdelinger er dette en grei innføring. Behovet for strukturert kunnskap rundt dette er absolutt til stede i undervisning av studenter og kandidater. Imidlertid ville jeg heller foretrukket å se gjennom filmsnuttene på de ulike former for prosedyrer som nå er tilgjengelig på hjemmesiden til for eksempel *New England Journal of Medicine* (1) for innsikt og kunnskap om bruk av dren, tuber, sonder og kanyler. Disse filmene er både mer informative og morsommere å se på.

Kjetil Søreide
Kirurgisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus

Litteratur

1. McMahon GT, Ingelfinger JR, Campion EW. Videos in clinical medicine – a new journal feature. *N Engl J Med* 2006; 354: 1635.

Helse for nesten alle?

Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B et al, red.
Health for all?
A critical analysis of public health policies in eight European countries. 356 s, tab, ill.
Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2008.
Pris SEK 250
ISBN 978-91-7257-572-1

I 2003 vedtok Riksdagen ein omfattande strategi for den svenske folkehelsepolitikken med 11 definerte målområde. Boka er blitt til som ledd i oppfølging av denne. Folkhälsoinstitutet har gjennomgått sentrale dokument for folkehelsepolitikk i åtte europeiske land med særleg vekt på arbeid for helsemessig likskap og likeverd (equity), slik status var per 2006. Vitskaplege ekspertar frå kvart av dei åtte landa har medverka i prosessen. Norsk representant er Elisabeth Fosse ved HEMIL-senteret.

For den som er interessert i temaet helse og ulikskap, er det mye interessant stoff å finne. Rikshaldige referanselister gir god vegleining til vidare lesing. Gode, men ikkje spesielt talrike, diagram og tabellar supplerer teksten.

Eitt kapittel for kvart av dei åtte landa utgjør tre firedelar av omfanget. Desse vil nok for dei fleste lesarane vere mest nyttige som oppslagsstoff, dersom ein skulle vere særleg interessert i situasjonen i til dømes Italia eller Nederland. Innleiings- og avslutningskapitla eignar seg meir for lesing frå første til siste side. Her finn ein gode oppsummeringar om prinsipp, definisjonar, metodikk, fallgruver og perspektiv innan fagfeltet helse og ulikskap. Som definisjon av «equity in health» blir det brukt den som er gitt av Society for Equity in Health: «The absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across population groups defined socially, economically, demographically, or geographically.»

Den politiske tilnærminga i ulike land kan delast i tre grupper: vektlegging av dårleg helse hos sosioøkonomisk svaktstilte grupper (som i Italia), helseskilnader mellom ulike grupper (England) eller ein kontinuerleg helsemessig gradient gjennom heile befolkninga (Noreg). Medan Spania, Frankrike og Hellas ikkje ser ut til å ha nokon offentleg politikk knytta til helse og ulikskap.

Interessa for temaet helse og ulikskap har i seinare år fått ein renessanse i mange land. Denne boka gir eit europisk perspektiv på problematikken, og er eit fint supplement til publikasjonar om *gradientutfordringa* frå Helsedirektoratet her i landet. Men, som det lakonisk heiter i teksten, det har hittil vore meir fokus på status og årsaker enn på intervensjon.

Kristian Hagestad
Helsetilsynet i Vest-Agder
Kristiansand