

Vi saknar dock särskilt kunskap om:

- påverkansfaktorer i befolkningen (epidemiologi)
- hur dessa påverkansfaktorer kan styras (interventionskunskap)
- vad vi vet om effekterna av påverkansfaktorer (effektkunskap)
- vad vi vet om ekonomiska incitament (hälsoekonomi)
- vad vi vet om alternativa påverkansmöjligheter

Ett intressant tema inom den förebyggande medicinen utgöres av den «preventiva paradoxen». Den har beskrivits av Geoffrey Rose, legendarisk epidemiolog och preventionsforskare som skrivit en berömd lärobok om hjärt-kärlprevention (1). Rose visade redan tidigt att nivån av riskfaktormätningar var ett tveeggat vapen i det sjukdomsförebyggande arbetet. Om man följer medelålders män, mäter deras serumkolesterol och iakttar vilka som insjuknar i hjärtinfarkt, finner man att bland infarktpatienterna är det inte mer än en tredjedel som har haft höga kolesterolvärdet. Majoriteten av hjärtinfarktpatienterna har haft normala eller till och med låga värden. Om man vill påverka infarktrisken, är det effektivare att förskjuta kolesterolfordelningen mot lägre värden i hela befolningsgruppen (befolkningsstrategi). Alla åtgärder som kan sänka befolkningens kolesterol, till exempel bättre matvanor och motionsvanor, blir då betydligt mycket effektivare, än om man bara behandlar de 30 procenten med högt kolesterol (högriskstrategi).

Oaktat all kunskap om den spektakulära hälsoförbättringen under 1900-talet, kan vi inte vara säkra på att vårt hälsofrämjande arbete verkligen har lett till dessa förändringar. Ett bra exempel är bekämpningen av lung-tuberkulos. Sjukdomen var ett gissel under industrialismens genombrott i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet. Redan 1890 påvisades tuberkelbacillen, och 1945 blev antibiotika allmänt tillgängliga och därmed en effektiv behandling. Men minsningarna i dödlighet kom långt tidigare och pågick hela 1800-talet. När man kommit så långt som till BCG-vaccinaton av små barn för att skydda dem mot tuberkulos, var sjukdomen nästan utrotad. På senare år har den blommats upp igen – trots antibiotika och vaccinationer. Det är alltså inte bara det riktade preventiva arbetet som har effekt. Orsakerna står att söka i andra förhållanden, till exempel ålders-, köns- och framför allt socialklassrelaterade förhållanden.

I den fortsatta framställningen argumenteras starkt för det hälsofrämjande arbetet, särskilt i utsatta grupper, där såväl beteendefaktorer som social miljö blir viktiga mål för preventiva satsningar. De viktigaste folksjukdomarna, hjärt-kärlsjukdom, tumörsjukdom och muskuloskeletal och psykisk sjukdom avhandlas ändemot på några sidor. Boken avslutas med ett kapitel om internationellt preventivt och biståndsarbete.

Vissa aspekter har fått väl litet utrymme. Den samlade kostnaden i Norge för förebyggande medicin uppges vara ca. 3 % av kostnaden för hela den medicinska vårdapparaten. Arbetet förefaller alltså synnerligen lönsamt, men det behövs nog mer kunskap och insikt för att rätt uppskatta dess kostnader. Både det internationella kapitlet och det om specifika folksjukdomar är korta och summa-riska. Trots dessa svagheter har Mæland mästerligt täckt in ett stort och intressant ämnesområde i en användbar och dessutom njutbar form, som passar såväl forskare som praktiker inom folkhälsovetsenskapen.

**Kristina Orth-Gomér**  
Karolinska Institutet  
Stockholm

#### Litteratur

1. Rose, G. Rose's strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993.

## Personlig om pasientsikkerhet

Sten Iwarson

**Processutveckling och pasientsäkerhet – två olika sidor av samma mynt**

187 s, ill. Sävedalen: Säve Förlag, 2010.

Pris SEK 212

ISBN 978-91-978108-1-4



Pasientsikkerhet er et vanskelig tema. Ulike trender og skoler fremstiller fagområdet på forskjellige måter. Sammenstillingen av deltemaene prosessutvikling og pasientsikkerhet antyder fra starten av at forfatteren har en intensjon om å belyse temaet fra én bestemt side. Og intensjonen er god: Å designe for sikkerhet oppfattes av mange som en mer proaktiv tilnærming til sikkerhet i helse-tjenesten, enn den mer tradisjonelle reaktive reparasjonsstrategien.

Mye av teksten kan være verdifull for en leser som kjenner feltet fra før. Men teksten kan også oppfattes som lite kritisk, og den har få referanser.

Forfatteren starter tidlig med å fastslå at pasientopplevd kvalitet er viktig, og at dette skiller pasientsikkerhet fra kvalitet. Men han henviser ikke til litteratur hvor man drøfter dette perspektivet. Forfatteren sammenlikner tidlig pasientsikkerhet og sikkerhetstenking innen andre samfunnssektorer, f.eks. innen transportsektoren. Slike tverrsektorelle sammenlikninger er gjort av mange, men de bør neppe gjøres uten et kritisk syn på hvor relevant sikkerhetstenking i disse sektorene er for helsetjenesten. Også beskrivelsen av hvordan Toyota-konsernet har lykkes i sin forretningsideologi virker noe ukritisk når relevansen for helsevesenet ikke diskuteres. På samme måte presenterer forfatteren blant annet kvalitetsstyringssystemene Lean Healthcare og Six Sigma som viktige verktøy i kvalitetsforbedring.

Ideene om å implementere Toyotas bedriftsideer, Lean Healthcare og Six Sigma i helsetjenestene er gamle, og flere har forsøkt å implementere dem uten at man har kunnet vise til objektive tegn på at kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten er blitt forbedret. Man ville ha forventet at forfatteren anlegger et mer kritisk perspektiv når temaet tas opp i dag. Også de delene hvor han peker på sammenhengen mellom personaltildredhet og pasienttilfredshet, mangler dokumentasjon.

Den andre delen handler om pasientsikkerhet, som forfatteren drøfter mer inngående. Her definerer han pasientsikkerhet bredt og som et tverrvitenskapelig kunnskapsområde basert på forskning innen teknologi, filosofi, medisin, sosiologi og psykologi. Forfatteren viser til boken *To err is human* (1) og tiårsprogrammet for forbedring av sikkerheten ved amerikanske sykehus som ble foreslått her, men drøfter ikke de nokså nedslående resultatene av denne satsingen. En kritisk gjennomgang av status for pasientsikkerhet i USA og Europa gir ikke noen entydige resultater som tyder på at man har oppnådd mye i løpet av disse ti årene.

Forfatteren tar opp noen viktige punkter vedrørende melde-system for pasientsikkerhet. Han viser til forsker og sykepleier Synnøve Ødegaards utredningar fra Kungliga Tekniska Högskolan. Hun hevder at meldefrekvensen øker dersom nyten av det å melde gjøres tydeligere, og at det er enighet om at et av de største hindrenene vedrørende avviksrapportering er om det foreligger risiko for om rapportören kan rammes av represalier. Det er en viktig diskusjon. Et sentralt poeng drøftes imidlertid ikke: Hva er meldesystemenes formål? Er meldefrekvensen viktig, eller skal meldingene heller gi kvalitativ informasjon som bakgrunn for å kunne forstå hvorfor feil oppstår? Også det viktige spørsmålet om pasientens medvirkning blir tatt opp: Hvor langt går den? Har pasienten rett til å velge en behandling som strider mot vitenskap og erfaring?

Dette svært viktige temaet blir hengende i luften og ikke videre belyst, verken ut fra forfatterens egne synspunkter eller med basis i annen litteratur.

Mot slutten reflekterer forfatteren over trenden som går ut på å opprette nasjonale sentre for pasientsikkerhet. Han nevner britenes Patient Safety Agency og Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Norge. Opprettelsen av disse nasjonale pasientsikkerhetsentrene følger i dag en internasjonal trend, ikke minst støttet av ulike initiativ i EU. Men det er neppe noen internasjonal enighet om deres mandat, rolle og funksjon.

Boken er skrevet av en entusiast – en som er blitt overbevist – en som tror på de teoriene han legger frem. Den er også skrevet av en erfaren kliniker. Det gjør at det vil være mange som vil ha glede av å lese boken, og den vil ha legitimitet innen mange miljøer. Dette er ingen lærebok om pasientsikkerhet – til det er den for ukritisk og lite reflekterende. Den er snarere et debattinnlegg der forfatteren gjør seg sine personlige refleksjoner over temaene prosessutvikling og pasientsikkerhet. Og han lykkes til en viss grad med å tegne en sammenheng mellom de to temaene.

#### Geir Bukholm

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet  
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press, 1999.

## Velskrevet om sykdom og møte med helsevesenet



Freddy O. Fjellheim  
**Fellesskapets kunst**  
328 s. Oslo: Cappelen Damm, 2010.  
Pris NOK 369  
ISBN 978-82-02-33778-0

*Fellesskapets kunst*, av lyrikeren og essayisten Freddy Fjellheim, er en essaysamling. De fleste essayene er tidligere utgitt, men bearbeidet for denne boken, som derfor fremstår som et selvstendig litterært verk. Inkludert forordet har tekstsamlingen 14 atskilte kapitler. Kapittlene, essayene eller «essaytalene» – Fjellheim elsker å leke med sjangergrenser – har titler som *Kampen mellom friske og syke*, *Uføre fører ordet* og *Kniv mot åpent øye*. To nyskrevne essayer er også med: *Poesi og teknologi* og *Fellesskapets diktverk*. Titlene viser til en kamplysten forfatter.

Bearbeidingen av tekstene er blant annet utført i form av en fragmentering, noe som både gjør at boken gir et litt oppsplittende, løst inntrykk, men samtidig får den også et helhetlig preg ved at fragmentformen er konsekvent gjennomført. På denne måten inviteres vi til en lesning hvor vi kan unne oss å stanse opp ved enkelte passasjer og reflektere over deres budskap. For Fjellheim er en settningssikert perfeksjonist, en sakprosaens Flaubert.

Underveis er det gjengitt utdrag fra ulike skjønnlitterære verk av andre forfattere, fra Shakespeare og Beckett til Georg Johannessen og Liv Mevang Bjerkensjø.

Det er ingen enkel tematikk Fjellheim kretser rundt i sine tekster. *Fellesskapets kunst* er en mangetydig formulering, og hovedmålet er å utforske hva som kan holde et fellesskap oppe og gjøre det til

noe overskridende. Sentralt står også sykdomstematikken. Den første og lengste av tekstene, *Kampen mellom friske og syke*, slår an tonen med sin utlegning av og erfaring med ME-diagnosen. Utgangspunktet er innledningsvis Susan Sontags formulering i boken *Sykdom som metafor* – om at vi alle er borgere av to kongeriker, de sykes og de friskes (1).

Fjellheim setter på en skarp måte disse to verdenene opp mot hverandre i sin velskrevne bok, og får på et fint vis frem erfaringen med sykdom og møtet med helsevesenet. Sterkest inntrykk gjør teksten *Ved høylys dag*, som tidligere er trykket i tidsskriftet Sam-tiden. I den redegjør forfatteren inngående, saklig og fortvilet på samme tid, om erfaringen med morens sykehistorie.

Freddy Fjellheim er ikke alltid en like lett tilgjengelig forfatter, men han er viktig. Han er en forfatter som tar språkets arbeid innover seg, og bryter med kraftige setninger inn i fastsemerte forståelsesmønstre og stereotypier. Slik bryter han på et vis meninge mot hverandre og blir en meningsbryter.

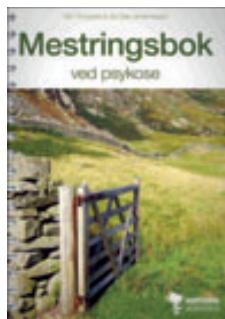
#### Knut Stene-Johansen

Institutt for litteratur, områdestudier og europeiske språk  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Sontag, S. *Sykdom som metafor*. Oslo: Gyldendal, 1996.

## Imponerende, men forbedringspotensial



Geir Thingnæs, Jan Olav Johannessen  
**Mestringsbok ved psykose**  
305 s, tab, ill. Stavanger: Hertervig Akademisk, 2010. Pris NOK 270  
ISBN 978-82-8217-014-7

Ifølge forfatterne er dette en mestringsbok for mennesker med psykose eller det vi på norsk kan kalle en alvorlig forvirringstilstand, heter det innledningsvis. Det er et imponerende stykke arbeid som er gjort. Den delikate formen gjør den egnet til arbeidsbok, med spiralrygg, pent omslag og papirkvalitet som gir preg av bok og ikke hefte. Det er knapt et relevant tema som ikke er omtalt. At det ikke er et eget kapittel som tar for seg forebygging av psykotiske tilbakefall, må være en forglemmelse. Meningen er at pasient og behandler fritt kan velge hvilke temaer de vil gjennomgå. Hvert kapittel avsluttes med arbeidsoppgaver. Boken er delt inn i fire deler som tar for seg kontakt- og ressursfasen, kartleggingsfasen, problemløsningsfasen og avslutningsfasen eller oppfølgingsfasen.

Et par generelle forhold begrenser nyttien: Det er relativt liten skrift, noe som kan gjøre den tunglest. Teksten er til dels omfattende og til tider repeterende, noe som gjør den unødvendig drøy. I perioder får boken et fagbokpreg som får meg til å undre på om målgruppen er tapt av syn. Er det meningen at det er behandler som skal lese teksten, og foredra den for pasienten? Eller er det primært pasienten selv som skal lese teksten? Det er viktig at denne boken ikke må bli mer enn vi ønsker, står det. Det er nok mange pasienter som ikke vil kunne forholde seg til denne teksten direkte. Dette er ikke uproblematisk da intensjonen er brukermedvirkning. Helt sentralt står mestringsperspektivet og en underliggende tanke om at pasienten selv må ta ansvar. Kanskje glipper akkurat det litt når man i avsnittet om empati kun refererer til at det handler om behandlers evne til å «sette seg inn i» etc. Skal man virkelig ta brukerperspektivet på alvor, må man ikke frakjenne brukerne idealert