

andre ord om et høyst personlig forhold, sett med både legens og pasientens øyne.

Dette idealet er nok dessverre allerede historie. Riktignok fikk vi gjennom fastlegereformen i 2001 formalisert én-til-én-forholdet mellom lege og pasient, men samtidig har det skjedd mye annet som gjør at den personlige dimensjonen er svekket. Det foregår en industrialisering som er sammenliknbar med det som har skjedd i f.eks. bilproduksjonen. Sterkt forenklet kan vi si at vi har gått over fra håndverk og skredersøm til samleband og konfeksjon.

Den engelske allmennpraktikeren Steve Iliffe skrev i 2008 en bok om industrialiseringen av allmennmedisinen i England. Det er den som nå har kommet i nytt opplag. Iliffe er neppe representativ for engelske allmennleger; han har helseøkonomisk og helseadministrativ kompetanse som ligger høyt over gjennomsnittet. Men nettopp fordi han er allmennlege («i bånd») blir denne boken spesielt interessant.

I utgangspunktet er kanskje likhetene større enn forskjellene når det gjelder engelske og norske allmennlegers hverdag. Men våre engelske kolleger har nok vært gjenstand for flere og mer dramatiske reformer i retning av mer offentlig kontroll over hva som skjer på legekontorene. For Iliffe begynte industrialiseringen av engelsk allmennmedisin med kontrakten mellom The National Health Service (NHS) og allmennlegene i 1990, der legene bl.a. ble pålagt å gjennomføre regelmessige helse sjekker i befolkningen, særlig blant eldre. Disse oppgavene var ikke kunnskapsbaserte, men politisk vedtatt, og ble det første skikkelige innhugget i allmennlegenes kliniske autonomi. Det er dessuten et godt eksempel på hvordan primærlegene tvinges fra det offentlige rom (public domain) til offentlig sektor (public sector). Privatlegen blir funksjonær. Det ligger klare signaler av denne typen også i vår såkalte samhandlingsreform.

For Iliffe er industrialiseringen en uunn-gåelig prosess der utfordringen for legene blir å styre den i riktig retning, særlig ved å delta aktivt i klinisk lederskap. I en av sine mange tankevekkende refleksjoner (s. 147) presenterer han tre antakelser om medisinsk kunnskap som er nødvendige forutsetninger for industrialiseringsprosessen. For det første at det er forskning som genererer den pålitelige og valide kunnskapen som er nødvendig for å diagnostisere og behandle sykdommer og plager, og dermed er det den akademiske medisinen som er hovedaktør i jakten på «sannheten». For det andre at vanlige praktiserende leger ikke har mulighet og kapasitet til å få fullstendig oversikt over all den forskningsbaserte kunnskapen som genereres, derfor må en annen gruppe akademikere (som jeg i andre sammenhenger har kalt kunnskapsatleter) omsette kunnskapen til praktiske regler, verktøy eller retningslinjer. Og for det tredje

at disse retningslinjene vil beskrive en logisk og trinn-for-trinn måte å anvende kunnskapen på, som å montere en IKEA-hylle eller bygge et modellfly, og forskjellig fra å legge et puslespill der bitenes rekkefølge er mindre viktig enn det bildet som gradvis kommer til syne.

Ser du forskjellen? Hvordan er din kliniske virksomhet, som en flatpakke fra IKEA, eller som et puslespill?

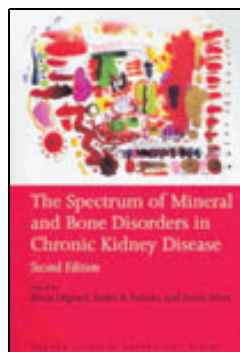
Olaf Gjerløw Aasland
Legeforeningens forskningsinstitutt

Nødvendig for nyreleger

Klaus Olgaard, Justin Silver,
Isidora B. Salusky, red.

The spectrum of mineral and bone disorders in chronic kidney disease

2. utg. 590 s, tab, ill. Oxford: Oxford University Press, 2010. Pris GBP 40
ISBN 978-0-19-955917-6



Dette er en viktig lærebok hvor forfatterne omtaler ulike aspekter av mineralforstyrrelser (kalsium, fosfat, parathyreoideahormon) ved kronisk nyresykdom, nyrerelatert beinsykdom og hjerte- og karsykdom. Alt inngår

i forkortelsen CKD-MBD, som står for chronic kidney disease – mineral and bone disorders. Målgruppen er primært interesserte nyreleger, men også andre som vil ha en grundig oversikt over temaet.

Det er 32 kapitler, skrevet av de ypperste forskerne innenfor sitt fagfelt, og boken er tettpakket med ny informasjon om fysiologi, patofysiologi, diagnostikk og behandlingsprinsipper. Man kan se på kapitlene som dyptpløyende oversiktsartikler med aller siste viten, og med gode litteraturlister og relevante illustrasjoner. Teksten er tung å lese fortløpende, fordi stoffet stundom er komplisert og detaljert, spesielt om patofysiologiske mekanismer. Gode illustrasjoner gjør tilegnelsen lettere. Boken fungerer veldig bra som oppslagsverk, eller hvis man vil fordype seg innenfor et spesielt område.

Boken omhandler et fagfelt hvor store og spennende oppdagelser og nyvinninger er gjort de siste årene. Dette har fått kliniske og terapeutiske implikasjoner, og det er derfor et område nyreleger er interessert i. Disse tilstandene er et problem for alle pasienter med kronisk nyresykdom med moderat til svært alvorlig nyresvikt. Her

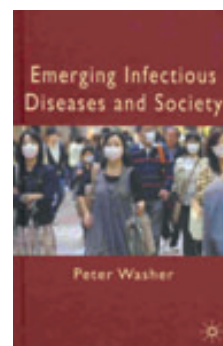
presenterer forfatterne ny kunnskap om kalsiumreseptorer, kalsimimetika, fosfat-homøostase, fosfatoniner, inkludert det nyoppdagete fosfatregulerende FGF-23 (fibroblastvekstfaktor 23), klotho, vitamin D og parathyreoideahormonet. De redegjør også for sammenhengen mellom disse aktørene og utviklingen av beinsykdom og hjerte- og karsykdom. Det hjelper nyreleger i den vanskelige vurderingen og behandlingen og gir en bedret forståelse av hvorfor pasienter med alvorlig, kronisk nyresykdom har 20–30 ganger høyere risiko for å få hjerte- og karsykdom, eller får en raskere sklerosering av klaffer og kar enn andre. Både ny diagnostikk og behandling blir grundig omtalt. Nyretransplanterte og pediatriske pasienter blir også diskutert.

Første utgave kom i 2001, og dette er andre utgave. Det er i løpet av de siste årene kommet en rekke mindre bøker om emnet, men her går forfatterne grundigere til verks og favner alle sider av problemstillingen. Fagfeltet er i stadig utvikling, og det betyr at boken må oppdateres jevnlig. Det bør ikke gå ti år til neste gang. Jeg anbefaler boken for den spesielt interesserte legen. Etter min oppfatning bør den finnes tilgjengelig ved alle nyreseksjoner.

Ingrid Os
Nyremedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Infeksjonsmedisin og postmodernisme

Peter Washer
Emerging infectious diseases and society
191 s. New York, NY: Palgrave Macmillan, 2010.
Pris USD 85
ISBN 978-0-230-22132-1



I 1967 uttalte den daværende amerikanske helsedirektøren, William H. Stewart (1921–2008): «It is time to close the book on infectious diseases.» Denne uttalelsen reflekterte en svært vanlig oppfatning i 1950- og 60-

årene, da mange, også ledende helsepolitikere, mente at moderne antibiotika og kjemoterapi hadde løst de viktigste infeksjonsproblemene i vår del av verden. Intet kunne vært mer feilaktig. I årene etter 1970 er flere enn 30 nye mikrober, som årsak til sykdom hos menneske, oppdaget, inkludert hiv, legionella, hepatitt C-virus, Ebola-virus, Hantavirus og sars. Økende resistens-

problemer hos mange vanlige bakterier skaper også flere problemer. Dette har ført til begrepet «emerging infectious diseases» (EID), som sammenfatter infeksjoner forårsaket av mikrober som enten har dukket opp nylig, ikke har vært erkjent tidligere, eller har økt sterkt i utbredelse. Slike infeksjoner er blitt en viktig del av infeksjonsmedisinen i vestlige land i de siste tiårene, og enhver infeksjonsmedisin må ha et visst kjennskap til dem.

La det være sagt med en gang: For den som ønsker en korfattet medisinsk innføring i fremveksten av infeksjonssykdommer, er Peter Washers bok ikke egnet. Washer er ikke selv medisin, og det fremgår klart at han egentlig er lite interessert i de medisinske aspektene ved de aktuelle infeksjonene. Han synes faktisk å være noe skeptisk til hele begrepet, idet han antyder at mye av innsatsen bak introduksjonen av det, med egne konferanser, eget tidsskrift og nyopprettede professorater langt på vei var manipulerende PR-fremstøt med det underliggende motiv å skaffe nye ressurser til feltet infeksjonsmedisin.

Washers hovedinteresse er alle de sosiologiske og psykologiske mekanismene som ofte utløses i forbindelse med trusler fra infeksjonssykdommer. Han støtter seg her bl.a. på teorier fra sosialantropologer som Mary Douglas (1921–2007) og sosiologene Anthony Giddens (f. 1938) og Ulrich Beck (f. 1944). Disse delene inneholder utvilsomt enkelte interessante hypoteser, men også mye stoff som virker noe søkt og spekulativt for medisinerne. I sin omtale av samfunnets og den medisinske verdens oppfatninger av store epidemier tar Washer i bruk postmodernismens og sosialkonstruktivismens begrepsapparat og snakker om f.eks. aids som en «sosial konstruksjon».

Det er ikke bare EID-begrepet som er gjenstand for Washers kritiske betraktninger. Han har liten tro på bioterrorisme som en viktig trussel. Også her mener han at motivet bak haussingen av bioterrorismetrusselen var ønsket om økt finansiering av ulike forskningsformål og av det offentlige amerikanske helsevesenet. Han hevder at både motiver og manipulatoriske mekanismer mer eller mindre var de samme som tidligere ble benyttet i «konstruksjonen» av EID-begrepet. Ifølge Washer ble anthraxangrepet gjennom brevpost, etter 9/11-angrepet i New York, utnyttet av hauer i Bush-administrasjonen i argumentasjonen for invasjonen i Irak i 2003. Når Washer nærmest «dekonstruerer» hele bioterrorismetrusselen, som han omtaler som «bioterrorismemyten», avslører han imidlertid en betydelig perspektiv- og kunnskapsløshet. I dagens samfunn kan muligheten for bioterrorisme ikke avfeies så nonchalant. Vi skal heller ikke glemme at det var flere dødsfall etter anthraxangrepet i USA i 2001.

Den som er interessert i EID-begrepet og infeksjonsmedisin, vil utvilsomt finne en

del interessant stoff i Washers bok, forutsatt at man ikke irriterer seg for mye over hans spekulative påstander og tilbøyelighet for postmoderne vinkling i vurderingen av sentrale problemer i moderne infeksjonsmedisin. Boken er derimot uegnet for den som ønsker en innføring i de medisinske aspektene.

Stig S. Frøland

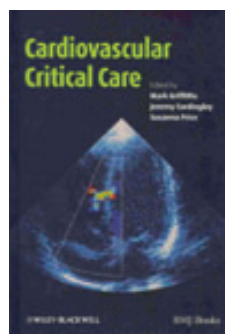
Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Informativt om akutte kardiovaskulære sykdommer

Mark Griffiths, Jeremy Cordingley, Susanna Price, red.

Cardiovascular critical care

496 s, tab, ill. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010. Pris GBP 75
ISBN 978-1-4051-4857-3



En bok om intensivmedisin i kardiologi er hjertelig velkommen. På tross av iPad og Kindle er det noe positivt med å holde en ekte bok mellom hendene når man skal tillegge seg kunnskap. Redaktørene er spesialister i anes-

tesiology, kardiologi og intensivmedisin. Hjertesvikt, hjertestans og koronarsykdom er Norges største helseproblem, og det er derfor viktig med en bok som tar for seg pasienter med et alvorlig hjerteproblem. Selv om behandlingen av akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon er blitt regionalisert de siste årene i Norge, er det fremdeles mange akutt dårlige hjertepasienter som blir innlagt på de fleste sykehus med akuttberedskap.

Kapitlene starter med et hovedbudskap, hvilket er en god idé. Det forteller umiddelbart noe om fokus i kapitlet. Boken er generelt lettlest. I de fleste kapitlene presenterer forfatterne også et pasienteksempel. Disse eksemplene er generelt gode og opplysende. Noen tilstander er svært grundig presentert med sykdomsmekanismer ned på cytokinnivå, men noe mer enn en kort orientering om molekylære mekanismer er det selvsagt ikke plass til.

Det finnes praktiske flytdiagram for behandling i noen kapitler, mens i andre står det at behandling er utenfor rekkevidden av hva som skal dekkes i boken. Spesielt blir det pussig når behandling er utelatt i kapitlet om preeklamsi. I kapitlet

om kardiogent sjokk er søkelyset rettet mot aortablongpumpebehandling og revaskularisering. Mindre plass er viet medikamenter med inotropisk effekt – hvilket er utmerket og i tråd med korrekt kardiologisk behandlingsstrategi.

Ekkokardiografi har, med rette, fått en relativt sentral plass, og bidragsyterne presenterer mange eksempler på hvordan en ultralydundersøkelse kan bidra med viktig kunnskap for diagnostikk og behandling. Det er imidlertid noe irriterende at forlaget har samlet fargeillustrasjonene i egne avsnitt på få steder.

Dette er en britisk bok som retter seg mot det britiske helsevesenet. Noen av forkortelsene er ukjente for norske lesere, men alle forkortelsene er klart definert i kjent britisk stil. Sykdomstilstandene er imidlertid universelle, og forfatterne gir et godt og oversiktlig innblikk i alvorlige tilstander forårsaket av akutt hjertesykdom.

Thor Edvardsen

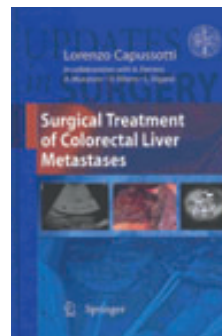
Kardiologisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Klokt om kolorektale levermetastaser

Lorenzo Capussotti, red

Surgical treatment of colorectal liver metastases

184 s, tab, ill. Heidelberg: Springer, 2010.
Pris EUR 150
ISBN 978-88-470-1808-2



Siden begynnelsen av 1990-årene har oppmerksomheten knyttet til behandling av kolorektale levermetastaser økt. Ikke bare har den kirurgiske teknikken og taktikken endret seg dramatisk. Innføringen av ny og

bedre bildediagnostikk, bruken av neoadjuvant og adjuvant kjemoterapi med nye og mer potente medikamenter og innføringen av nye tumordestruerende teknikker har bidratt til endrede indikasjoner og bedre resultater. Men hva er egentlig status – hvordan skal vi klare å beholde en viss oversikt, og god innsikt?

Denne boken kan være en god hjelp for mange som er involvert i denne nokså store pasientgruppen. Forfatterne og redaktøren kommer fra Torino i Italia. Kanskje hører de ikke med i gruppen som vi ser og hører på enhver kongress om kolorektale levermetastaser. Men deres navn og bidrag er