

baseballspillere spytt og hva spyting kommuniserer. Han spekulerer på hvorfor det å vinke med et hvitt flagg signaliserer at man overgir seg. Det kan kanskje virke litt pussig at noen av eksemplene er hentet fra Det gamle testamente (forfatteren er jøde). Dessuten belyser han feltet med historiske data om måten kunnskapen kom til på. Alt dette gjør stoffet leseverdig på flere nivåer.

Fremstillingen er delt i 12 kapitler. En god ordliste (glossary) er med og en referanseliste over viktige bøker. En egentlig referanseliste over originalartikler mangler. Det er liten tvil om at Goldstein kan dokumentere det han skriver, men fullstendig referanseliste burde være med i en slik bok.

**Stein Knardahl**

Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Oslo

## Hvordan lese en vitenskapelig artikkel

Greenhalgh T.

### How to read a paper

The basics of evidence-based medicine. 229 s, tab, ill. Oxford: Blackwell, 2006. Pris USD 35 ISBN 1-4051-3976-5



Er det plass for kunnskapsbasert medisin i en travel, klinisk hverdag? Hvordan kan vitenskapelige artikler hjelpe meg til å behandle pasienter bedre? Hvilken type studie omhandler artikkelen egentlig? Hva betyr den, og hvem gjelder den for? Kan jeg stole på denne *P*-verdien? Hva er et konfidensintervall? Denne boken hjelper deg å finne svarene på disse og andre spørsmål om medisinsk vitenskapelige artikler. Den ble utgitt første gang i 1997 og foreligger nå i tredje utgave. Etterspørselen gjennom snart ti år gjenspeiler aktualiteten – den tredje utgaven er både oppdatert, lettlest og i et hendig format

Det forutsettes ingen forkunnskaper i metode og statistikk, og leseren veiledes pedagogisk gjennom 13 kapitler inn i hva som egentlig skal til for å kunne lese og forstå en artikkel – hvordan forstå artikler som omhandler medikamentstudier, evaluering av diagnostiske tester, som forteller deg hva du skal gjøre (retningslinjer), som evaluerer hva en intervensjon eller utredning koster, og som oppsummerer resultater (systematiske oversiktsartikler og metaanalyser). Kapitler som enkelt forklarer studie-design, metode og kvalitetsvurdering er tatt med, samt et kapittel om statistikk «for dem som ikke er statistikere». Nytt i denne

utgaven er omtale av kvalitative studier og studier som er basert på spørreskjema.

Gode og oppdaterte henvisninger til utvidet selvstudie foreligger i alle kapitlene. Formidlingen er basert på klinisk praksis – forfatteren er selv allmennpraktiserende lege. Boken egner seg imidlertid godt for alle som befatter seg med lesing av vitenskapelige artikler – fra medisinstudenter og unge forskere til etablerte klinikere og akademikere – her er noe for de fleste. Spesielt nyttig er tabeller og vedlegg som oppsummerer de viktige punktene, og spørsmålene en bør stille (og finne svar på) for å vurdere en artikkels kvalitet og budskap. Henvisning til flere nyttige nettadresser og søkemotorer foreligger i de fleste kapitlene.

Boken oppleves som verdifull, overkommelig, lettlest og aktuell. Den er ikke ment å konkurrere med de store, tunge oppslagsverkene innen kunnskapsbasert medisin. Like fullt gjør den praktiske og didaktiske tilnærmingen den til et nyttig arbeidsverktøy og et fristende repetisjonsmedium som er godt å ha for hånden. Den anbefales sterkt og er vel verdt sine knappe tre hundrelapper.

**Kjetil Søreide**

Avdeling for patologi  
Stavanger universitetssjukehus

## En kjedelig rapport om et spennende tema

Verdens helseorganisasjon.

### Who report 2006: Global tuberculosis control

Surveillance, planning, financing. 242 s, tab, ill. Genève: WHO, 2006. Pris CHF 40 ISBN 95-4-156314-1



Tuberkulose er spennende! Sykdommen er *viktig* fordi det oppdages om lag ni millioner nye tilfeller i året, særlig blant voksne mennesker med omsorgsansvar i familien. Sykdommen er *farlig* fordi mange dør

av sykdommen; i 2004 1,7 millioner. Sykdommen er aktuell fordi den fortsatt øker så mye i Afrika at den globale økningen er 0,6 % per år. Og sykdommen er «*moderne*» ved at samspillet med hivinfeksjon og multiresistente stammer volder store problemer.

Tuberkulose er spesielt spennende for oss i Norge. WHO's bekjempelsesstrategi (directly observed therapy, short course; DOTS) ble utviklet i Tanzania av International Union Against Tuberculosis and Lung Disease med norsk støtte. Norsk bistand gjorde noe ganske dristig og fram-

synt der i en tid hvor alle sykdomsspesifikke programmer var bannlyst i WHO. Tuberkulosen var erklært døende! Først i 1980-årene våknet WHO opp, og adopterte hele DOTS-strategien som sin. Gro Harlem Brundtland ble en drivkraft. Den internasjonale satsingen siden det har vært imponerende. StopTB ble lansert med Werner Christie som den første lederen. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ble etablert og FN's Tusenårsplan satte søkelyset på fattigdomssykdommene. Norge har et av verdens aller laveste tuberkulosefall, og minimale resistensproblemer, men grenser til Russland med en svær tuberkulosebyrde og store multiresistensproblemer.

WHO-rapporten har mange tall og tabeller. Det er spennende for dem som driver med slikt til daglig, men det tar tid å finne gullkorn. Layouten er moderne og attraktiv, men får en lett til å tenke på reklame. Det er kanskje rapportens hovedproblem. Når WHO skal informere og propagandere på samme tid, blir man lett skeptisk til det man leser. Det blir ikke rom for problematisering, vurdering av strategien og kritiske blikk på data.

Hovedbudskapet er godt: Internasjonal finansiering til tuberkulosebekjempelse har bedret seg kraftig. Fattige regjeringer i de 22 landene som har mest tuberkulose betaler nå over 60 % av programkostnadene. Multiresistent tuberkulose er, i alle fall ikke på kort sikt, blitt det kjempeproblemet vi fryktet. Diagnose og behandling er blitt tilgjengelig for de fleste tuberkulosepasienter i verden. Og tallene tyder på at epidemien er på vei til å minske i styrke, unntatt i Afrika.

Det man kunne ønske at rapporten hadde sagt mer om, er følgende temaer: Kan vi stole på tallene fra verdens helseministre? Er milepælene (70 % deteksjonsrate og 85 % gjennomført behandling) relevante på den måten at måloppnåelse gir reduksjon i spredningen? Hvordan kan vi få til samarbeid mellom hiv- og tuberkuloseprogrammer i praksis? Og, ikke minst, hvordan kan vi se effekten av kampen mot fattigdomssykdom nr. 1 på folks levekår og tilgang til primærhelsetjeneste? Dette er selvsagt store forskningsoppgaver og ikke noe en rapport kan si noe sikkert om. Men med alle de globale tallene på bordet kunne WHO ha gjort mange spennende sammenstillinger som kunne brukes til hypotesedannelse, selvkritikk, nytenkning og aktivisme. Tallene er imidlertid der!

Rapporten finnes gratis tilgjengelig på WHO's hjemmesider.

**Gunnar Bjune**

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Universitetet i Oslo