sjonssykdommer, bl.a. tuberkulose, som dominerte sykdomsbildet i Europa, og ikke minst ble barn og unge rammet. Etter krigen har hjerte- og karsykdom, kreft og psykiske lidelser overtatt, og særlig har middelaldrende og eldre vært utsatt. I dag er mange med hjerte- og karsykdom, diabetes, astma, obstruktive lungesykdommer og visse typer av kreft, hiv/aidssykdommer og noen psykiske lidelser, som schizofreni og demens, å betrakte som kroniske pasienter, og de står for mesteparten av sykdomsbyrden og dødeligheten i Europa.

WHO definerer kronisk sykdom som sykdom med lang varighet og vanligvis langsom progrediering – uten at verken tidsaspektet eller progredieringen er definert. I 2002 var kroniske sykdommer ifølge forfatterne årsak til om lag 86 % av dødsfall i Europa. Bare 7 % skyldtes infeksjons- og ernæringsykdommer og 6 % ulykker. Mange kroniske sykdommer er knyttet til høyere alder, men en livsstil med stort tobakks- og alkoholforbruk, risikobetinget seksuell atferd, overvekt og inaktivitet spiller også en sentral rolle.

I denne kortfattede boken omtaler bidragsyterne, til dels ved tabeller, den byrden som kroniske lidelser skaper for samfunnet, både for den enkelte og for økonomien. Deretter omtaler man de strategiene man kan ta i bruk for å takle kronisk sykdom, og endelig diskuterer man de utfordringene man står overfor.

Røyking er fortsatt en viktig årsak til sykdom og død i Europa. Andelen røykere er nå på omkring 30 %, men i Øst-Europa, ikke minst i de baltiske landene, har antall røykere økt de siste årene, særlig blant kvinner og yngre. Flere land har redusert sitt totale alkoholkonsum, bl.a. Frankrike, men fortsatt ligger Øst-Europa etter. En tredel av den europeiske befolkningen regnes for overvektige. Svært betenkelig er det at overvekt øker blant barn.

Forfatterne mener at dødeligheten av diabetes og obstruktiv lungelidelse vil stige. Den sykdommen som vil øke mest, er demens – fordi det blir flere eldre i samfunnet. Andelen over 65 år vil øke fra 15 % i 2000 til over 23 % i 2030. Andelen over 80 år vil bli mer enn fordoblet i samme periode.

Utgifter til behandling og omsorg for kronisk syke går opp og tar en økende del av de nasjonale budsjettene. De fleste landene forsøker med forebygging og tidlig diagnostisering. Forskning viser at man oppnår best resultat når man kombinerer forskjellige tilnærminger. I en del land, ikke minst i Storbritannia, har man utviklet nye profesjoner som «nurse practitioners» og «community nurses», som både driver klinikker, og som besøker pasienten hjemme, åpenbart med godt resultat.

Forfatterne går inn for å stimulere utviklingen av nye medikamenter. De har da også fått støtte av Pfizer til den forskningen

som denne boken bygger på. De foreslår også økonomisk premiering, bedre organisering av helsevesenet og større bruk av informasjonsteknologi, forslag vi har hørt mange ganger før. Jeg tror ikke mange vil bli stimulert av denne oversikten. Nye tanker er det lite av.

Einar Kringle
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Imponerende om røykeavvenning

Keir E Lewis, red.

Smoking cessation

164 s, tab, ill. Oxford: Oxford University Press, 2010. Pris GBP 6
ISBN 978-0-19-955625-0

Dette er en kortfattet bok om røykeavvenning hvor bidragsyterne har som mål å levere en kompakt, praktisk og kunnskapsbasert veiledning og gi gode råd i dagligdagse, kliniske situasjoner. Målgruppen er leger og sykepleiere som behandler røykere, samt personer med

ansvar for medisinsk og annen helsefaglig utdanning.

Boken består av 15 kapitler med følgende temaer: røykingens epidemiologi/historie i et verdensperspektiv, fysiologiske og psykiske effekter av røyking, metoder for røykeavvenning og farmakologiske og ikke-farmakologiske hjelpemidler. Så følger åtte kapitler om hvilke motivasjonsfaktorer som er særlig viktige, og hvilke medikamenter som, ifølge litteraturen, er effektive ved kols (kronisk obstruktiv lungesykdom), koronarsykdom, planlagt kirurgi, graviditet, kreft, psykisk sykdom samt for unge røykere og jenter/kvinner. I tillegg omtaler forfatterne i egne kapitler diverse andre medisinske tilstander og fremtidens farmakologi. Her diskuterer de også forhold som kols og depresjon, røyking og sårtilheling, viktigheten av røykestopp minst åtte uker før planlagt kirurgi og røyking og osteoporose.

Kapitlene begynner med oppsummerte hovedpunkter og har boksdiagrammer med punktvis oppsummeringer som bidrar til god oversikt over temaene. Avslutningsvis diskuterer forfatterne kasuistikker, viser praktiske konsultasjonsark og flytdiagrammer til bruk i røykeavvenning, kommer

med forslag til tilnærming overfor høyrisikogrupper og henviser til aktuelle nettsider. De viser også flere praktiske eksempler på hvordan man skal henvende seg til politikere og helsemyndigheter for å foreslå røykeforebyggende tiltak. Boken er redigert av lungelege og indremedisiner Keir Lewis og skrevet av til sammen 12 forfattere, de fleste av dem unge og engelske, med åpenbar klinisk erfaring.

Dette er en imponerende kraftpakke om røykeavvenning: lettlest, komprimert, oversiktlig, praktisk og på alle måter klinisk. Det er flere viktige kliniske presiseringer av ren praktisk karakter, som det rett og slett er flott å se på trykk, f.eks. at en lege som vil henvise en pasient til en spesialist i røykeavvenning, ikke bare skal anmode pasienten om å gjøre det selv, men faktisk bør gjøre det for pasienten. Videre er det et klart søkelys på hvor viktig det er med oppfølgingssamtaler etter røykestopp.

Forfatterne fremhever ofte de gyldne øyeblikkene som kan øke motivasjonen og mestringsen, og som mange helsearbeidere bør være oppmerksomme på i sitt kliniske arbeid. Disse poengteringene er nyttig informasjon for de fleste og bør bidra til å øke årvåkenheten hos helsearbeidere som snakker med røykere. Især gir de i kapitlet om røyking og kreft flere overbevisende grunner til økt røykeavvenningsinnsats i denne gruppen.

En rett og slett imponerende liten bok om et svært viktig tema – som jeg er glad for å ha lest.

Frode Gallefoss
Seksjon for lungesykdommer
Sørlandet sykehus
Kristiansand

Flatpakke eller puslespill?

Steve Iliffe

From general practice to primary health care

The industrialisation of family medicine. 233 s, tab, ill. London: Oxford University Press, 2010. Pris USD 55
ISBN 978-0-19-921450-1

Allmennlegens møte med sine pasienter er prototypen på lege-pasient-forholdet. Et vellykket møte er avhengig av at pasienten har tillit til legen, og at legen forstår hvorfor pasienten har søkt kontakt. Helst bør legen kjenne

pasienten godt fra før og vite «alt» om pasientens liv og familie. Det dreier seg med

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 bønn» 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 tettepakket 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, fosfatiner, 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-