Tips om medisinsk litteratur, andre bøker, filmer og elektroniske medier som bør anmeldes, sendes *tidsskriftet@legeforeningen.no*

Viktige, men ubearbeidede innspill

Karen Glistrup
Snak om angst og depression
... med børn og voksne i alle aldre. 48 s, ill.
Risskov: PsykInfo Forlaget, 2011.
Pris DKK 125
ISBN 978-87-994320-0-4

Forfatteren har faglig bakgrunn som sosialrådgiver, med diverse tilleggsutdanninger innen familieterapi og veiledning. Basert på erfaringer fra familiesamtaler, hvor også barna opplever å bli sett, ønsker hun her å nå så vel barn i alderen 0–6 år, eldre barn og alle voksne med eller uten profesjonell helsefaglig bakgrunn. Hovedtemaet er knyttet til ønsket om å formidle viten og bryte ned tabuer knyttet til psykisk sårbarhet og sykdom generelt, ikke minst hos barn og unge som opplever dette i egen familie. Det er et viktig og stadig aktuelt tema.

Boken er delt i 13 kapitler, men overskriftene følger ikke alltid innholdslisten. Av leserveiledningen på baksiden av omslaget fremgår det at illustrasjonene til Pia Olsen er beregnet på alle. Det er enkle strektegninger av mennesker med varierte ansiktsuttrykk i ulike sitasjoner. Tekstene under tegningene og i venstre spalte på høyre side er for lesekyndige skolebarn, mens i høyre spalte på farget bakgrunn er teksten beregnet for voksne.

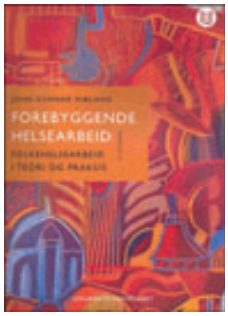
Hovedsakelig dreier det seg om tanker og følelser, psykiske lidelser, glede og smerte og om det gode liv mellom mennesker. En viktig intensjon for forfatteren, og hennes støttespillere innen Børnerådet, Psykiatrifonden og SINDs Pårørenderådgivning, er å formidle at det kan hjelpe å snakke om det hvis voksne har det «skitt» uten at barna forstår hvorfor. Her er det en rekke gode eksempler på symptomer og atferd ved psykiske lidelser og hvordan barn kan observere og reagere på dette. Beklageligvis er en rekke av forfatterens beskrivelser, bl.a. av det biopsykososiale grunnlaget for angst og depresjon eller hjernens funksjon, svært lite informative. Å sammenlikne hjernen med medisterpølser og datamaskiner virker som et lite faglig og litt krampaktig forsøk på å gjøre vanskelig stoff morsomt og interessant. I stedet blir det heller nokså løsrevet og mer forvirrende enn opplysende. Boken har ingen litteraturliste, men henvisning til 12 danske hjemmesider på nett.

Jeg undrer meg også over at forfatteren både i tittel og fremstilling legger så stor vekt på det å snakke, mens hun først på side 32 tydelig sier at «Det hjælper å tale med en som er god til å lytte og forstå». Rådene til de voksne om å snakke med barn tar heller ikke høyde for hvor viktig det er å ta hensyn til barns konkrete tenkning ved valg av ord og uttrykk i samtalene.

Kort sagt: Dette er en bok med en ambisiøs målsetting og mange gode forslag og innspill, både i form av tegninger og tekst om viktige og ofte forsømte temaer knyttet til psykiske lidelser i familiekontekst. Boken kan sikkert tjene som inspirasjon for dem som ønsker å bidra til bedre forståelse og mestring av slike utfordringer, men den vil profittere på en redaksjonell bearbeiding og en mer kunnskapsbasert og pedagogisk fremstilling, bl.a. av det biologiske grunnlaget for hjernen og kroppens funksjon i samspill med omgivelsene.

Inger Helene Vandvik
Slependen

Intressant om förebyggande hälsoarbete



John Gunnar Mæland
Forebyggende helsearbeid
Folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utg.
234 s, ill. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
Pris NOK 389
ISBN 978-82-15-01608-5

John Gunnar Mæland har på Universitetsförlaget presenterat den tredje utgåvan av *Forebyggende helsearbeid*. Han öppnar med att ge en vid definition av vad som egentligen utgör förebyggande hälsoarbete: Det handlar inte bara om att förhindra sjukdom, skada och förtidig död (*disease prevention*). Det omfattar också det hälsofrämjande arbetet (*health promotion*), till exempel så som det presenterats av Världshälsoorganisationen (WHO). WHO har givit oss en utopisk hälsodefinition av fullständigt och optimalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande. Man medger dock att en sådan utopisk definition kan göra mer skada än nytta på grund av sin ouppnåelighet. I stället har man fokuserat hälsobegreppet på möjligheten att leva ett ekonomiskt och socialt produktiv liv.

Med dessa inledande resonemang har Mæland skapat både bredd och djup för sitt ämne, så att han kan utnyttja de möjligheter ämnet ger. I 18 kapitel på 229 sidor, med ett trettiotal figurer, med avslutande sakregister, register över användbara nätadresser samt norska aktörer, myndigheter, institutioner och forskare inom det förebyggande hälsoarbetet, får ämnet bäde bredd och djup.

Han börjar med en beskrivning av hälsans och hälsoarbetets historia från 1900-talets början fram till vår tid. I sin första figur har han i princip inkluderat alla de begrepp som han i följande kapitel kommer att behandla, från hygien och hälsoupplysning till miljöarbete och beteendepåverkan (atferdspåvirkning).

Hälsolägets spektakulära förbättring under samma tid är dock bara till del avhängigt av det förebyggande hälsoarbetet. Till exempel ökade medellivslängden från ca. 50 år för män och kvinnor som levde vid 1900-talets början till 80 år för kvinnor och 76 för män, som levde vid dess slut, en ökning med 60 procent på hundra år.

Andra intressanta och användbara mått för att mäta hälsa är åldersrelaterad dödlighet, spädbarnsdödlighet och standardiserad mortalitetsratio (SMR). Det senare måttet utgör dödligheten hos en viss definierad grupp, till exempel lägsta socialklassen i relation till (eller standardiserad mot) dödlighet i befolkningen. Men det är ju inte bara dödsfallen i olika åldrar och olika kategorier som påverkar och ger en bild av hälsoläget. Även livskvaliteten, tillfredsställelsen och lyckan under den tid vi lever, har stor betydelse. Ett nydanande arbete har lagts ned på att ta fram ett integrerat mått på god hälsa, omfattande såväl antal levnadsdagar och år, som innehållet i dess dagar och år. Begreppet kallas kvalitetsjusterade levnadsår – QUALY (quality adjusted life years). För dem som lider av sjukdom eller handikapp, har man konstruerat ett motsvarande mått – DALYs (disability adjusted life years). Båda måtten beskriver i kvantitativa termer det hälsoutfall man finner i vissa grupper och hos vissa individer.

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 kolesterolvärden. Majoriteten av hjärtinfarktpatienterna har haft normala eller till och med låga värden. Om man vill påverka infarktrisken, är det effektivare att förskjuta kolesterolfördelningen mot lägre värden i hela befolkningsgruppen (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 minskningen 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 blommat 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 däremot 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 dessa kostnader. Bäde det internationella kapitlet och det om specifika folksjukdomar är korta och summariska. 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 folkhälsovetenskapen.

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 helsetjenesten, 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 sikkerhetstenkning innen andre samfunnssektorer, f.eks. innen transportsektoren. Slike tverrsektorielle sammenlikninger er gjort av mange, men de bør neppe gjøres uten et kritisk syn på hvor relevant sikkerhetstenkning 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 personaltilfredshet 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 meldesystem for pasientsikkerhet. Han viser til forsker og sykepleier Synnøve Ødegaards utredninger fra Kungliga Tekniska Högskolan. Hun hevder at meldefrekvensen øker dersom nytten av det å melde gjøres tydeligere, og at det er enighet om at et av de største hindrene vedrørende avviksrapportering er om det foreligger risiko for om rapportøren 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?