



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Dr. Stockmann and Dr. Snow

One of my co-authors on a recently published biography of John Snow (1) sent me an attachment in February, which contained an article in Tidsskriftet no. 24/2003 by Magne Nylenna (2). I found Nylenna's interpretation of dr. Stockmann og dr. Snow very enlightening. Among other things, I learned that Ibsen's protagonist in *Enemy of the People* – a play I've often used in European intellectual history courses at Michigan State University as an exemplar of late nineteenth-century aristocratic radicalism – serves as a model of public health activism in Norway. In addition, Nylenna's assessment of Snow's tour-de-force pragmatism as a social medicine investigator during the Golden Square/Broad Street cholera outbreak in 1854 seems reasonable to me. For Snow's initial investigation lasted a scant four days, during which he took water samples from several pumps at different times, narrowed the likely suspect to one source, personally compiled a list of recent deaths at the Registrar General's office (the official list would not be published for ten days), conducted house-to-house investigations (but made no map, as far as we know), convinced the parish vestry to lock down the Broad Street pump as an interim measure, and then sent a brief report of his findings to one of the London medical journals (3). Compared to these accomplishments, Stockmann's (fictional) discovery process was less comprehensive, his interactions with the local authority and media more confrontational, and the immediate outcome practically unsuccessful.

Consequently, my reading of the article differs dramatically from Knut Arne Holte-dahl's in Tidsskriftet no. 7/2004 (4). He read that Stockmann is passé; I read that Stockmann is very relevant as a symbolic beacon in the night for modern public health activists, whereas Snow may be a better model for scientific, pragmatic interventions in crisis situations. He accuses Nylenna of relying on outdated scholarly information, but substitutes anecdotes for a systematic search of the literature; I assumed that Nylenna's reference to a 1967 source made his generalization sufficiently conditional. While I agree with Holte-dahl's comment that few public health problems are solved by removing a pump handle, Nylenna never said they were. Nor

did Snow, despite the mythology that has emerged about this episode. First, he noted in his letter to *Medical Times and Gazette* that mortality was decreasing before the pump was immobilized. And once the immediate crisis was managed, Snow re-visited the area several times that autumn in search of the precise cause of the outbreak. He, personally, never identified an index case.

Peter Vinten-Johansen
Michigan State University

Litteratur

1. Vinten-Johansen P, Brody H, Paneth N et al. Cholera, chloroform, and the science of medicine. A life of John Snow. Oxford: Oxford University Press, 2003.
2. Nylenna M. Dr. Stockmann og dr. Snow – to samfunnsmedisinske helter. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3579–81.
3. Snow J. The Cholera near Golden Square, and at Deptford. *Medical Times and Gazette* 1854; 9: 321–2.
4. Holte-dahl KA. Er dr. Stockmann passé? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 980.

K.A. Holte-dahl svarer:

Det er flott at et teaterstykke fra 1800-tallet kan gi grunnlag for moderne medisinsk engasjement! Og det er fantastisk at stykket spilles mer og mer, innen- og utenlands. Behovet for statister til folkemøtet løses elegant med publikum i foajeen, slik både Nylenna og jeg har vært med på ved forskjellige teatre. Kanskje blir det også slik ved hundreårsmarkeringen for Ibsens død i 2006? Hvis jeg ikke er feilinformert, skal *En folkefiende* være en hovedforeføring da. For tiden lages det en modernisert norsk filmversjon av Ibsens drama. Den skal være åpningsfilm ved Tromsø Internasjonale Filmfestival i januar 2005. Før dette er *En folkefiende* blitt film i Tyskland i 1937 og 1998, og en indisk regissør laget en versjon i 1989.

Samlet sett opplever jeg nok kommentarene fra Nylenna (1) og fra Frich og Fugelli, omtalt av meg i Tidsskriftets påskenummer (2), som en jordfestelse av dr. Stockmann. Så jeg syntes det var viktig å grave ham opp før det var for sent. Og jeg synes nok at Peter Vinten-Johansens sterke ordbruk skyter litt over mål i forhold til mitt godmodige hint om redaktører og gamle referanser (2). For studentene i Michigan vil jeg håpe at også de begynner å diskutere Stockmann som folkehelseaktør og ikke bare som

eksempel på forgangen aristokratisk radikalisme. Ibsen er global nok – også for dagens medisinerere!

Knut Arne Holte-dahl
Tromsø

Litteratur

1. Nylenna M. Er dr. Stockmann passé? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1669–70.
2. Holte-dahl KA. Er dr. Stockmann passé? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 980.

Redaksjonen kommenterer:

Innlegget til Peter Vinten-Johansen skulle vært trykt i Tidsskriftet nr. 12/2004 sammen med innlegget om samme sak av Magne Nylenna (1).

Redaksjonen
Tidsskriftet

Litteratur

1. Nylenna M. Er dr. Stockmann passé? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1669–70.

Dagkirurgiske komplikasjoner – ikke enkelt å studere

Det er meget prisverdig og fortjenestfullt at dagkirurgi følges opp med evaluering av komplikasjonsfrekvens etter at pasienten har forlatt sykehuset og med diskusjon om metoder for å fange opp slike komplikasjoner. Kjetil Skaansar & Dag Hofoss belyser disse to problemstillingene applisert på et dagkirurgisk øre-nese-hals-materiale i Tidsskriftet nr. 8/2004 (1). De angir høy frekvens av komplikasjoner, 16,7 % (64 av 383), men etterlater en del ubesvarte spørsmål når det gjelder metode og tolking.

Den oppgitte komplikasjonsraten synes å fremkomme ved delvis sammenslåing av de to metodene man skulle sammenlikne, nemlig insidensen av komplikasjoner som fremkom ved intervju, 55 av 328 (16,8 %), pluss ni av de 55 (16,4 %) som ikke hadde svart, men som hadde fått notert komplikasjoner i databasen. Senere i arbeidet og i konklusjonen er det en mye lavere komplikasjonsrate, 4,7 % fra databasen gjennom en fireårsperiode, som sammenliknes med intervjumetode i den siste ettårsperioden. Presentasjonen angir ikke om noen fikk registrert mer enn én komplikasjon. Det er

lite opplysninger om hvordan databasen var ført. Hvor stor del av pasientene var til avtalt eller til ikke-avtalt etterkontroll? Hvilke rutiner hadde man for å innhente epikriser ved innleggelse i sykehus? Var det noen avtale om at pasienten kunne ringe kirurgen ved postoperative problemer? Skulle de i stedet ringe avdelingen ev. sykehusmottak eller egen lege etter stengetid for enheten? Ble i tilfelle slike henvendelser registrert i databasen?

Det er også problemer knyttet til intervju-delen – hele 5,6 måneders forløp i gjennomsnitt frem til intervju og uten at det er angitt noen spredning. Det er angitt at pasientene fikk to spørsmål: Har du hatt komplikasjoner? I tilfelle hvilke? Det er avgjort av interesse å vite hva de ellers ble spurt om, og om spørsmålene var likelydende per telefon og per brev. Ble det spurt spesifikt om blødning eller infeksjonssymptomer? Smerte? Kvalme? Hva slags informasjon fikk pasienten på forhånd? Har man, for eksempel, fått beskjed om at det kan være normalt å kvittere mindre koagler etter hjemsendelse, så vil det kunne gi en annen rapportert insidens av ikke-påregnet blødning enn om slik informasjon ikke er gitt.

Tidsskriftets redaksjon har ansvar for å sikre at det som publiseres, er rimelig entydig og ledsaget av de nødvendige reser-vasjoner. Den aktuelle artikkelen var slått opp på omslaget som ett av fire hovedtemaer: *Kompikasjoner etter dagkirurgi*. Den ble referert på en helside i VG under overskriften *Trøbbel for hver 6. dagkirurgiske pasient*. Journalisten hadde brukt en av artikkelforfatterne som eneste kilde. Journalisten kunne på henvendelse opplyse at man stolte på at artikler i Tidsskriftet var uangripelige og hadde vitenskapelig høy kvalitet, slik at det ikke var nødvendig med ytterligere kritisk evaluering av budskapet. Her har tydeligvis både Tidsskriftet og VG et forbedringspotensial.

Johan Ræder

Leder i Norsk Dagkirurgisk forum (Nordaf)

Litteratur

1. Skaansar K, Hofoss D. Kompikasjoner etter dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1121–4.

K. Skaansar & D. Hofoss svarer:

Vi takker for Johan Ræders kommentar og gir ham rett i at et register som skal avspeile det totale antall komplikasjoner ved dagkirurgi, ikke kan lages uten at de spørsmål han reiser, er gjennomdiskutert og avklart. Vi er også enige i at vi ikke bare burde angitt gjennomsnittlig tid fra operasjon til intervjuetidspunkt, men også spredningen.

Ræders hovedinnvendinger hadde vært berettiget dersom hensikten med artikkelen (1) hadde vært å angi korrekt komplikasjonsrisiko i medisinsk forstand. Det var ikke hensikten. Artikkelen var en virkelig-

hetsbeskrivelse av legers og pasienters oppfatning av postoperative komplikasjoner. Undersøkelsen ble gjort over lang tid med mange operasjonstyper hos pasienter fra ulike kanter i landet. Den informasjon som gis til pasientene, endres over en så lang periode som fem år. Til sammen medfører dette at informasjonen er vanskelig å standardisere i en slik undersøkelse.

I intervjuet var poenget å sette søkelys på pasientens egen oppfatning om gjennomgått komplikasjon. Spørsmålsstillingen var derfor så enkel som mulig, og pasienten skulle beskrive dette med egne ord. Vi ønsket ikke å påvirke pasientens syn på grenseoppgangen mellom en, i medisinsk forstand, kirurgisk komplikasjon og en påregnelig hendelse. Det var en av årsakene til at vi lot ikke-leger foreta intervjuet.

Vi har ikke kunnet påvirke formen som VG gav sitt oppslag, men vi synes innholdet var dekkende. Faktisk rapporterte hver sjette intervjuede pasient at det hadde oppstått trøbbel etter dagkirurgien. Dette sier noe om pasientopplevd kvalitet. Vi finner det interessant at kirurgen ikke var kjent med de postoperative komplikasjonene. I en tid hvor stadig flere personer gjennomgår dagkirurgiske inngrep, antar vi at det også interesserer Norsk Dagkirurgisk forum. Vi takker for de konstruktive innspill som foreningens leder har gitt om hvordan en slik mer fullstendig registrering bør gjøres.

Kjetil Skaansar

Gjøvik

Dag Hofoss

Nordbyhagen

Litteratur

1. Skaansar K, Hofoss D. Kompikasjoner etter dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1121–4.

Ny teknologi – vanskelig evaluering

I Tidsskriftet nr. 8/2004 var det flere artikler der det indirekte ble vist til tidligere utredninger fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) om bruk av positronemisjonstomografi (PET) (1, 2). Baard-Christian Schem diskuterer på lederplass om medisinsk metodevurdering kan være relevant for å vurdere ny bildediagnostisk teknologi og om den diagnostiske teknologiutviklingen går for raskt til at den kan vurderes fortløpende i kliniske studier med lang nok oppfølgingstid til at helserelevante endepunkter kan måles (3).

Dette synspunktet har bidratt til at dokumentasjon omkring nye diagnostiske metoder først og fremst dreier seg om tekniske forhold og diagnostisk treffsikkerhet. Det er atskillig færre studier av effekt på terapivalg, og meget få som sier noe om det kliniske utfallet for pasienter (4, 5). Dette synes for øvrig å gjelde for

diagnostiske metoder generelt. Det bør derfor diskuteres om innføring av en ny diagnostisk metode må vurderes ut fra hvilke konsekvenser den vil ha for pasientens helse, sammenliknet med etablert metodikk (gullstandard). Diagnostiske prosedyrer bør underlegges de samme krav til dokumentasjon av kliniske effekter som stilles til andre prosedyrer.

Schem kritiserer også Senter for medisinsk metodevurdering for bare å ha foretatt en «intern» oppsummering av dokumentasjonen pga. stram tidsfrist fra Helsedepartementet (3). Det er for så vidt riktig, men dokumentasjonen bestod av allerede vurderte internasjonale litteratursammenstillinger, hvor de enkelte lands fagekspertise hadde bidratt.

Jeg støtter Schems synspunkt om at relevant fag- og metodeekspertise må samarbeide i evalueringen av publikasjoner (3). Det ble også gjort i vår første utredning om PET (1), hvor norske fagekspert, i samarbeid med senterets «metodeekspert», vurderte både tidligere rapporter og nyere primærstudier. Konklusjonen var at PET for enkelte diagnoser innen onkologi, nevrologi og kardiologi kunne gi diagnostiske fortrinn, men at kliniske resultater av dette var udokumentert (1). I 2003 konkluderte vi at nyere dokumentasjon fortsatt sa lite om kliniske utfall for pasientene, men at den diagnostiske betydning, særlig innen visse områder av onkologi, var såpass klar at PET burde foretrekkes. Etter min mening indikerer denne utvikling at metodevurdering som system er egnet til å evaluere ny diagnostisk metodologi på en åpen og nøytral måte, under forutsetning av at den oppdateres når tilstrekkelig ny dokumentasjon foreligger.

Berit Mørland

Senter for medisinsk metodevurdering

Litteratur

1. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. SMM-rapport nr. 8/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
2. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. Formidling av internasjonale metodevurderinger 2001–2003. SMM-rapport nr. 6/2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
3. Schem B-C. Ny teknologi – vanskelig evaluering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1075.
4. Robert G, Milne R. Positron emission tomography: establishing priorities for health technology assessment. Health Technol Assess 1999; 3: 1–54.
5. Kent DL, Larson EB. Disease, level of impact, and quality of research methods. Three dimensions of clinical efficacy assessment applied to magnetic resonance imaging. J Invest Radiol 1992; 27: 245–54.

B.-C. Schem svarer:

Berit Mørland skriver at undertegnede på lederplass diskuterer (1) «... om medisinsk metodevurdering kan være relevant for å vurdere ny bildediagnostisk teknologi». Dette er ikke riktig. Med utgangspunkt