

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 stengt tid 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: *Komplikasjoner 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 uanripelige 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. Komplikasjoner 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 intervju-tidspunkt, 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. Komplikasjoner 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 teknologutviklingen 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

i PET diskuterer jeg i lederen ulike momenter ved metodevurdering av bilde-diagnostikk. Jeg mener slik metodevurdering er helt nødvendig, men det må skje etter andre kriterier enn det som er gjort i SMM-rapport nr. 6/2003 (2).

Det må være en selvfølge at et kunnskapssenter kan presentere en gjennomtenkt og differensiert holdning til hvordan ulike deler av medisinsk virksomhet skal metodevurderes. Både behandlingsmetoder og diagnostiske metoder til ulike pasientgrupper er preget av store individuelle forskjeller som gjør at man ikke kan møte dem med sjablongmessige dokumentasjonskrav.

Verken i SMMs metodebok (3), i SMM-rapport nr. 6/2003 eller i innlegget over er jeg i stand til å finne noen sammenhengende begrunnelse for det stadig gjentatte krav om at bildediagnostikk skal metodevurderes etter de samme kriterier som nye behandlingsformer. Mangelen på gjennomtenkning og begrunnelse står i skarp kontrast til de mange godt begrunnede standpunkter man finner ellers i SMMs metodebok.

Paradoksalt nok er medisinsk metodevurdering en av de nye metoder i vårt helsevesen som vil ha størst vansker med å oppfylle standardiserte krav om dokumenterte resultater i form av «kliniske effekter» eller «klinisk nytteverdi» i godt kontrollerte, helst randomiserte, studier. Dette er selvsagt ikke noe argument for å stanse denne virksomheten, men er en god illustrasjon på hvor galt det kan gå hvis man bare overfører prinsipper for metodevurdering fra ett fagområde til et annet.

Skal synspunkter fra kunnskapssenteret/SMM bli tillagt vekt ved fremtidig evaluering av PET, bør man slutte å publisere rapporter med kun én SMM-intern forfatter uten faglig bakgrunn innen det området som evalueres (2).

Man bør utarbeide en egen ny, gjennomtenkt begrunnelse for valg av endepunkter og litteraturvurdering ved evaluering av bildediagnostikk, basert bl.a. på de forhold som er omtalt i min leder (1). I en slik prosess, og ved en ny PET-evaluering, bør man trekke inn personer med betydelig faglig tyngde innenfor den diagnostiske metode som vurderes og personer med stor erfaring i å treffe kliniske beslutninger basert på bildediagnostikk.

Baard-Christian Schem

Kreftavdelingen
Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Schem B-C. Ny teknologi – vanskelig evaluering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1075.
2. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. Formidling av internasjonale metodevurderinger 2001–2003. SMM-rapport nr. 6/2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.
3. <http://www.kunnskapssenteret.no/smm/>

Ubalansert kritikk av kornprodukter

Iver Mysterud & Dag Viljen Poleszynski drøftet i Tidsskriftet nr. 9/2004 blant annet kornprodukters betydning for human helse (1). Forfatterne begår etter min mening en feil når de lister opp mulige negative følger av inntak av kornprodukter uten å nevne at et høyt inntak av grove kornprodukter i store epidemiologiske studier er sterkt forbundet med redusert risiko for en rekke alvorlige sykdommer (2, 3). Artikkelen er derfor ensidig negativ og ubalansert.

I flere kulturer er inntaket av brød svært høyt samtidig som helsetilstanden er meget god. Et slikt eksempel er den klassiske middelhavsdietten, representert ved den kretiske varianten. Det er sterke holdepunkter for å tro at den ekstremt lave forekomsten av koronar hjertesykdom på Kreta skyldes et svært sunt kosthold med mye umettet fett (olivenolje og fett fra planter og snegler), frukt, grønt og grove kornprodukter.

Kretiske menn spiste i 1960 i gjennomsnitt 380 g brød per dag (tilsvarende ti brødskiver), i 1988 var inntaket sunket til 115 g (tilsvarende tre brødskiver). I 1960 spiste kretiske menn i gjennomsnitt 35 g kjøtt per dag, i 1988 91 g per dag (4). Samtidig med denne kostendringen (i retning av steinalderdietten) har det vært en sterk økning i forekomsten av hjerte- og karsykdommer på Kreta (5). Assosiasjonen er ikke nødvendigvis kausal, men den er interessant.

Norske ernæringsmyndigheter har i årevis anbefalt daglig inntak av grove kornprodukter. Dette rådet samsvarer godt med den «nye» kostholdspyramiden som er utviklet av Walter Willett og medarbeidere ved Harvard-universitetet, der inntak av grove kornprodukter til de fleste måltider utgjør en viktig del av selve basisen i pyramiden (6).

John Roger Andersen

Høgskulen i Sogn og Fjordane

Litteratur

1. Mysterud I, Poleszynski DV. Evolusjon, kosthold og livsstil. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1260–2.
2. Slavin JL, Jacobs D, Marquart L et al. The role of whole grains in disease prevention. J Am Diet Assoc 2001; 101: 780–5.
3. Jacobs DR jr., Meyer HE, Solvoll K. Reduced mortality among whole grain bread eaters in men and women in the Norwegian County Study. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 137–43.
4. Kafatos A, Kouroumalis I, Vlachonikolis I et al. Coronary-heart-disease risk-factor status of the Cretan urban population in the 1980s. Am J Clin Nutr 1991; 54: 591–8.
5. Voukiklaris GE, Kafatos A, Dontas AS. Changing prevalence of coronary heart disease risk factors and cardiovascular diseases in men of a rural area of Crete from 1960 to 1991. Angiology 1996; 47: 43–9.
6. Harvard School of Public Health. Nutrition book author rebuilds USDA Food Pyramid. <http://www.hsph.harvard.edu/now/aug24/> (12.5.2004).

I. Mysterud & D.V. Poleszynski svarer:

John Roger Andersen mener at vår kronikk var «ensidig negativ og ubalansert», men vi kunne gått mye lenger i kritikken av korn som hovedmatvare for mennesker, basert på omfattende dokumentasjon (1–5).

Andersen finner koblingen mellom redusert korninntak og økt kjøttinntak og økt forekomst av hjerte- og karsykdommer hos menn på Kreta i årene 1960–88 interessant. Evolusjonært kan kostholdsendringer bort fra det mennesket har spist i årtusener (kjøtt, fisk, nøtter, bær, grønnsaker), forventes å øke forekomsten av sivilisasjonssykdommer. Derfor er korrelasjonen mellom kjøttinntak og hjerte- og karsykdom neppe kausal.

Før 1960 inneholdt Kreta-kostholdet ca. 45 energiprosent fett (mest enumettet og mettet), supplert med grønnsaker, belgfrukter, nøtter, frukt, noe kjøtt (lam, geit, kanin), fjærkre og sjømat. Litt brød av grovmalt mel (bygg, hvete, rug) ble spist til måltidene, ikke som hovedrett.

Negative helsetrender på Kreta kan ses i sammenheng med økt inntak av omega-6-fettsyrer (fra soya, solsikke og mais) og margarin med transfettsyrer. For mye omega-6-fettsyrer er en kjent risikofaktor for hjerte- og karsykdom, og økningen skyldes mindre bruk av olivenolje og smør (sau). Dette har redusert inntaket av mettet og enumettet fett, og bruken av snacks med raffinert hvetemel og margarin, brus, sukkerholdige produkter og raffinert korn har økt sterkt. I Hellas og på Kreta røykes det mer, livet er mer stressende og folk er mindre fysisk aktive. De har dermed fjernet seg fra et kosthold som tidligere var mer i pakt med menneskets genetiske arv.

Deler av anbefalingene til Walter Willett og medarbeidere kan begrunnes evolusjonært, bl.a. at fett ikke anses å være en hovedårsak til overvekt og vektleggingen av lavglykemisk mat. Anbefalingen til hele befolkningen om å spise mer grove kornprodukter er imidlertid ikke evolusjonært begrunnet, i motsetning til andres råd (3, 4). Willetts nye matpyramide representerer likevel et lite, men viktig skritt i riktig retning.

Iver Mysterud

Dag Viljen Poleszynski
Oslo

Litteratur

1. Braly J, Hoggan R. Dangerous grains: why gluten cereal grains may be hazardous to your health. New York: Penguin Putman, 2002.
2. Mercola J. The no-grain diet: conquer carbohydrate addiction and stay slim for life. New York: Penguin Putman, 2003.
3. Lindeberg S. Maten och folksjukdomarna – ett evolutionsmedisinsk perspektiv. Stockholm: Studentlitteratur, 2003.
4. Smith MD. Going against the grain. How reducing and avoiding grain can revitalize your health. New York: Contemporary Books, 2002.
5. Manning R. Against the grain. How agriculture has hijacked civilization. New York: North Point Press, 2004.