

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