

Hans anmeldelse faller i «fellow-traveller-tradisjonen», der man stiller seg ettergivende og sympatisk til kommuniststatene. Å bortforklare Stalins masse mord med tradisjoner fra tsartiden er meget tynn suppe. Børdahl forteller at jeg ikke kan vurdere Sovjetunionens krigsseier uten å nevne Katyn-massakren og Moskvaprosessene hver gang. Tull. Like feil er påstanden om at jeg skriver at alle eksfangene ble sendt til gulag. Professorens selektive lesing er det lite å si på.

Enda mer påfallende er det at Børdahl ikke nevner sin avdøde kollega professor Leiv Kreyberg. Nettopp i legenes eget forum skulle man tro at Kreyberg ville bli tilbørlig nevnt. Jeg skriver mye om ham og hans store innsats for russerfangene i Nordland i 1945, basert på grundig kildearbeid. Kreyberg hadde få illusjoner om Sovjetunionens forhold til krigsfangene. Allerede i sin dagbok i 1943 uttalte han at russerne «ga seg fan» i krigsfangene. Men han og hans medarbeidere (hvorav flere var leger med bakgrunn fra motstandskampen) gjorde en formidabel innsats for fangenenes ve og vel. Selve repatrieringen, reisen hjem til Stalin, var avtalt mellom de allierte på Jalta 11. februar 1945.

I 1968 utga den britiske historikeren Robert Conquest *The great terror*, en inngående beskrivelse av stalinstatens terror (2). Han ble møtt med massiv motstand og påstander om løgn fra vestlige «fellow travellers» og politiske pilegrimer. Etter Sovjetunionens fall utga Conquest boken på nytt. I den sammenheng foreslo han at tittelen burde være «I told you so you fucking fools» (3). Men Børdahl vil ikke høre. I hans anmeldelse presenteres det faktum at ikke alle krigsfanger ble sendt til gulag nærmest som et bevis på at Stalin ikke var så verst. Det er imidlertid vist at flere av dem som ikke ble sendt til leirene, ble tvangsendt til industrien, blant annet til urangruvene (4).

Professor Børdahl ønsker seg en annen (mer kommunistapologetisk) tekst om fangene enn min. Helt legitimt. Men han bør forholde seg til teksten og ikke antyde at jeg skriver noe annet enn det jeg gjør.

Einar Kristian Steffenak
Ilseng

Litteratur

1. Børdahl PE. Et drama som kunne ha fortjent en annen tekst. Anmeldelse av: Steffenak EK. Russerfangene. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2894.
2. Conquest R. *The great terror: Stalin's purge of the thirties*. London: Macmillan, 1968.
3. Haynes JE, Klehr H. *In denial: historians, communism and espionage*. San Francisco, CA: Encounter books, 2003.
4. Service R. *The comrades! A history of world communism*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2007.

Snøskredforskning i Norge

I spalten Medisinsk nytt i Tidsskriftet nr. 10/2009 omtales en ny og interessant studie om dødsårsaker hos 204 snøskredfataliteter i et kanadisk 21-årsmateriale (1). Studien viser at 75 % av ofrene dør av kvelning, 24 % av skader og bare 1 % av fatal hypotermi. Det hevdes i et intervju med Øyvind Thomassen fra Haukeland universitetssykehus at det ikke er «gjort noen studier på dødsårsaken hos dem som blir tatt av skred i Norge, men fra Alpene er det publisert en del».

Vi publiserte tilsvarende originale funn allerede i 1989 i en studie om dødsårsaker og dødsmekanismer hos norske snøskredofre. I artikkelen redegjorde vi for autopsifunnene hos 12 omkomne i to norske snøskred. Det største skjedde i Vassdalen 5.3. 1986, der 31 unge norske soldater ble tatt av skred og 16 omkom. I studien, for øvrig det største autopsimateriale fra omkomne i ett og samme snøskred, viste vi at de fleste døde av asfyksi (2). Vi publiserte samtidig og senere flere artikler om snøskred i Tidsskriftet, der vi også gjennomgikk dødsårsaker og skademekanismer i snøskred (3, 4). Senere europeiske autopsimaterialer har bekreftet våre funn (5).

Det er markante forskjeller mellom autopsimaterialer fra Norge/Europa og materialer fra USA/Canada, spesielt i andelen traume-fataliteter. En forklaring på dette kan være at hele 43 % av de 204 kanadiske snøskredfatalitetene var knyttet til heliskikjøring og bruk av snøskuter (6). Tallene kan styrke argumentene for en fortsatt restriktiv norsk politikk angående frislipp av disse to aktivitetene. I Norge er det i gjennomsnitt 3–5 dødsfall i snøskred hvert år, med Troms som det mest snøskredutsatte fylket. I dette fylket har 17 personer omkommet i snøskred siden vinteren 1995–96. Nyere forskning gir viktige bidrag til forebygging og akuttinnsats, samtidig som det er viktig å ta vare på kunnskap som bygger på erfaringer fra lokale forhold her i landet.

Mads Gilbert
Helge Stalsberg
Universitetssykehuset Nord-Norge

Morten Rostrup
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Sagsveen M. Dødsårsaker ved snøskredulykker. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 975.
2. Stalsberg H, Albretsen C, Gilbert M et al. Mechanism of death in avalanche victims. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1989; 414: 415–22.
3. Rostrup M, Gilbert M, Stalsberg H. Skredulykken i Vassdalen. Medisinske erfaringer. Tidsskr Nor Legeforen 1989; 109: 807–13.
4. Rostrup M, Gilbert M. Snøskredulykker. Tidsskr Nor Legeforen 1993; 113: 1100–2.
5. Hohlfrieder M, Brugger H, Schubert HM et al. Pattern and severity of injury in avalanche victims. *High Alt Med Biol* 2007; 8: 56–61.
6. Boyd J, Haegeli P, Abu-Laban RB et al. Patterns of death among avalanche fatalities: a 21-year review. *CMAJ* 2009; 180: 507–12.

Vanskelig – men viktig – med kritisk vurdering av ny teknologi

I Tidsskriftet nr. 7/2009 stiller Bach-Gansmo & Bogsrud seg kritisk til de norske prosedyrene ved og premissene for evaluering av nytt medisinskteknisk utstyr, som positronemisjonstomografi (PET) (1). Vi er enige i at det er en utfordring å vurdere instrumenter og metoder som er i utvikling. En systematisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er imidlertid viktig for å avklare hva vi vet om helsetjenestetiltak, også når det gjelder vurdering av PET. De fleste nye teknologier har et utviklingsforløp der nytte og risiko vurderes gjennom forskning, og PET-teknologien er i så måte ikke unik. Utfordringen er å vite når kunnskapsgrunnlaget er godt nok for trygg og sikker innføring. Vi er helt enige med Bach-Gansmo & Bogsrud i at det er viktig å komme frem til optimale metoder og prosesser i så henseende. Kunnskapssenterets metodetilnærming er i samsvar med internasjonale prinsipper for systematiske kunnskapsoppsummeringer, der man ikke bare legger vekt på randomiserte, kontrollerte studier, og vi følger kontinuerlig med i metodearbeidet (2, 3).

For å sikre pasientene trygge og gode helsetjenester skal forskningsgrunnlaget vurderes sammen med annen kunnskap og informasjon. Her vektlegges kliniske erfaringer, tilgjengelige ressurser og andre konsekvenser ved teknologien før de ansvarlige beslutter om den skal innføres. Kunnskapssenterets rolle i denne prosessen er ikke å gi anbefalinger – vi skal utelukkende fremlegge kunnskapsgrunnlaget slik at de som skal ta beslutningene, har et best mulig utgangspunkt for dette. Anbefalingene i de nasjonale retningslinjene om at PET ikke har noen plass i utredning av spiserørskreft, er derfor ikke Kunnskapssenterets, det kommer fra fagmiljøene og Helsedirektoratet.

Vi tror at arbeidet med nasjonale retningslinjer på kreftområdet er en riktig vei å gå, forutsatt at gyldigheten vurderes fortløpende. På samme måte som PET er en teknologi i utvikling, er de nasjonale retningslinjene på kreftområdet dokumenter som skal oppdateres i tråd med denne utviklingen. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har pekt på at alle retningslinjer på kreftområdet må ta stilling til hvilken rolle PET/CT skal ha i utredning eller oppfølging av de ulike pasientgruppene. Dette følger vi opp, og vi har bl.a. en bestilling om å vurdere PET/CT i forbindelse med retningslinjer for lungekreft. Vi vil også starte en utredning for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering om hvilket behov det er for PET/CT.

Vi er absolutt enige i at det er viktig å møte fremtidens utfordringer for å være

informert om nye gjennombrudd. Gjennom databasen MedNytt.no formidler vi tidlige vurderinger av nye metoder fra våre internasjonale samarbeidspartnere.

Inger Norderhaug
Marianne Klemp Gjertsen
Berit Mørland

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Bach-Gansmo T, Bogsrud TV. Vurdering av ny medisinsk teknologi. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 646.
2. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
3. Whiting P, Rutjes AW, Reitsma JB et al. The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2003; 3: 25–38

T. Bach-Gansmo
& T. Bogsrud svarer:

Vi ønsket med vårt innlegg å skape debatt og bidra til at fremtidig medisinsk teknologi ikke blir gjenstand for dokumentasjonskrav som forsinker innføringen, slik det skjedde med PET. Vi er helt enige i at det må foreligge god dokumentasjon og at det må stilles strenge krav før ny teknologi innføres.

Makten i en rapport fra Kunnskapssenteret er stor. Urealistiske krav, som vi mener det ble stilt for PET, gagnar verken forskning eller klinisk virksomhet. Selv om man ved Kunnskapssenteret hevder at deres rolle i prosessen ikke er å gi anbefalinger, men utelukkende å fremlegge kunnskapsgrunnlaget, kan politikerne oppfatte det annerledes. Etter at vi hadde påpekt at Norge var et av ytterst få land i Europa uten PET-skanner, fikk undertegnede brev fra daværende helseminister Høybråten, som var helt klar på at man allikevel måtte vente med å introdusere PET i Norge. Begrunnelsen var at teknologien ifølge rapporten fra Kunnskapssenteret kun var eksperimentell metodikk.

Vi er helt enige i at veien videre bør gå gjennom nasjonale retningslinjer. Vårt syn er imidlertid at litteraturen som legges til grunn, ikke utelukkende må være rando-

miserte, blindede studier med påvist overlevelse og sparte kostnader som hovedvariabler. Slike studier er først og fremst utviklet for evaluering av forskjellige behandlinger, de er mindre egnet for evaluering av medisinsk teknologi (1). Ny teknologi evalueres best ved sammenlikning med eksisterende metodikk, men når den nye gir høy tilleggsgevinst, blir det få randomiserte studier. Ved fremtidig evaluering av ny medisinsk teknologi må det kunne legges vekt også på slike sammenliknende studier.

For oss som diagnostikere er beviselig bedret diagnostikk et viktig delmål. Vi utøver vårt fag for å gi klinikerne best mulig kort på hånden for å kunne gi optimal behandling – det er derfor det utføres bilde-diagnostikk. Når det ved neste korsvei kan dokumenteres at en teknologisk nyvinning definerer en sykdomstilstand bedre enn tidligere, må eventuelle kostnader og bivirkninger utredes. Først når riktige behandling er valgt på bakgrunn av bedret diagnostikk, vil man kunne måle økt overlevelse og sparte kostnader. Skjønt – økte kostnader for bedret diagnostikk kan være et korrekt valg. Vi leser av deres innlegg at vi langt på vei er enige.

Tore Bach-Gansmo

Haukeland universitetssykehus

Trond Bogsrud

Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Høigaard L. Are health technology assessments a reliable tool in the analysis of the clinical value of PET in oncology? Who audits the auditors? Eur J Nucl Med Mol Imaging 2003; 30: 637–41.

Tidsskriftet praktiserer tilsvaretsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (<http://www.icmje.org/#correspond>). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvaretsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.