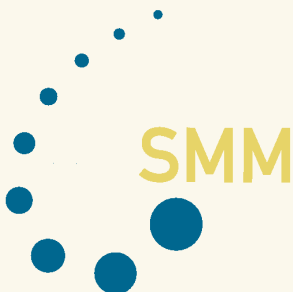


Innhold

Lite dokumentert om nakkeslengskade 2	
Klinisk utredning	3
Positronemisjonstomografi	4-5
Ultralyd i svangerskapet	6
Hjertelaserbehandling	7
Genterapi på engelsk	7
Konferanse: Flere pasienter - bedre behandling	6
Publikasjoner fra SMM	7
Internasjonale metodevurderinger	8



Medisin & Metode utgis av Senter for medisinsk metodevurdering. SMM skal kritisk vurdere det vitenskapelige grunnlaget for nye og eksisterende metoder i norsk helsevesen. Medisin & Metode vil orientere om de temaene SMM arbeider med, samt informere om relatert virksomhet nasjonalt og internasjonalt.

Ansvarlig redaktør: Berit Mørland
Redaktør: Berit Kolberg Rossinè
SMM

SINTEF Unimed
Postboks 124 Blindern
0314 Oslo
T: 22 06 73 00
F: 22 06 79 79

E-post: smm@unimed.sintef.no
Internett: <http://www.sintef.no/smm>
ISSN1502-119X

Nakkeslengskade

Til tross for at antallet rapporterte nakkeslengskader har økt de ti siste årene, mangler det god forskning om årsakene til symptomer og plager.

En ekspertgruppe ved SMM har foretatt en metodevurdering av litteraturen omkring nakkeslengskader.

De studiene som finnes i dag kan ikke dokumentere en årsakssammenheng mellom type eller grad av skade og spesifikke symptomer. Det er heller ikke dokumentert at kroniske plager etter nakkesleng er spesifikke eller har den mekaniske skaden som direkte årsak. En av grunnene til at en slik årsakssammenheng ikke kan påvises, er at kroniske nakke- og hodesmerter er vanlige i den generelle befolkningen. Behovet for mer forskning er åpenbart.

Side 2-3



NAKKESELENG: En ny SMM-rapport har vurdert dokumentasjonsgrunnlaget for diagnostikk og evaluering av nakkeslengskader.

Positronemisjonstomografi (PET)

Diagnose ved hjelp av PET-skanning kan være bedre enn ved andre billedannende diagnosemetoder. Men for det store flertall av pasienter er det ikke bevist at pasienten verken får endret behandling eller bedre klinisk forløp med denne diagnosemetoden. Teknikken er dessuten

kostbar. SMM har vurdert flere internasjonale metodevurderinger og sett på nyere litteratur omkring PETs kliniske nytteverdi.

Side 6

Lite dokumentert om nakkeslengskade

SMM-rapport
nr.5/2000:
Nakkeslengskade
www.sintef.no/smm
ISBN:
82-14-02169-3

Det er ikke dokumentert noen årsakssammenheng mellom type eller grad av nakkeslengskade og spesifikke symptomer eller symptomkonstellasjoner.

Over 2000 nye tilfeller av nakkeslengskader forårsakes av biluhell i Norge hvert år. Den økende forekomsten, samt faglig usikkerhet og uenighet knyttet til utredningen av pasienter med slike skader, er bakgrunnen for SMM-rapport nr.5/2000 om Nakkesleng-skader. Både diagnostikk og behandling av pasientene, samt håndteringen av mulige forsikrings- og erstatningsspørsmål har vært uklart.

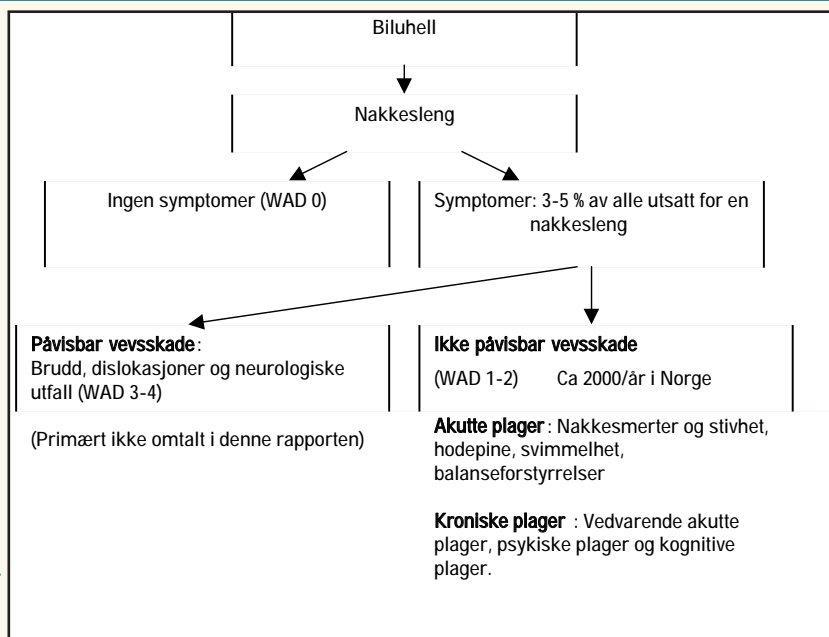
En ekspertgruppe har vurdert vitenskapelige artikler innhentet fra databasene Medline, EMBase og PsycLIT.

Svak dokumentasjon

Litteraturgranskingen har vist at svært få publikasjoner er kvalitativt gode nok til å danne en vitenskapelig basis for retningslinjer for undersøkelse og diagnostikk av personer som har vært utsatt for nakkesleng. Svært mange artikler har lite presise konklusjoner, viser til pasientmaterialer som er selekterte, og ofte mangler studiene kontrollgrupper.

Akutte plager

Skademekanismen nakkesleng kan resultere i klare vevsskader (brudd, neurologiske utfall). Disse er ikke behandlet i utredningen. Men den kan også gi plager uten påvisbar vevsskade (WAD I-II), som i sin tur kan lede til et mangfold av kliniske uttrykk. Akutte nakkeplager av lett til moderat grad rapporteres hos en stor andel (over 80 prosent) av de pasientene som har plager etter nakkesleng. Disse



Oversikt over temaet og klassifisering av symptomer etter nakkeslengskader. I tillegg til symptomer som skyldes skade i trafikken, vil et ukjent antall stamme fra ulykker av annen årsak.

plagene forsvinner gjerne i løpet av uke(r).

Ikke bevist

Et mindretall av pasientene (ca. 10 prosent) utvikler kroniske plager som kan påvirke funksjonsnivået i betydelig grad. Mange av disse pasientene angir kronisk nakkesmerter, hodepine, svimmelhet m.m. og forbinder plagene med en opplevd nakkeslengulykke.

Det er ikke påvist noen sikker årsakssammenheng mellom nakkesleng og kroniske nakkeplager i dokumentasjonsgrunnlaget. Det er derfor usikkert om lett til moderat grad av nakkeslengskader er direkte årsak til kroniske plager. En av grunnene til at en slik årsakssammenheng ikke kan påvises, er at kroniske nakke- og hodesmerter er vanlige i den generelle befolkning.

Det er heller ikke dokumentert sammenheng mellom tid fra skadetidspunkt til symptom, dvs. at akutte eller kroniske plager oppstår i en bestemt rekkefølge.

Kunnskapen er også mangelfull om mulige sammenhenger mellom pasientenes kliniske status før skaden og reaksjon på skaden.

Mange sykmeldte

Mulige kroniske følger tilstander som er beskrevet i studiene denne rapporten bygger på, er hodepine, svimmelhet og balanseforstyrrelser, svikt i visse kognitive funksjoner, samt psykiske plager. De fleste studier som omhandler psykiske senfølger antyder at de kan være en følge av kroniske smerter, men med bakgrunn i dokumentasjonen er det ikke mulig å si noe sikkert om årsakssammenheng mellom nakkesleng og psykiske plager. De trygdemessige konsekvensene av denne typen skader er ikke ubetydelige. Norske og svenske data viser at opp mot 40 prosent av de som får symptomer etter nakkesleng blir langtidssykemeldte eller uføretrygdete, men dataene varierer og det er holdepunkter for at en større andel av disse på lang sikt gjenvinner en del av arbeids- evnen.

Klinisk utredning

Hensikten ved den kliniske undersøkelsen bør være å utelukke klare brudd og dislokasjoner. Pasienten bør informeres om det vanlige forløpet av tilstanden og at de fleste plagene forsvinner raskt. Svært få får varige men av en nakkeslengskade.

Ekspertgruppen har valgt å avgrense nakkeslengskadene til WAD gruppe I og II, da de øvrige skadene (skader på nervevev og brudd og luksasjoner, gruppe III-IV) er sjeldne, har et etablert behandlingsopplegg, og er enklere å diagnostisere. De bør derfor behandles særskilt. Et vesentlig formål med de diagnostiske testene som kan brukes, er derfor å utelukke disse øvrige skadene.

Dersom en antar at de fleste plagene kommer fra skade av bløtdelene i nakken, kan en i flertallet av tilfellene si at dette samsvarer med at plagene kommer umiddelbart (0-3 døgn), og at tilbakegangen av symptomene skjer i løpet av 1-3 måneder.

Utelukke store skader

Ved nakkeslengskade med lette

til moderate symptomer (WAD grad I -II) skal det utføres en grundig anamnese og undersøkelse som bør bestå av en funksjonsundersøkelse og en nevrologisk undersøkelse.

■ Hodeskader, nerveskader, brudd og dislokasjoner gir som regel funn ved en slik undersøkelse, og kan dermed behandles særskilt.

■ Det bør gis informasjon om at symptomene forøvrig vanligvis er forbigående, og det bør anbefales senere oppfølging hos egen lege.

Ikke alltid bildeundersøkelse

■ Først ved berettiget mistanke om skjelettskade/skade av nervevev ut fra anamnese og ved kliniske funn er det nødvendig å gå videre med supplerende bildeundersøkelse med henblikk på alvorlige tegn til oppmerksomhetsforstyrrelser og depresjon.

■ Ved fortsatt store plager etter åtte uker bør det foretas ny klinisk og nevrologisk undersøkelse med henblikk på alvorlige tegn på oppmerksomhetsforstyrrelser og depresjon.

■ Kartlegging av tiltak som kan bidra til å begrense tilstanden til en akutt, selvbegrensende, godartet prosess vil være et mål.

Utredningsgruppen har bestått av: Overlege Magne Rø, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Regionsykehuset i Trondheim (RiT) (leder av gruppen), Assistentlege, dr.med. Grethe Borchgrevink, Ortopedisk avdeling, RiT, Spesialist i allmennmedisin Bjørg Dæhli, Løkkegården legekantor, Ski, Professor Arnstein Finset, Institutt for medisinske adferdsfag, UiO, Avdelingsoverlege Finn Lilleås, Røntgen-avdelingen, Diakonhjemmets sykehus, Professor Knut Laake, Klinikk for geriatri og rehabilitering, UiO, Professor Harald Nyland, Nevrologisk avdeling, UiB. Forsker Mitchell Loeb MSc ved SMM har vært prosjektleder.

mitch.loeb@unimed.sintef.no

Kilde: SMM-rapport 5/2000

Nakkeslengskade

Definisjon

Nakkesleng er definert som en "akselerasjons-deselerasjons-mekanisme som overfører energi til nakken". Den kan skyldes påkjørsler av motorkjøretøy bakfra eller fra siden, men kan også skje ved stuping eller andre ulykker. Utredningsgruppen har benyttet definisjonen av nakkesleng-skader ("Whiplash Associated Disorders" WAD) utarbeidet av QuebecTask Force i 1995, der skadene er i fire kategorier etter lette til moderate symptomer fra

nakken (WAD, grad I - II) som en antar skyldes en bløtdelsskade, og skader på nervevev, brudd og luksasjoner (WAD, grad III - IV). I praksis brukes begrepet nakkeslengskade om WAD gruppe I og II, og denne rapporten omhandler derfor primært denne gruppen. Det er ikke et entydig tidsskille mellom akutte og eventuelle kroniske plager. Gruppen har valgt å sette skillet ved åtte uker, ut fra en tillempling til sykemelding II-registreringen i det norske helsevesenet.

Positronemisjonstomografi (PET)

PET-skanning er en god og dyr diagnosemetode. Men det er ikke endelig bevist at pasienten får bedre behandling eller sykdomsforløp etter diagnose ved PET.

PET som undersøkelsesmetode ble utviklet på 1970-tallet. En radioaktiv forbindelse sprøytes inn i blodårene. Forbindelsen kan tas opp i organ, vev eller celler, og aktiviteten måles ved hjelp av et PET-apparat (skanner).

Internasjonale vurderinger

Sosial- og helsedepartementet ba i 1999 SMM om å vurdere aktuelle kliniske indikasjoner for bruk av PET. En norsk utredningsgruppe benyttet som underlag en internasjonal rapport fra International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) som igjen var en oppsummering av 30 enkeltstående metodevurderinger om PET. Ut over dette har den norske gruppen vurdert nyere primærstudier innen kreftomsorg, neurologi og kardiologi som på grunn av tidspunktet ikke var vurdert i INAHTA-rapporten. Utredningsgruppen oppsummerte også tidligere norske utredninger vedrørende PET.

Liten klinisk verdi ?

Billediagnostiske teknikker vurderes ut i fra deres testegenskaper og deres diagnostiske og kliniske verdi. Ved innføring av nye teknikker i medisinen finnes det ofte mye informasjon om testegenskapene. Derimot er det mindre informasjon tilgjengelig vedrørende diagnostisk verdi og om klinisk verdi er lite kjent. Dette gjelder også PET. Rollen som dia-

gnostisk verktøy for pasienter er fremdeles uavklart til tross for teknologiske forandringer som bl.a. har medført at teknikken er blitt noe billigere i bruk.

God, men dyr

Hovedkonklusjonene i SMM-rapporten er at PETs diagnostiske evne er like god eller bedre enn andre konkurrerende teknikker bruk innenfor de sykdomsgrupper som er vurdert (kreft, nevrologiske sykdommer som epilepsi og Alzheimers sykdom og hjertesykdommer).

Imidlertid er teknikken dyr og tidkrevende og lite egnet som et klinisk rutineinstrument. Et fullt utbygd PET-anlegg med nødvendige investeringer til syklotron vil koste 40-60 millioner kroner. Det er i de siste årene kommet tekniske modifikasjoner som kan medføre rimeligere PET-anlegg.

Bedre diagnose

For visse kreftsykdommer, først og fremst lungekreft, styrker ny litteratur konklusjonene om at PET kan gi bedre og mer spesifikk diagnose. Innen epilepsi viser noen studier at PET har et diagnostisk potensiale for et mindre antall pasienter, mens andre studier ikke gir sikre svar. PET er kanskje den beste metoden for å diagnostisere Alzheimers sykdom, men verdien av den forbedrede diagnostiske informasjonen i behandlingen av pasienter med sykdommen er ikke kjent. Brukt innen hjertesykdommer kan PET være ønskelig hos et fåtall av pasienter som vurderes for hjertetransplantasjon eller annen høyrisiko hjertekirurgi.

Det mangler imidlertid vitenskapelig dokumentasjon for PETs innvirkning på valg av behandling

og pasientenes sykdomsforløp.

Svak dokumentasjon

Den vitenskapelige litteraturen som ligger til grunn for vurdering av PET i klinisk virksomhet er basert på små og til dels vanskelig tolkbare studier. PET brukt i klinikken er komplementær til andre billeddannende undersøkelsesmetoder og erstatter dem ikke. Flere sammenliknende studier bør utføres for å avklare PETs mulige potensiale som klinisk rutineinstrument.

Viktig i forskning

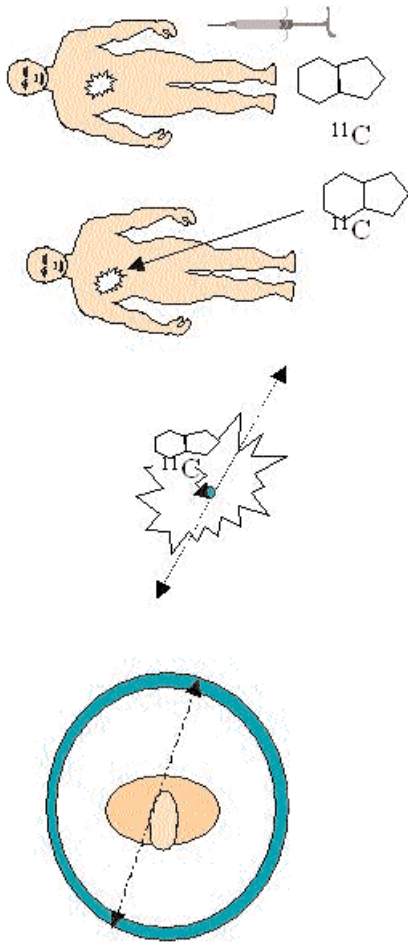
PET har vært og er et viktig forskningsverktøy. De fleste land i Vest-Europa har etablert PET-sentra. Finland, Danmark og Sverige har henholdsvis to, tre og fem PET-skannere. I underkant av 200 kliniske undersøkelser ble foretatt i 1997 med hver av disse skannerne. Antall forskningsmessige undersøkelser var ca. 800.

Styringsgruppen ved SMM mener at eventuell bruk av PET-teknologi i Norge må skje i forbindelse med kliniske forskningsprosjekt.

Utredningsgruppen har bestått av professor Otto A. Smiseth, Rikshospitalet, professor Eivind S. Myhre, Regionsykehuset i Tromsø, Seksjonsoverlege Magne Aas, Radiumhospitalet, forskningssjef Ingrid Gribbestad, SINTEF Unimed og seksjonsoverlege Lars K. Eikvar, Ullevål sykehus. Prosjektkoordinator fra SMM har vært dr. philos. Inge Kjønneksen

inge.kjonnixen@unimed.sintef.no

SMM-rapport
nr.8/2000:
Positronemisjons-
tomografi (PET)
www.sintef.no/smm
ISBN:82-14-02180-4



Figuren viser hvordan PET-scanning foretas

a) Injeksjon av positronemitterende forbindelse (her ^{11}C) som på en eller annen måte oppkonsentreres i et spesielt organ/vev, f.eks. kreftsvulst.

b) Forbindelsen hoper seg opp i målstruktur

c) Forbindelsen avgir et positron som vandrer en kort avstand før det kolliderer med et elektron. Resultatet av kollisjonen er to motsatt rettede gammastråler (fotoner, stiplede linjer).

d) Pasient ligger i en ringformet detektor (skanner). Skanneren registrerer kun motsatt rettede og samtidige gammastråler. Denne koincidensdeteksjonen gir mulighet til å nøyaktig si hvor i kroppen signalet kom i fra, f.eks. hvor i kroppen kreftsvulsten er.

- Viktig å kreve dokumentasjon for innføring av diagnostikk

Nye diagnostiske metoder har en tendens til å bli innført i tillegg til og ikke istedet for.

- Generelt er vi lite flinke til å skifte ut, sier professor Olav Helge Førde som er styreleder i Senter for medisinsk metodevurdering. Nye teknologier kommer oftere i tillegg til, enn i stedet for gamle diagnostiske metoder.
- En av grunnene kan være at det er noen få som kan den nye teknikken, mens mange holder på de eldre metodene. Dermed er det etterspørsel etter begge, sier Førde.

Større krav til dokumentasjon
Førde er opptatt av at tidlige vurderinger av nye metoder, som PET-skanning, skal heve nivået og gi et bedre kunnskapsgrunnlag for beslutningstakerne i helsetjenesten.

- Med tanke på den betydningen

diagnostikken har for tid og ressursbruk, er det på tide å stille mer stringente krav til dokumentasjonen, mener Førde.

Det er imidlertid en realitet at flere av dagens billedannende metoder som CT og MR ikke ville vært innført dersom kravet til dokumentasjon var høyt.

- Det er en fin balansegang mellom å være faglig reaksjonær og å stille edruelige krav til dokumentasjon. Når det gjelder bildediagnostikk har det ofte vært nok å si "vi ser bedre" og så har en innført teknikken.

Presis diagnose

Dokumentasjonen for diagnostikk krever andre tilnæringsmåter enn behandling der en kan måle effekter i antall leveår. Vi får ikke dokumentasjon som viser at pasienten har nytte av diagnostikken, men må være fornøyd med quasiendepunkter - for eksempel en

presis diagnose.

Faglig og kommersielt press
Kreftene som står bak innføring av ny teknologi er sterke.

- Nytte/kostnadsvurderinger havner ofte på sidelinjen i forhold til det kommersielle og faglige presset som ligger bak teknologispredning.

Det er imidlertid knyttet store ressurser i investering og ikke minst til driften av et verktøy som kanskje kan ha 1-2 pasienter hver dag. Et annet kostnadsaspekt er det apparatet som må til for å avkrefte falske positive diagnoser.

- Et hovedproblem innen dokumentasjonen er at det mangler gode normalmaterialer. Vi vet ikke nok hvordan friske mennesker ser ut.

Men på spørsmålet: "Ser vi ikke godt nok snart?" svarer Førde:

- En kommer aldri dit hvor en ser nok.

Ultralyd i svangerskapet

Ny systematisk oversikt fra britiske National Health Service' HTA-program

Ultralydundersøkelse i svangerskap hvor det er mistanke om sykelige forhold er en god undersøkelse. Derimot har det lenge vært diskutert om rutinemessig ultralydundersøkelse ved tilsynelatende normale og ukompliserte svangerskap gir noen helsegevinst.

SMM utarbeidet i 1998 en oversikt over kunnskapen om bruk av ultralydundersøkelse av gravide for Sosial- og helsedepartementet. Nå har Health Technology Assessment - programmet i regi av National Health Service, England, oppdatert eksisterende Cochrane-oversikter; samt blant annet belyst kvinners eget syn på ultralydscreening.

Flerlinger

Ved ultralydundersøkelser kan flerlingsvangerskap påvises tidlig. Det er ikke påvist av dette har betydning for utfallet av slike svangerskap.

Færre igangsettelse

Rutinemessige ultralydundersøkelser tidlig i svangerskapet gjør at terminen kan bestemmes mer presist, og dermed blir det færre igangsettelse av fødsler på grunn av mistanke om overtidighet.

Fosteravvik

Tidlig ultralydundersøkelse kan i endel tilfeller påvise misdannelser og gi muligheter for tidlig abort av fostre som ellers ville dødd senere i svangerskapet eller omkring fødselen, eller blitt født

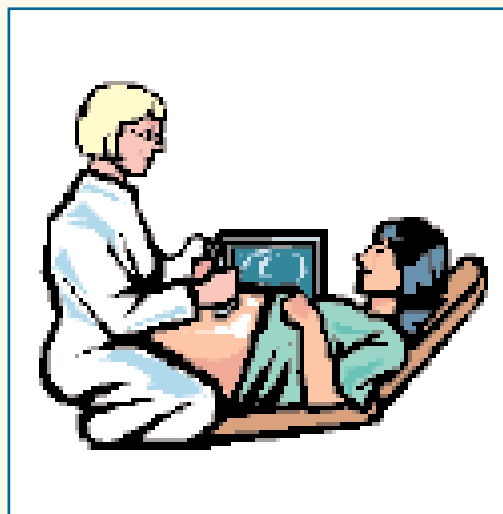
med alvorlige misdannelser. Dette krever høy eksperise hos undersøkeren, og at den gravide ønsker å foreta en provosert abort når det påvises slike misdannelser. Det har vist seg at påvisningen varierer avhengig av hvilket organsystem som er rammet: Misdannelser i sentralnervesystemet diagnostiseres ofte, misdannelser i skjelett og hjerte sjeldnere. Dette gjelder ved undersøkelser foretatt i andre og siste tredjedel av graviditeten. Det mangler gode data for resultat av undersøkelse i første tredjedel.

Kvinnens eget syn

Når det gjelder foreldrenes syn viser det seg at ultralyd er attraktivt både for kvinnene og deres partnere. De får se fosteret, føle kontakt med dette og beroliges med at det har det bra. Men desto større blir angsten i de tilfelle hvor usikre funn må kontrolleres, og sjokket dersom det ved senere undersøkelser eller ved fødselen viser seg at barnet likevel ikke er normalt.

Angst for ultralyd

Tidligere var mange kvinner engstelige for at ultralyd skulle skade barnet. Dette rapporteres ikke i nyere forskning, i alle fall delvis fordi forskerne ikke lenger spør om det. Tidligere rapporters konklusjon om redusert angst hos moren etter ultralydundersøkelsen kan ha reflektert angst for selve undersøkelsen.



OPPDATERING: En oppdatering av dokumentasjonsgrunnlaget viser at kvinner er svært fornøyd med ultralydundersøkelse i svangerskapet.

Det er ingen dokumentasjon for at bruk av ultralyd fører til at de gravide kvinnene røyker mindre eller foretar andre positive endringer i sin livsstil.

Rapporten konkluderer med at klinikere, kvinner og helseplanleggere bør avgjøre om erfaringene hittil rettferdiggjør den utstrakte rutinemessige bruken av ultralydundersøkelser av gravide.

Ultrasound screening in pregnancy - a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views.

Health Technology Assessment 2000; Vol.4: No.16

(<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/HTAPUBS.HTM>)

Hjertelaserbehandling

Hjertelaserbehandling redder ikke liv og bedrer heller ikke hjertefunksjonen. Fremtidsvyene for teknikken er få.

SMM ble bedt av Sosial- og helsedepartementet om å vurdere det vitenskapelige grunnlaget for forventet effekt av hjertelaserbehandling. Resultatene fra litteraturogennomgangen av de avsluttede randomiserte studiene om bruk av hjertelaser ble presentert høsten 1999. Det var imidlertid interesse for også å vurdere mulige virkningsmekanismer og eventuell mulig videreutvikling i behandlingsmetoder som bygger på lasertechnikens prinsipper. Den endelige rapporten foreligger derfor først nå.

Hjertelaser er introdusert som et behandlingsprinsipp for pasienter med hjertekrampe hvor det ikke foreligger andre tilfredsstillende behandlingsalternativer.

Behandlingen består i å laserskyte en rekke små hull i hjertet etter åpning av brystkassen. I Norge har behandlingen kun vært tillatt som ledd i en vitenskapelig studie.

En utredningsgruppe ved SMM har vurdert all tilgjengelig litteratur om temaet og hovedkonklusjonen er klar; behandlingen redder ikke liv. Tvert imot er det en ikke ubetydelig prosedyrerelatert dødelighet knyttet til behandlingen. Men behandlingen fører til en forbedring av smertene knyttet til angina pectoris for et varierende

antall pasienter. Varigheten av smertelindringen ut over ett år er ikke kjent. En kan ikke utelukke placeboeffekter. Ekspertgruppen har diskutert mulige virkningsmekanismer for hjertelaserbehandling og finner liten grunn til å anta at en videreutvikling av teknikken vil føre til vesentlige endringer i indikasjonene for denne behandlingen.

Sosial- og helsedepartementet opphevet i januar 2000 forbudet mot hjertelaserbehandling, men sier samtidig at det ikke skal utføres som rutinebehandling ved norske sykehus.

SMM-rapport nr.6/2000: Hjertelaserbehandling
www.sintef.no/smm
ISBN:82-14-02178-2

Genterapi på engelsk

SMM kan nå tilby SMM rapport nr.1/2000 om Genterapi - status og fremtidige muligheter på engelsk. Responsen på rapporten som ble publisert i februar 2000 har vært god. Siden ekspertgruppen under ledelse av professor Erlend Smeland ved Radiumhospitalet gjorde opp status for alle kliniske forsøk innen dette feltet, mente SMM at rapporten også ville ha interesse i

utlandet.

Ekspertgruppen vil på nyåret presentere en artikkelserie, basert på rapporten, i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Bestill rapporten på engelsk eller norsk:
smm@unimed.sintef.no

Temaer:

- * Ultralyd i primærhelsetjenesten
- * Implanterbar kardiode fibrillator (ICD)
- * Skiveprolaps med rotasjonsjon
- * Behandling av ovarial cancer
- * Hørselstap hos voksne
- * Intracytoplasmisk spermieinjeksjon (ICSI)
- * Pasientvolum og behandlingskvalitet
- * Infeksjonsforebyggende tiltak i operasjonsstuer
- * Palliativ kreftkirurgi

Publikasjoner fra SMM

SMM-rapport nr. 8/2000
SMM-rapport nr.7/2000
SMM-rapport nr.6/2000
SMM-rapport nr.5/2000
SMM-rapport nr.4/2000
SMM-rapport nr.3/2000
SMM-rapport nr.2/2000

SMM-rapport nr.1/2000
SMM-rapport nr. 4/1999
SMM-rapport nr. 3/1999
SMM-rapport nr. 2/1999
SMM-rapport nr. 2/1998
SMM-rapport nr. 1/1998

Positronemisjonstomografi (PET)
Gene therapy (Engelsk)
Hjertelaserbehandling
Nakkeslengskade - diagnostikk og evaluering
Hjemmeblodtrykkmåling
Fotodynamisk terapi ved aldersrelatert maculadegenerasjon
Preoperativ hårfjerning - delrapport i prosjektet infeksjonsforebyggende rutiner i operasjonsstuer
Genterapi - status og fremtidige muligheter innen klinisk medisin
Osteoporose - forebygging, diagnostikk og behandling
Screening for prostatakrefte
Behandling av hjerneslag med trombolys
Telemedisin
Medisinsk metodevurdering

Rapportene finnes i fulltekst på våre web-sider: www.sintef.no/smm under publikasjoner. De kan også bestilles fra SMMs sekretariat

Returadresse:
SMM, SINTEF
Postboks 124, Blindern
0314 OSLO

Konferanse

Flere pasienter - bedre behandling? Utfordringer for sykehusorganisering

29. og 30. mars 2001

Soria Moria Konferansesenter i Oslo

Påmelding: 15.januar 2001

Sentrale spørsmål:

Hvordan måle kvalitet i helsetjenesten?

Forholdet mellom kvalitet og volum?

Akuttmedisin, transplantasjoner,
infeksjoner

Gynekologi, abdominale prosedyrer,
pediatri

Ortopedi, kreft

Hjerte, kar

Konsekvenser for sykehusstruktur og
funksjonsfordeling?

Konferansen er gratis.

Påmelding til SMM v/Kari Waitz

Faks: 22 06 79 79

E-post: smm@unimed.sintef.no

Telefon: 22 06 79 61

Vi ber om at den enkelte selv bestiller og betaler
reise og overnatting. Det er holdt av rom på
Soria Moria til 15.januar 2001.

SMMs sekretariat

Direktør:

Dr. philos Berit Mørland 22067808

Sjefsforsker:

Professor Odd Søreide 22067678

Medisinske fagkonsulenter:

Cand.pharm. Krystyna Hviding 22067839

Dr.philos. Inge Kjønneksen 22067969

Forsker Mitch Loeb 22067809

Dr.scient. Anita Lyngstadaas 22067510

Cand.med. Kurt I. Myhre 22067328

Dr.philos. Inger Norderhaug 22067865

Informasjonskonsulent:

Cand. polit. Berit Kolberg Rossiné 22067973

Bibliotekar:

Cand. mag. Irene Waage 22067959

Administrasjonssekretærer:

Cand. mag. Kari Ballandby 22067807

Kari Waitz 22067961

Styringsorganene

En styrings- og referansegruppe er oppnevnt av Sosial- og
helsedepartementet for å gi faglige innspill og lede virksomheten.

Referansegruppen består av:

Gerd Vandeskog, Sosial - og helsedepartementet

Jørgen Holmboe, Statens Helsetilsyn

Odd Søreide, Rikshospitalet/Norges Forskningsråd

Britt Ingjerd Nesheim, Ullevål sykehus

Olav Helge Førde, Regionssykehuset i Tromsø

Johan Aarli, Haukeland sykehus

Hans O. Myhre, Regionssykehuset i Trondheim

Trond Jensen, Rikshospitalet

Helge Bryne, Rogaland, Kommunenes Sentralforbund

Anne Grimstvedt Kvalvik, Hugesund Sanitetsforenings revmatisme-
sykehus/Den norske lægeforening

Irene Feet, Norsk sykepleierforbund

Eva Buschman, Funksjonshemmedes Felles-organisasjon

Eli Haugen Bunch, Universitetet i Oslo/Senter for medisinsk etikk

Ingeborg Traaholt, Norsk Pasientforening

Styringsgruppen består av Hans O. Myhre, Olav Helge Førde, Britt
Ingjerd Nesheim, Helge Bryne og Finn Henry Hansen, SINTEF
Unimed.

I tillegg har SMM et faglig nettverk bestående av omlag 50 eksperter
innen de fleste medisinske fagmiljøer. I dette nettverket inngår også
jurister, samfunnsvitere, etikere og økonomer.