

gir ingen generell adgang til å inkludere personer uten deres samtykke i et forskningsprosjekt. Godkjenningen av et prosjekt er fortsatt avhengig av forskningsetisk komité's vurderinger. Ved randomiserte studier blir gjerne etablert behandling sammenliknet med en behandling man tror er bedre, men som i prinsippet kan være dårligere. Vurderingen av hvor riktig det vil være å inkludere pasienter uten noen form for samtykke må vurderes på et annet grunnlag enn ut fra biobankloven.

Prinsippet om informert samtykke gjør selvfølgelig forskning på kritisk syke vanskelig, men ikke umulig. Undersøkelser har vist at foreldre krever og/eller ønsker å være forhåndsinformert når det gjelder forskning på barn (3) – en orientering i ettertid, som foreslått, er ikke godt nok (1). Prinsippet bør være at man på forhånd har fått muligheten til å si nei (4). Antakelig vil dette gjøre prosjektet mer komplisert og forlenge det i tid, men man unngår da å komme opp i en situasjon der man kan bli beskyldt for å drive forskning bak ryggen på pasientene og deres pårørende.

#### Dag Bratlid

St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Dale O, Klepstad P. Nye samtykkebestemmelser i biobankloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 925.
2. Dale O, Klepstad P. Biobankloven stanser forskning på kritisk syke pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2524.
3. Mason SA, Allmark PJ and the Euricon Study Group. Obtaining informed consent to neonatal randomised controlled trials: interviews with parents and clinicians in the Euricon study. Lancet 2000; 356: 2045–51.
4. Bratlid D. Forskning på barn – har vi krysset en grense eller to? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 510–2.

#### O. Dale & P. Klepstad svarer:

Vårt poeng var å informere Tidsskriftets lesere om at det er gjort endringer i biobankloven. Det er gjort med gjengivelse av lovteksten. Vi skrev kun om biobankloven, ikke om den totale godkjenningssprosess som kreves for kliniske forskningsprosjekter. Vi tok kun for oss voksne, myndige pasienter uten samtykkekompetanse (f.eks. mange kritisk syke pasienter), ikke dem som er under myndighetsalder. Vi formidlet at det for fagfolk nytter å engasjere seg i lovspørsmål som angår vår virksomhet. Er dette presist nok?

#### Ola Dale

Pål Klepstad

St. Olavs Hospital

## Vil St. Olavs Hospital grunnstøte?

I sitt tilsvare (1) til et kritisk innlegg (2) om det nye St. Olavs Hospital i Trondheim i Tidsskriftet 6/2007 forsøker sykehusets direktør, Gunnar Bovim, å bagatellisere og ufarliggjøre kritikk (3). Han sier at kritikken «retter seg imidlertid delvis mot planer vi forlot for flere år siden» og hevder at behovet for mer personell særlig er knyttet til anestesiolgi.

Jeg mener at Bovim tar feil på begge punkter. Dette handler om langt mer enn noen få stillinger ved anesthesiavdelingen. I budsjettforslaget for 2006 hadde de berørte avdelinger bedt om til sammen 434 nye stillinger for å kunne drive etter intensjonen. Kun en liten del av dette var knyttet til anesthesiolgi.

Den nylig avgåtte leder i Helse Midt-Norge, Paul Hellandsvik, som gjennom hele prosjektperioden varmt støttet sentermodellen, bekreftet for få måneder siden at den ligger fast (4) og skal fullføres etter intensjonen. Jeg har ikke registrert at han er motsagt av Bovim eller andre ledere i Helse Midt-Norge. Det er heller ikke truffet vedtak som sier at man skal forlate denne modellen. Dersom Bovim nå er enig i at sentermodellen var et feilgrep, må han sammen med ledelsen i Helse Midt-Norge gå ut med denne informasjonen og presentere en troverdig fremstilling av hva som er ledelsens nye syn og hvordan de tenker å utvikle sykehuset videre. Hvis ikke, kan tillitsforholdet mellom ledelsen og sykehusets medisinske miljø bli ytterligere svekket.

Jeg mener fortsatt at prosjektet i all hovedsak er planlagt av personer med begrenset innsikt i sykehusdrift og ut fra manglende helhetssyn. Ekstra alvorlig er det at så mange andre avdelinger, institusjoner og pasienter i Midt-Norge ser ut til å måtte betale en høy pris. Den økonomiske tyngdekraft har innhentet oss.

#### Sven Erik Gisvold

St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Bovim G. Det nye St. Olavs Hospital – hva skjer? Tilsvare. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 765.
2. Helling L. Det nye St. Olavs Hospital – hva skjer? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 765.
3. Gisvold SE. Er det nye St. Olavs Hospital i ferd med å grunnstøte? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 60.
4. Naterstad S. Holder på sentermodellen. Adresseavisen 13.12.2006.

#### G. Bovim svarer:

Sven Erik Gisvold og jeg er enige om at prosjektet med nytt universitetssykehus i Trondheim lider under at de planleggingsansvarlige og det medisinske miljø i sykehusdelen av prosjektet ikke har samarbeidet godt. Han etterspør nå mitt syn på en del spørsmål, noe jeg gjerne klargjør.

Den opprinnelige sentermodellen inneholdt en rekke ulike elementer. Hver bygning var tenkt som et «minisykehus» med eget akuttmottak, intensivenhet, bildediagnostisk døgnvakt m.m. Fagpersoner påpekte at dette ville øke bemanningsbehovet til et umulig nivå – derfor planlegger vi kun ett akuttmottak. Fordeling og organisering av intensivsenger har også nettopp fått sin helhetlige plan, utredet av fagmiljøene selv. Det pågår videre et arbeid for å sikre effektiv operativ aktivitet på ubekvem tid samt hvordan vi skal skjerme elektiv virksomhet fra øyeblikkelig hjelp. Dette er sentrale elementer for at vi skal kunne holde et høyt faglig nivå i kombinasjon med effektiv drift. Endelig løsning, i den grad noe blir endelig, vil være annerledes enn de initiale skissene. St. Olavs Hospital skal drives som ett sykehus, og noen vil si at sentermodellens grunnideer er dermed forlatt.

Modellen inneholdt imidlertid andre elementer som ikke er endret. Integrasjonen mellom universitet og sykehus er etter min oppfatning det viktigste positive element for begge institusjoner. Det gir gode muligheter for klinikknær basalforskning. Fra universitetets ståsted har også den organbaserte inndelingen fordeler. Medisinstudiet har organmoduler, og studentene får grovt sett mulighet til å være i ro i én bygning per semester. For sykehuset er det imidlertid kontroversielt å la pasientforløpstenkning overskygge spesialitetsinndelingen, særlig med henblikk på spesialistutdanning og vaksamarbeid.

Det var planlagt en personelløkning i forbindelse med innflyttingen. Dette er gjennom 2006 i stor grad reversert. Samlet sett er sykehusets bemanning det siste året betydelig redusert.

Antallet senger har vært et kontroversielt, men modelluavhengig stridspunkt. Jeg er usikker på om vi har landet riktig – det avhenger blant annet av funksjonsdelingen i Helse Midt-Norge. Liggetiden er redusert i forhold til prognosene fra 2000, antall innleggelser har økt. Sykehuset reduserte i 2006 sengetallet med vel 100.

Nå må sykehusplanleggere, sykehusledelse og det medisinske fagmiljø bruke energien til å se fremover sammen. Innenfor det handlingsrommet som finnes, må løsninger der man tar hensyn til pasientene, faglig utvikling og driftsøkonomi optimaliseres. Sykehusets ledelse vil gjerne legge enda større vekt på dette.

#### Gunnar Bovim

St. Olavs Hospital