

av tubare eller abdominale svangerskap, og de vil derfor ofte være mindre enn store ovariecyster (2). Men også steinbarn kan få en betydelig størrelse (3). Ingerslev beskriver et tilfelle fra 1563 der kvinnen etter fem års sykehistorie skal ha utstøtt 71 knokler. I et annet (1658) var steinbarnet så stort som hodet på et fire år gammelt barn (4). Det kunne også tilkomme infeksjon. Fra andre historiske beretninger kjenner vi til at dermoidcyster har vokst sammen med fremre bukvegg og rumpert ved ytre skade, som i historien fra Innset. Gebhard beskriver hvordan cystene var særlig utsatt for infeksjon. Hårene kunne vokse gjennom kapselen, gi opphav til fremmedlegemeperitonitt, vokse inn i og gjennom peritoneum og inn i tarm og urinblære (5).

Moderne diagnostikk og mulighet for legekontakt gjør at folk ikke lenger ligger til sengs to år etter at de trodde de skulle føde. Det er i 1800- og det tidlige 1900-talls faglitteratur at man finner beskrevet de monstrøse former av både litopedion (3, 6) og dermoidcyster (1, 5). I moderne litteratur beskrives sjelden et sykdomsforløp uten medisinsk innblanding, slik vi har her. Randi Jonsdatter hadde vært gravid fem ganger tidligere. Vi vet ikke hva hun denne gangen stilte egendiagnosen på, men det er grunn til å tro at det var mer enn magens størrelse og amenoreen, begge deler kan forklares av cysten. Men svangerskap, som hun kjente godt, følges gjerne av andre tegn og symptomer. Uavhengig av den endelige diagnosen forteller historien mye om endringene i vårt samfunn på mindre enn 200 år. Om de klaprende hover i dette tilfellet var hest eller sebra, vil vi aldri få svar på.

For ordens skyld: Per E. Børdahl var ikke fagvurderer for Bjerkes artikkel.

Erlend Hem

Tidsskriftet

Per E. Børdahl

Kvinneklinikken

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Faure J-L, Siredey A. Traité de gynécologie médico-chirurgicale. 3. utg. Paris: Doin, 1923: 1079.
2. Stoeckel W. Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena: Gustav Fischer, 1920: 714, 757.
3. Veit J. Die extrauterinschwangerschaft. I: Döderlein A. Handbuch der Geburtshilfe. Bd. 2. Wiesbaden: Bergmann, 1916: 376-7.
4. Ingerslev E. Fragmenter af Fødselshjælpens historie. Bd. 2. København: Gyldendalske Boghandel, 1907: 331.
5. Gebhard C. Die Krankheiten der Ovarien. Neubildungen. I: Küstner O, red. Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. 2. utg. Jena: Gustav Fischer, 1904: 323-4.
6. Küchenmeister F. Ueber Lithopäden. Arch Gynaekol 1881; 17: 153-252.

Nyttig gentest for arvelig laktasemangel

Laktasemangel er enten arvelig betinget eller opptrer sekundært til annen tarm-sykdom. Nylig ble det påvist en DNA-variant (-13910 C > T i MCM6-genet) som er koblet til arvelig laktasemangel (1). Nils Reinton og medarbeidere publiserte i Tidsskriftet nr. 23/2007 sine erfaringer med en test for denne genvarianten (2). Som referansemetode for laktasemangel benyttet de laktosebelastning med måling av glukoseøkning i blod. Dette er en mindre pålitelig metode, som angitt av forfatterne, siden blod-glukosenivået påvirkes av forhold uten relasjon til laktasemangel. Ikke uventet fant de en forholdsvis beskjeden nytteverdi av gentesten, den egnet seg bare som supplement til tradisjonelle metoder for påvisning av laktasemangel.

Ved Ullevål universitetssykehus har vi vurdert en gentest for laktasemangel opp mot pusteprobe (3) og måling av laktaseaktivitet i tynntarmsslimhinne etter biopsi (4). Våre erfaringer med gentesten er klart mer positive. Vi inkluderte 119 voksne pasienter som i løpet av 17 måneder ble henvist til Gastromedisinsk poliklinikk for abdominalplager forenlig med laktasemangel. Gentesten, med en metode utviklet lokalt, ble utført hos alle. Pusteprobe ble utført hos 82 og histologiske undersøkelser hos 54 pasienter.

Av 15 pasienter med C/C-varianten, som er koblet til arvelig laktasemangel (1), hadde 14 patologisk pusteprobe. Den 15. pasienten var fra Thailand, der over 90 % av innbyggerne har C/C-varianten og mange har melkeintoleransebetinget laktasemangel. Ved histologisk prøve ble det påvist laktasemangel hos fire av sju undersøkte pasienter. De tre resterende pasientene, med histologisk påvisbar laktaseaktivitet, hadde alle patologisk pusteprobe. Samlet mener vi derfor at alle med C/C-varianten hadde en sannsynlig laktasemangel. Hos C/T- og T/T-pasienter var pusteproven normal hos 56 av 67 undersøkte, og histologisk prøve normal hos 45 av 47 undersøkte. Tarmsykdom ble funnet hos fire av de 11 pasientene med patologisk pusteprobe og hos begge pasienter med histologisk redusert laktasekonsentrasjon. Alle histologisk undersøkte C/T- og T/T-pasienter hadde laktaseaktivitet i tynntarmsslimhinne. Arvelig laktasemangel uten relasjon til C/C-varianten må derfor være sjeldent.

Vi mener at gentesten kan brukes som enetest der man ønsker å påvise eller utelukke arvelig laktasemangel. En av de øvrige funksjonelle undersøkelsesmetoder bør brukes der man mistenker sekundær laktasemangel, og hvor man ønsker å påvise og eventuelt utrede med henblikk på tarm-sykdom som kan ha gitt slik mangel. Gentesten er mest nyttig hos personer av nord-

europisk opprinnelse. Hos personer av asiatisk og afrikansk opprinnelse er den mindre nyttig, fordi nesten alle disse har C/C-varianten og derfor er disponert for arvelig laktasemangel.

Petter Urdal

Olav Sandstad

Else Marit Løberg

Kari Bente Foss Haug

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Rasinperä H, Savilahti E, Enattah NS et al. A genetic test which can be used to diagnose adult-type hypolactasia in children. Gut 2004; 53: 1571-6.
2. Reinton N, Buchmann M, Moghaddam A. Evaluering av gentest for laktasemangel. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3057-60.
3. Veligati LN, Treem WR, Sullivan B et al. Delta 10 ppm versus delta 20 ppm: a reappraisal of diagnostic criteria for breath hydrogen testing in children. Am J Gastroenterol 1994; 89: 758-61.
4. Vatn M, Myren J, Serck-Hanssen A. En sammenligning mellom absorpsjon av laktose, laktaseaktivitet og histologiske forandringer i blinde tynntarmsbiopsier. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 97: 388-9.

Den europeiske medisinske forskningen styrkes

European Medical Research Councils (EMRC) er medlemsorganisasjonen for alle europeiske medisinske forskningsråd, bl.a. Norges forskningsråd. EMRC er en del av European Science Foundation (ESF) i Strasbourg, en samarbeidsorganisasjon med 75 medlemsorganisasjoner fra 30 europeiske land (1). Målet for EMRC er å fremme innovativ medisinsk forskning for klinisk anvendelse og gi forskningspolitiske råd til beslutningstakere på vegne av medlemsorganisasjonene og det europeiske forskersamfunnet. I desember 2007 publiserte rådet et såkalt «white paper» med tittelen *Present status and future strategy for medical research in Europe*. Strategien skal styrke og forbedre europeisk medisinsk forskning for å bidra til velferd og bedre helsetilbud.

Europa og verden for øvrig opplever raske samfunnsendringer med globalisering, nye og smittsomme infeksjonssykdommer, endrede sykdomsmønstre som f.eks. behandlingsresistent tuberkulose, raske og dramatiske klimaendringer og endret demografi med aldrende befolkning. Dette danner bakteppe for strategien, som fremhever at økt satsing på medisinsk forskning er helt avgjørende for å kunne møte disse utfordringene. I tillegg slås et slag for betydningen av ny medisinsk kunnskap når europeisk medisinsk næringsvirksomhet skal vitaliseres. Hovedmålet er å styrke både basal og klinisk medisinsk forskning, ikke minst translasjonsforskningen, som bringer kunnskap fra den basale forskningen over til klinisk praksis og vice versa. Samarbeid, tverrfaglighet og

økt samspill mellom offentlige og private institusjoner er nøkkelord.

Økt internasjonalt samarbeid og økte forskningsbevilgninger er nødvendig for at den europeiske medisinske forskningen skal lykkes. Europa ligger langt etter USA, som bruker henholdsvis dobbelt og tredobbelt så mye i forhold til bruttonasjonalprodukt og folketall som Europa. EMRC tar til orde for å doble den offentlige finansieringen av medisinsk forskning i Europa i løpet av ti år – og deretter opprettholde nivået. Dette, i kombinasjon med gode felles systemer for kvalitetssikring av forskning og forskningsresultater, vil komme det europeiske samfunnet til gode gjennom bedre helse, velferd, behandling og en blomstrende medisinsk industri. Investeringer i medisinsk forskning gir samfunnet tifold igjen.

Karriereveier og attraktive muligheter for forskere er sentrale virkemidler i strategien. Investeringer i nasjonal og europeisk infrastruktur er avgjørende for å lykkes. Bruk av informasjonsteknologiske verktøy fremheves spesielt. Europeiske og nasjonale reguleringer som berører den biomedisinske forskningen må forenkles, slik at forskningen fremmes og ikke hindres. Høy etisk standard og hensiktsmessig kontroll som hindrer forskningsfuske, er viktig. Spesielle utfordringer og muligheter er knyttet til de nye EU-landene. Utjevning av nasjonale ulikheter og frigjøring av et stort intellektuelt potensial vil styrke hele Europas forskningsinnsats.

EMRC og ESF kan tilby norske forskere mulighet til forskningssamarbeid, mobilitet, tilgang til møteplasser, nettverksprogram, forskningskonferanser og workshops. For nærmere informasjon, se nettsiden til Norges forskningsråd (2).

Signe Bang
Administrasjonen

Stig Størdahl
Divisjonsstyret for vitenskap
Norges forskningsråd

Litteratur

1. European Science Foundation. Present status and future strategy for medical research in Europe. www.esf.org/research-areas/medical-sciences/publications.html [10.1.2008].
2. Norges forskningsråd. www.forskningsradet.no [10.1.2008].

Færre korridorpasienter – æres den som æres bør

Tidsskriftet nr.1/2008 inneholder flere artikler om korridorpasienter, bl.a. en lederartikkel av Ivar Sønbo Kristiansen (1). Der omtales St. Olavs Hospital som det siste året har redusert både budsjett, sengetall og antall korridorpasienter. Dette er riktig,

men Kristiansen må ha blitt dårlig informert når han sier at «bedre samhandling med primærhelsetjenesten synes å være nøkkelen» til at dette har vært mulig (1). Påstanden passer for så vidt inn i et helsepolitisk syn som nå synes å gjøre seg sterkt gjeldende, der bedre samhandling lanseres som løsning på mange av utfordringene innen sykehusmedisin, spesielt innen indremedisin. Det er også andre og viktigere forklaringer på at vi har fått færre korridorpasienter.

Medisinsk klinikk ved St. Olavs Hospital er den klinikken som, sammen med Klinikk for hjertemedisin, har hatt det største antall korridorpasienter ved sykehuset. Ved Medisinsk klinikk hadde vi i 2005, 2006 og 2007 et gjennomsnittlig belegg på hhv. 111 %, 102 % og 99 %. Samtidig reduserte vi i 2007 antall senger med vel 10 % som ledd i innsparinger. En reduksjon i gjennomsnittlig liggetid fra 7,1 døgn i 2005 til 6,2 døgn i 2007 har gjort dette mulig. Antall liggedøgn ble således redusert med 13,5 % (fra 42 500 i 2005 til 36 760 i 2007) med nok så nøyaktig samme antall innleggelser de to årene.

Imidlertid økte antall ferdigbehandlede pasienter fra gjennomsnittlig 5,7 per døgn i 2005 til 8,5 per døgn i 2006 og til 10,6 per døgn i 2007. I 2007 var m.a.o. gjennomsnittlig 10,6 senger per døgn «blokkert» av ferdigbehandlede pasienter, hvilket tilsvarer 10 % av totalt antall liggedøgn. Vi har følgelig redusert korridorbelegget til tross for kommunenes mangelfulle uttak av ferdigbehandlede pasienter. Dersom disse tallene brukes som mål på kvalitet på samhandling med primærhelsetjenesten, er det neppe grunnlag for å si at bedret samhandling er hovedårsaken til reduksjonen i korridorpasienter. Det er først og fremst en betydelig innsats fra vårt personale med rasjonalisert drift og redusert liggetid som har vært utslagsgivende for reduksjonen i korridorpasienter ved Medisinsk klinikk.

Eiliv Brenna
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Kristiansen IS. To pasienter i sengen eller én i korridoren? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 16.

I. Sønbo Kristiansen svarer:

Mitt usagn om at «bedre samhandling med primærhelsetjenesten synes å være nøkkelen» til færre korridorpasienter ved St. Olavs Hospital var basert på et foredrag holdt av Rolf Windspoll. Han la der vekt på samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste og på tiltak i Trondheim kommune. Etter hva jeg forstår, har antall korridorpasienter gått ned både ved Medisinsk klinikk og ved sykehuset som helhet i 2007. Antall ferdigbehandlede pasienter har økt ved Medisinsk avdeling, men gått ned for

sykehuset som helhet. Det sentrale er vel at det samlede antall korridorpasienter har blitt lavere samtidig som sykehuset har redusert så vel sengetall som budsjett. En slik endring kan ikke skje uten medvirkning fra sykehusets leger, og det fortjener de honnør for!

Ivar Sønbo Kristiansen
Universitetet i Oslo

Henvis gravide med psykososiale problemer

Psykososial intervensjon i svangerskapet brukes for lite. Tidlig tverrfaglig arbeid kan forebygge senere psykososiale problemer.

Det er to grupper gravide det er viktig for oss som sosialarbeidere å nå ut til: De som selv ser at de kan trenge mer psykososial støtte og veiledning, og de som blir fanget opp av jordmor eller lege. Dette må skje så frivillig som mulig og til beste for både mor, far og barn. Det er likevel en sosialarbeiders ansvar å vurdere tiltak for å sikre barnets beste selv om mor og far ikke ønsker videre intervensjon.

Psykososiale problemer, herunder psykologiske, sosiale, rusmiddelrelaterte, økonomiske og boligrelaterte problemer, er ikke noe bare en bestemt gruppe mennesker opplever, det kan ramme alle. Psykososiale belastninger over lengre tid øker risikoen for at de som ikke har en adekvat måte å håndtere disse problemene på, får enda større vansker med å takle hverdagen. Eksempler på slike problemer er mangel på adekvat omsorg i form av ord, empati og handlinger, ikke bare mangel på klær og mat. Store psykiske problemer påvirker også resten av familien. Det kan være åpne eller skjulte rusproblemer. Sosiale problemer kan være forårsaket av eller opprettholdt av dårlig økonomi. Det kan også være fysisk eller psykologisk vold i familien.

Mange klarer seg bra selv om familien har psykososiale problemer. En del er imidlertid bundet av sin sosiale arv. Det er nok noen som tilbringer timer hos terapeuter og i helsevesenet i voksenalder for å få bukt med barndommens minner og for å få kontroll over livet sitt. Dersom deres foreldre hadde fått hjelp allerede under svangerskapet, kunne man ha forsøkt å bryte den sosiale arven som gjør at en del får problemer senere i livet. Alt etter hvilke typer problemområder man finner ved kartlegging kan man ta i bruk ulike typer av tidlig psykososial intervensjon. Aktuelle tiltak kan være mødre hjem, familierapi, psykiatrisk behandling, PMT-trening (parental management training), MST-behandling (multi systemic therapy), rusbehandling og/eller praktisk økonomisk rådgivning.

Etter vår oppfatning er psykososial intervensjon en viktig del av det tverrfaglige fore-