

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
Divisjonssyret 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 nokså 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 opprettet 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 bringer timer hos terapeuter og i helsevesenet i voksen alder 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 mødrethjem, familieterapi, 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-