

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-

byggende arbeidet med gravide. Vi har tro på innsatsen til sosialarbeiderne i første- og annenlinjetjenesten i samarbeid med blant andre jordmødre, leger og psykologer. Gravide kvinner og par med psykososiale problemer kan få hjelp ved at de blir henvist til tverrfaglige team opprettet spesielt for dette i noen kommuner og sykehus eller direkte til sykehusets sosionomtjeneste dersom de har dette tilbudet. Man kan få store personlige og samfunnsmessige gevinster av å sette inn tidlig psykososial intervensjon.

Mette Salomonsen
Tove Solum
Ringerike sykehus

Organkjøp fra levende donorer i utlandet – nok en gang

Jeg takker Bjørn Hofmanns for tilsvaret til mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 1/2008, der jeg kritiserte hans artikkel i Tidsskriftet nr. 22/2007 (1–3). Hofmann er opptatt av hvordan norsk leger vil kunne hankses med en situasjon hvor en pasient ber om informasjon om kjøp av et organ fra levende giver i utlandet. Fordi man kan hevde at det er en leges plikt for enhver pris å hjelpe sin pasient, kan dette innebære et etisk dilemma.

Kjøp og salg av organer er ifølge den norske transplantasjonsloven forbudt. Medvirkning til dette i form av formidling av kontakt om forbudt virksomhet antar jeg

også rammes av loven. Min bekymring er imidlertid ikke en enkelt norsk leges etiske vurderinger, ei heller at enkeltpasienter i vår del av verden ikke får utført organtransplantasjon. Min hovedbekymring er hensynet til den enkelte donor, oftest i et fjerntliggende land, og det faktum at vedkommende ikke mottar den nødvendige medisinske oppfølging etter donasjonen som en donor har krav på (4). Skulle man som lege være bekymret for den enkelte nyresykes ve og vel, bør man være klar over at de kliniske resultatene ved slik organtransplantasjonsvirksomhet flere steder er heller tvilsomme (5).

Arnt Jakobsen
Scandiatransplant

Litteratur

1. Hofmann B. Kjøp av organ fra levende donorer i utlandet. Tilsv. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 68–9.
2. Jakobsen A. Kjøp av organ fra levende donorer i utlandet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 69.
3. Hofmann B. Moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2964–6.
4. Naqvi SAA, Ali B, Mazhar F et al. A socioeconomic survey of kidney vendors in Pakistan. Transpl Int 2007; 20: 934–9.
5. Shimazono Y. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. Bull World Health Org 2007; 85: 955–62.

B. Hofmann svarer:

Nok en takk til Arnt Jakobsen for muligheten til å utdype enda et tema som min kronikk av plassmessige grunner bare

kunne nevne. Hensynet til levende organ-donor er uvegerlig viktig, enten organ-donoren er fra Pakistan, Kina eller fra Totten. Utnyttelse av folks fattigdom for å rekruttere dem til å selge organer oppfattes som problematisk. Det samme gjelder dårlig oppfølging av donorer. Som referansen i mitt forrige svar viser, er problemet at dette vanskelig kan brukes som *prinsipielt* argument mot salg av organer. Dersom vår virkelige bekymring var den nødvendige medisinske oppfølging og helse til personer i andre deler av verden, ville norsk helsevesen og norsk transplantasjonsmedisin sett ganske annerledes ut. Om vår omsorg gjaldt donorer som sårbar gruppe, ville vi også i Norge vurdert den praksis at nyrepasientens helsepersonell kontakter donor (og derved får en dobbeltrolle).

Foreløpig synes omfanget av nordmenns organhandel i utlandet å være lite. Likevel må vi være oppmerksomme på problemstillingen. Det er bra at Jakobsen er enig i dette. For norsk transplantasjonsmedisin tror jeg de største utfordringene ligger i hvordan vi på best mulig måte skal få organer til dem som trenger det. Kanskje vi heller burde diskutere det?

Bjørn Hofmann
Lillehammer