

Organisering

Frivillige på vei inn i sykehusene

Sykehusene og helseforetakene bør foreta en prinsipiell og praktisk avklaring av hvilken rolle frivillige skal ha på sykehus – med særskilt vekt på organisering og avklaring av hva som bør være grenseflatene mellom sykehusvertene og noen av yrkesgruppene i sykehusene.

Kronikk



Tellef Raustøl, sosiolog/sosial entreprenør i Tellef Raustøl Rådgiving (TRR)

ønske om å utvide laget som skal være med på å skape pasientens helsetjeneste. Bruk av frivillige i sykehus er en ønsket utvikling. Ordningen med sykehusverter bærer preg av at den er under utvikling.

Praksis viser at sykehusene og helseforetakene bør foreta en prinsipiell og praktisk avklaring av hvilken rolle frivillige skal ha på sykehus, med særskilt vekt på to utfordringer: Organisering og avklaring av hva som bør være grenseflatene mellom sykehusvertene og noen yrkesgrupper i sykehusene.

OPPSTART. Ideelle, diakonale sykehus har vært initiativtakere og forløpere til å utvikle bruk av frivillige i sykehus. På begynnelsen av 1990-tallet ble nye tilbud etablert, med bruk av frivillige som en integrert del. Både Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen og Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo fikk i 2003 ansatte frivillighetskoordinatorer.

Samme år etablerte sykehuset i Telemark en pasientguidetjeneste i forbindelse med en stor ombygging. Sykehuset hadde behov for personer som kunne hjelpe pasienter og pårørende med å finne frem.

NASJONALE INTENSJONER. Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld.St.II 2016–2019) betrakter frivillige som et viktig supplement til ansatte ved sykehusene. Planen fremholder at det er



Finner du ikke veie
Spør en sykehusvert!

mange eksempler på at frivillige gir tjenester som er viktige for å gi pasientene et bedre tilbud og bedre opplevelser.

Helsedirektoratet viser til at det ikke er utarbeidet nasjonale retningslinjer for ordningen med sykehusverter. De viser til at dette er en funksjon som ikke handler om å gi helsehjelp, men hvor sykehusverter skal bidra med informasjon og praktisk hjelp for pasienter som ikke er medisinsk/sykdomsrelatert informasjon.

ORGANISERING. Ordningen med frivillige på sykehus synes å være utviklet og skapt av lokale situa-

sjoner, enkeltpersoners betydning, lange utviklingsprosesser, sykehusets profil og behov, samarbeid med lokale virksomheter og nasjonale intensjoner. Praksis viser at ordningen med sykehusverter og leder-/koordinatorfunksjonen er organisert og forankret på tre ulike måter;

- ▶ knyttet til enheter i det sivile samfunnet
- ▶ tilknyttet driftsenheter ved sykehuset
- ▶ tilknyttet sykehusets utviklingsenheter

Eksempler på enheter i det sivile samfunn er Røde Kors og lokale frivillighetsentraler.



Vil sykehus og helseforetak ta tak i utfordringene?

I LANDETS SYKEHUS er vel 400 personer engasjert som frivillige sykehusverter. Her handler det ikke om en enkeltvakter, men om å bidra over tid på en forpliktende måte. Ulike ordninger for rekruttering, oppfølging, ledelse og organisering er etablert. Oppgavene til sykehusvertene er å sørge for at pasienter, pårørende og brukere blir sett, hjulpet og finner frem.

Flere sykehus er i gang med å planlegge innføring av ordningen. Andre smatter på mulige løsninger.

I UTVIKLING. Det er ingen ensartet begrepsbruk på posisjonen til de frivillige sykehusvertene. Både pasientvert, pasientguide, sykehusvert og sykehusguide benyttes. Noen av sykehusene beskriver rollene til de frivillige ut ifra oppgavene de ivaretar.

Nasjonale myndigheter har et

Antipsykotisk medisin

Langtidsbruk reduserer tilfriskning for omtrent 40 pros

Nyere forskning avslører følgene av at det ikke finnes noen randomiserte kontrollerte studier som undersøker langtids vedlikeholdsmedisinering.

ANTIPSYKOTISK MEDISIN er ansett som en hjørnestein og effektiv for både korttids- og langtids vedlikeholdsbehandling av schizofreni. Men forskningen viste at symptomreduksjon bare ble oppnådd for et mindretall av pasientene, at det ikke er evidens for langtids vedlikeholdsbehandling – og ikke tok hensyn til recovery – tilfriskning.

I studien «How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials», har forskere (Leucht et al 2009) funnet at effekten er Number Need to Treat (NNT)=6 for korttidsbehandling av psykotiske symptomer.

TILBAKEFALL. I 2012 tok forskere (Leucht et al) for seg vedlikeholdsbehandling med antipsykotika. Studiene omfattet et tidsrom på mellom syv og tolv måneder. Resultatene er bedre

Kronikk



Walter Keim, pensjonert høyskolelektor

angående tilbakefall, men også konklusjonene å «klargjøre lang-siktig sykkelighet» (2).

I NOU 2011: 9 omtaler Pauls-rud-utvalget «Effekt av vedlikeholdsbehandling» (kapittel 9.2.2), en metaanalyse av studier som sammenligner effekten av andre-generasjons antipsykotiske midler og placebo. De konkluderer med at faren for tilbakefall blir redusert med omtrent 25 prosent (NNT=4). Dette tilsier at man vil forhindre ett tilbakefall for hver fjerde pasient som blir behandlet i et år eller to.

FÆRRE INNLEGGELSER. I en annen studie fant forskerne (Bola et al. Cochrane.org 2011) bare fem studier med virkelig placebo, det vil si randomiserte kontrollerte studier. En av dem (Rappaport et al 1978), fant at pasienter uten medisin klarte seg bedre, det vil si med færre innleggelses. Number need to harm (NNH) ble på 2,9.

En annen studie (Nancy Sohler et al. gives 2016) undersøker problemet, og konkluderer: «I mange år har (...) klinikernes sterke tro

på behovet for langvarig bruk av antipsykotiske medisiner (Lehmann, 1966) gjort at det har vært umulig å designe en overbevisende observasjonsstudie for å løse problemet med effekt eller skade. Vi tror at den gjennomgripende aksept av denne behandlingsmodaliteten har forhindret en streng vitenskapelig undersøkelse som er nødvendig for å sikre at bevisbasert psykiatrisk omsorg tilbys.

INGEN SVAR. Dermed finnes det altså nesten ingen randomiserte kontrollerte studier som unngår «cold turkey»-problemer – som gir svar på effekten av antipsykotika på langtids-tilfriskning.

Hvilke andre studier og erfaringsdata finnes det for å evaluere langtids-effekter? Omtrent 60 av første episode-psykotiske pasienter kan oppnå recovery uten bruk av antipsykotika.

Den naturalistiske studien til Harrow, M. & Jobe, T.H. (2017) konkluderer i «A 20-Year multi-followup longitudinal study» med: «Negativ evidens på lang-siktig effekt av antipsykotika har kommet frem fra våre egne longi-



Den danske professoren Peter C. Gøtzsche hevder at medisinfri psykiatri er veldokumentert og at tvangsmedisinering må avskaffes

tudinale studier og longitudinale studier av Wunderink, av Moilanen, Jääskeläinen and colleagues (Using data from the Northern Finland Birth Cohort Study), Danish OPUS trials (Wils et al 2017), Lincoln og Jung in Germany, og R. C. Bland in Canada.

REDUSERT TILFRISKNING. Jaakko Seikkula et al 2010 fant 80 prosent recovery langtids-effekt for første episode av psykotiske pasienters behandlet med «Open Dialogue Therapy» in Western Lapland: «Dette viser fordelene ved ikke å bruke mye medisinering støttet av psykososial omsorg». Effekten av kognitive terapi og psykoterapi er dokumentert.

Bjornestad, Jone et al. 2017 fant i erfaringer av klinisk friske pasienter at «mellom 8,1 og 20 prosent av pasientene med førstegangs-psykose oppnår klinisk recovery» med standardbehandling etter gjeldene retningslinjer.

For å opprettholde fortellingen om at antipsykotika er effektivt, blir schizofreni ansett som kronisk for det store flertall av pasientene. Livslang avhengighet blir