



Frivillige i sykehus

Vi bør avklare før vi konkluderer

Det er et poeng å identifisere noen spørsmål som bør bli belyst, før vi drøfter hvordan ordningen med frivillige bør utvikles videre på et overordnet nasjonalt plan.

LEDERE I TRE forbund og to yrkesorganisasjoner i Delta, i tillegg til ledende sykehusprest og sykehusdiakon ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, kommenterte i Dagens Medisin (16/2017) min kronikk «Frivillige på vei inn i sykehusene» i samme avis (15/2017).

INTEGRERT OG SELVSAGT? Mitt poeng har vært å beskrive arbeidsfeltet og organiseringen av sykehusverter, og identifisere noen spørsmål som bør bli belyst, før vi drøfter hvordan ordningen med frivillige bør utvikles videre på et overordnet nasjonalt plan.

Sykehusprest Aud Irene Svartvasmo og sykehusdiakon Gudmund Johnsen Wisløff går rett på konklusjonen når de postulerer at «i fremtidens helsevesen blir frivillige en integrert og selvsagt del av sykehusorganismen – også i administrasjon og ledelse». Jeg ser gjerne at de reddegjør nærmere for hva som er grunnlaget for denne påstanden.

VIKTIGE SPØRSMÅL. Her er noen av spørsmålene som bør avklares:
► Grenseflatene mot andre relevante yrkesgrupper: Hvilken rolle skal frivillige på sykehus ha? Hva skal være deres handlingsrom? Avklaringen må være prinsipiell og praktisk. En av begrunnelsene for å foreta en slik avklaring, er at faglig forsvarlighet ikke må svekkes.
► Hvordan bør ordningen organiseres? Skal det legges opp til lokale variasjoner eller nasjonale standardkrav?
► Faglig oppfølging av dem som er satt til å koordinere og lede sykehusvertordningen på landets sykehus. Hva slags form for kompetanseoppbygging har de behov for?

SAMARBEID. Ordningen med sykehusverter og bruk av frivillige på sykehus går tilbake helt til 1990-tallet. I 1993 ble Sunniva Hospice – Omsorgssenter ved livets slutt – etablert i lokalene til Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Planleggingsfase fra 1992. Året etter star-



Innlegg



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

En av grunnelsene er at faglig forsvarlighet ikke må svekkes

tet Sunniva Hospice med dag- og hjemmebesøk. Siden oppstarten har Sunniva Hospice inkludert frivillige i sitt arbeid i omsorgen for pasienter og pårørende i samarbeid med hjemmesykepleier.

Prosjektet ble finansiert med midler fra Kavilifondet og Rebekka-legatet. Bergen kommune dekket 50 prosent av lønnsmidlene til den første ansatte sykepleieren. Allerede fra starten var det etablert et samarbeid mellom sykehuset, kommunen og også eksterne finansører.

BESØKSVENNER. Samarbeidsprosjektet «Sykehus og menighet» (oppstart 1998) på Haraldsplass diakonale sykehus tilbød pasienter som er mer alene enn de selv ønsker, en frivillig besøksvenn etter utreise. Sykehuset tok kontakt med menigheter i Den norske kirke som var en del av det som den gangen var sykehusets nedslagsfelt.

50–60 menigheter og nærmere 100 pasienter deltok i prosjektet. De frivillige ble i hovedsak rekruttert fra menighetene, men også fra Røde Kors Besøkstjeneste eller Frivillighetssentraler. ■

Interessekonflikt/disclaimer: Artikkeforfatteren skriver bok om frivillige som nødvendig arbeidskraft for at ansatte og virksomheter skal nå sine mål. Tellef Raustøl Rådgivning (TRR) bistår store eiendomsprosjekter med å utvikle konsepter og skaffe sannsynlige og relevant leietakere innen kultur, kompetanse og helse.

EN SELV-FØLGE? – Hva er grunnlaget for å påstå at frivillige i fremtidens helsevesen blir en integrert og selvsagt del av sykehusorganismen – også i administrasjon og ledelse?



Vi har plass til dere

Gardermoen Campus passer for bedrifter og organisasjoner som forstår verdien av attraktiv beliggenhet og samlokalisering. LHL flytter sine aktiviteter hit i 2018, og flere helserelaterte aktører følger etter. Dette er omgivelser med synergier. Les mer på www.gardermoen-campus.no



- ▼ Incruse «GlaxoSmithKline»
- ◊ **Langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (antikolinergikum).** ATC-nr.: R03B B07
- T **INHALASJONSPULVER 55 µg i Ellipta:** Hver dose inneholder: Umeklidiniumbromid 65 µg tilsv. umeklidinium 62,5 µg, (tilsv. avgitt dose 55 µg), laktosemonohydrat ca. 12,5 mg, magnesiumstearat.

Indikasjoner: Regelmessig bronkodilerende behandling for å kontrollere symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). **Dosering:** **Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig, helst til samme tid hver dag. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon, da dette ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time for bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for inhalasjonsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved astma pga. manglende data. Preparatet seponeres umiddelbart ved paradoksal bronkospasme, og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll. Ved forverring av kols under behandlingen, bør pasienten vurderes på nytt. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, da hjertearytmi, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan oppstå. Bør brukes med forsiktighet ved urinretensjon eller trangvinkelglaukom (ppa. antimuskarinerg effekt). Bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lpga.-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se R03B B07. Samtidig bruk av andre langtidsvirkende muskarinantagonister (alene eller som del av kombinasjonsbehandling) er ikke studert, og er ikke anbefalt da det kan forsterke bivirkninger. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist direkte eller indirekte reproduksjonstoksicitet. Bør kun brukes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amning:** Utskillelse i morsmelk er ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier indikerer ingen effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, sinusitt, nasofaryngitt, øvre luftveisinfeksjon. Luftveier: Hoste. Neurologiske: Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet. Hjerte/kar: Atrieflimmer, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rytme, supraventrikulære ekstrasystoler. Hud: Utslett. **Immunsystemet:** Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. utslett, urticaria, kløe. Infeksiøse: Faryngitt. Neurologiske: Dysgeusi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Øye: Øyesmerter. **Ukjent frekvens:** Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri. Øye: Glaukom, tåkesyn økt intraokulært trykk. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Sannsynligvis tilsv. bivirkninger (f.eks. munntørhet, synsforstyrrelser og takykardi). **Behandling:** Støttende, inkl. tilstrekkelig monitorering om nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for antikolinergika R03B B. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Umeklidinium er et kinoklidinderivat med aktivitet på flere subtyper av muskarinreseptoren. Gir bronkodilasjon ved kompetitiv hemming av binding av acetylkolin til muskarinreseptorer på glatt muskulatur i luftveiene. **Absorpsjon:** C_{max} nås etter 5-15 minutter. Absolutt biotilgjengelighet: 13 % av dosen, minimalt bidrag fra oral absorpsjon. Steady state nås innen 7-10 dager. **Proteinbinding:** 89 % in vitro. **Fordeling:** V_d: 86 liter. **Halveringstid:** Plasmahalveringstid etter inhalert dose i 10 dager er 19 timer. Plasma-clearance etter i.v. administrasjon er 151 liter/time. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP2D6, og er et P-gp-substrat. **Utskillelse:** Via feces og urin. 3-4% utskilles uforandret i urin etter inhalasjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Inhalatoren bør oppbevares i den forseglede folieboksen for å beskytte mot fuktighet frem til førstegangs bruk. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser kr 436,10. 3 x 30 doser kr 1222,20. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Refusjon yes kun til pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV₁ mindre eller lik 65 % av forventet verdi). **Refusjonskoder:** ICD J43-Emfysem, J44-Annens kronisk obstruktiv lungesykdom, ICPC R95-Kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkår: 90. Refusjon yes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Sist endret: 04.09.2017.

- Referanser:**
- Incruse preparatomtale (13.07.2017), avsnitt: **a)** 5.1 Farmakodynamiske egenskaper, **b)** 6.5 Emballasje (type og innhold), **c)** 4.1 Indikasjoner, **d)** 4.8 Bivirkninger, **e)** 4.4 Advarsler og forsiktighetsregler.
 - Feldman G, Maltais F, Khindri S et al. A randomized, blinded study to evaluate the efficacy and safety of umeklidinium 62.5 µg compared with tiotropium 18 µg in patients with COPD. *International Journal of COPD* 2016;11:719-730. doi: 10.2147/COPD.S102494. eCollection 2016.

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon: 22 70 20 00.

GSK,
Postboks 180 Vinderen,
0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 22.
Telefaks: 22 70 20 04
www.gsk.no



©2017 GlaxoSmithKline group of companies or its licensor. Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.