

Fagblad

for lungesykepleiere

Nr 2. – 2021



Foto: Therese Hansen.

INNHALDET:

Kjære alle medlemmer!!	2	Beslutningsprosesser i palliasjon.....	37
Oppfølging og behandling i hjemmet	3	Pasienter og helsepersonells perspektiver på helsekompetansebehov hos personer med kronisk obstruktiv lungesykdom	40
Lungesykepleiere på Oslo Universitetssykehus drar hjem til pasientene	5	Sykepleiernes møte med kroppen og sjelen	48
Digital hjemmeoppfølging av lungesyke	10	Vi må spørre om smerter – og tørre å gi morfin! Om sykepleie og smertelindring til palliative pasienter.....	52
Velferdsteknologi	15	Når det oppstår tvil om studenters skikkerhet for yrket de utdanner seg til.	56
Tilbakemelding kursstøtte Landskonferansen, Bergen, 22		Tett på tre.....	54
NSFS faggruppe av lungesykepleiere	26		
Vervekampanje 2022	32		
Bokanmeldelser	34		

Kjære alle medlemmer!!

Nå nærmer det seg jul og et nytt år. Tusen takk for flott innsats for pasientgruppen vår under den pågående Koronapandemien og for at dere er medlemmer av faggruppen.

Vi håper å se mange av dere på NSF FLU Landskonferansen i **Oslo 3. og 4.11.22.**

Det kommer til å bli et spennende faglig program, og det er også en flott anledning til å møte kollegaer fra andre steder i landet og tidligere medstudenter fra videreutdanningen i Lungesykepleie. Mer informasjon om programmet og påmelding finner dere på nettsiden hos NSF og www.lungesykepleiere.no utover våren. Dere har også fått invitasjon tilsendt på e-post fra kongressfirmaet.

Vi minner om at søknadsfristen for å søke om kursstøtte i 2022 er den 31.08.22.

På grunn av den pågående Koronasituasjonen har det vært lite aktiviteter lokalt i 2020 og 2021, men nå i høst har det vært aktiviteter i noen av lokalgruppene. Vi hadde lokalgruppeledersamling 25. og 26.11.22 i Trondheim hvor 10 av lokalgruppene var med! Når det gjelder lokalgruppene og sammenslåing av noen av disse på grunn av den nye fylkesstrukturen i Norge, så pågår dette arbeidet. Hedmark og Oppland har slått seg sammen til Innlandet lokalgruppe. Det var årsmøte i Akershus, Buskerud og Østfold den 11.11.21 i forbindelse med arbeidet for at disse

tre lokalgruppene skal bli til Viken lokalgruppe. De aktuelle, resterende lokallagene vil bli fulgt opp i løpet av første kvartal i 2022. Derfor er det ekstra viktig at dere alle sjekker at det ligger rett e-post og telefonnummer på din medlemside hos NSF, slik at dere får e-post som sendes ut fra lokalgruppen og styret.

Det pågår et utviklingsprosjekt for faggruppene som ble vedtatt på NSF Landsmøtet i 2019 med et mandat fra forbundsstyret i NSF. Prosjektet inviterte til høring for «Utviklingsprosjektet faggruppene» den 02.11.21. og blant annet faggruppen vår har fått tilsendt høringsbrev, høringsdokument, høringsmal og rapporten «Organisering av faggruppene i Norsk sykepleierforbund», også kalt Vista Analyse-rapporten. Høringsfristen er 10.01.22. Høringen var tema på lokalgruppeledersamlingen vår og styret arbeider videre med høringssvaret frem til fristen i januar. Dere må bare ta kontakt hvis dere ønsker mer informasjon eller har noen spørsmål om dette prosjektet.

Kull 9 begynte på master- og videreutdanning i Lungesykepleie ved Høgskolen på Vestlandet i høst, og i tillegg startet påbygg master i Lungesykepleie for studenter som

tidligere har fullført videreutdanning i Lungesykepleie. Ønsker dere mer informasjon om videre- og masterutdanning i Lungesykepleie finner dere dette på hvl.no under Etter- og videreutdanning.

Gratulerer så mye til to av våre medlemmer Trine Oksholm og Christine Råheim Borge som har vært redaktører for boken – Lungesykepleie. Det er så flott at vi endelig har fått en norsk bok innen fagområdet vårt!

Har dere saker som dere ønsker at styret skal ta tak i, ønsker om tema i Fagblad for lungesykepleiere, eller det er noe annet dere vil formidle til oss så ta gjerne kontakt. Kontaktinformasjonen finner dere på neste side her i bladet eller på nettsiden.

Vi minner også om at VERVEKAMPANJEN fortsetter, vervepremien hvert år er dekning av deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen året etter.

NB! Melder den du verver seg inn før nyttår, kan de søke om kursstøtte allerede i 2022!

Vi ønsker dere alle en fortsatt fredfylt adventstid og ikke minst en riktig GOD JUL og et riktig GODT NYTTÅR!

Julehilsen fra alle oss i styret v/Leder Gerd Gran.

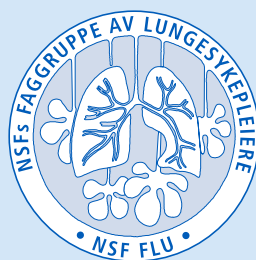
Utgivelsesplan 2022-2023:

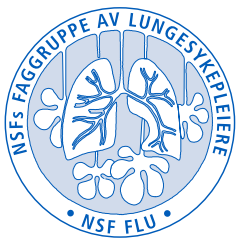
	Matr.frist	Utgivelse
2022		
Nr 1 2022	1. mai	Juni
Nr 2 2022	1. mai	1. november
2023		
Nr 1 2023	1. mai	juni
Nr 2 2023	1. mai	1. november

Gjeldende annonsepriser:

Format	4 farger	Sort
1/1side	6.000,-	3.100,-
1/2 side	3.100,-	1.900,-
Bakside	6.600,-	
Alle priser er uten mva.		

NSFS FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE





Utgitt av:
NSFs Faggruppe av lungesykepleiere.
(NSF FLU)

NSF FLU nettsider:

<https://www.lungesykepleiere.no>

www.sykepleierforbundet.no

E-post: nsfflu@gmail.com

Styret 2021-2023 består av:

Leder: Gerd Gran

Seksjon for pasientsikkerhet
Haukeland Universitetssjukehus

Nestleder: Tonje Spjellkavik

Medisinsk poliklinikk,
Nordlandssykehuset i Bodø

Sekretær: Agathe Krekvik Govertsen

Yrkesmedisinsk avdeling,
Haukeland Universitetssjukehus

Kasserer: Ida Mørkesdal

Intensiven ved Sørlandet sykehus
Kristiansand

Redaktør fagblad og nyhetsbrev ansvarlig:

Simen Alexander Steindal

Lovisenberg diakonale høgskole
VID vitenskapelige høgskole

Lokalgruppeansvarlig:

Kristin Degnes

Sykehuset Innlandet HF Divisjon
Elverum – Hamar

Webansvarlig: Liga Timermane

Stavanger kommune,
Hillevåg og Hinna helse og sosialkontor

Adresseforandringer og annen
kontakt-informasjon kan endres på
«min side» på sykepleierforbundets
nettsider, eller det kan meldes
til: medlemsadministrasjon@sykepleierforbundet.no.

Søknadsfrist for stipend og kursstøtte er
31. august 2022.

Søknad sendes som vedlegg på e-post
til: NSFFLU@gmail.com

Søknadspapirer og informasjon ligger
på nettsiden til NSF FLU

Henvendelser til styret kan gjerne
sendes på e-post til: NSFFLU@gmail.com

Forsidebilde:

Foto: Øystein Tveit

Design og trykk:

Østfold Trykkeri, Askim

Tlf.: 69 81 88 99

www.ostfold-trykkeri.no

E-mail:

post@ostfold-trykkeri.no



Oppfølging og behandling i hjemmet

For mange som er kronisk syke kan det være viktig å være mest mulig hjemme, klare seg selv og kunne leve sitt liv på sine premisser. I Norge er det store geografiske avstander og mange har lang reisevei til sykehus og noen kan oppleve lang reisevei som belastende. Oppfølging i hjemmet med og uten velferdsteknologi fra helsepersonell fra kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten kan være ett tiltak for at pasienter skal få være mer hjemme fremfor å bli innlagt i sykehus eller måtte reise til en poliklinikk. Ulike former for velferdsteknologi tas stadig i bruk i Norske kommuner og i spesialisthelsetjenesten. For pasienter kan det oppleves trygt å vite at helsepersonell er der i bakgrunnen, passer på og yter helsehjelp ved behov om helsetilstanden deres blir dårligere.

I dette nummeret av fagbladet er det tre artikler om hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter. I en artikkel skriver spesialsykepleier og prosjektleder for avansert hjemmesykehus (AHS) Anne Louise Kleiven om AHS til pasienter som har behov for langtids mekanisk ventilasjon. Tidligere måtte disse pasientene legges inn på sykehus for å måle karbondioksid under søvn, mens med AHS kan pasientene i stedet være hjemme og sove i egen seng. Sykepleier Linn Espolin Johnson-Simonsen og spesialsykepleier Mariell Cecilie Waleniussen Borge har skrevet en artikkel om digital hjemmeoppfølging av personer med kols i Bodø kommune. Deres



Simen Alexander Steindal

erfaring er at det er mulig å skape gode relasjoner til og bli kjent med lungesyke hjemmeboende pasienter ved bruk av digital hjemmeoppfølging. Professor Simen A. Steindal beskriver i sin artikkel hva velferdsteknologi er og beskriver ulike velferdsteknologi som helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten kan bruke til å følge opp på pasienter på avstand.

Postdoktor og førsteamanuensis Christine R. Borge og kollegaer har skrevet en norsk kortversjon av en artikkel som er publisert i et internasjonalt tidsskrift. I denne artikkelen utforsker de helsekompetansebehov hos personer med kols og hos helsepersonell som har omsorg for dem. I artikkelen beskrives helsekompetanse som en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Borge og kollegaer konkluderer med at det er et komplekst helsekompetansebehov hos personer med kols, men også et behov for kunnskap, ferdigheter og gode holdninger blant helsepersonell i hvordan følge opp personer med kols sine helsekompetansebehov.

Fagsykepleier og høgskolelektor Karoline Skedsmo har skrevet om beslutningsprosesser i palliasjon og argumenterer for at pasienter og helsepersonell må samarbeide om å ta beslutninger og at helsepersonell skal både hjelpe og støtte pasienter slik at pasientene har den informasjonen de trenger for å ta en informert

beslutning. Skedsmo understreker også at pasienters rett til medvirkning innebærer også en rett til ikke å medvirke. Christina Aase som er utdannet både prest og sykepleier argumenterer i sin artikkel for at det som sykepleiere allerede gjør i møter med pasienter bærer med seg muligheten for ivaretagelse av menneskets åndelige og eksistensielle utfordringer. Hun belyser hvordan sykepleiere møter pasienten både i samtalen og i møte med den lidende kroppen. I artikkelen fremhever hun betydningen av å stille pasienter med uhelbredelig sykdom spørsmålet «Hva er viktig for deg – nå?» Kreftsyekepleier og høyskolelektor Anne Kristine Dalene har nærmere 10 års klinisk erfaring som sykepleier ved palliativt team. Hun har skrevet en artikkel om sykepleie og smertelindring til palliative pasienter. Sykepleieren er

hjørnesteinen i smertelindringen fordi vi er nærmest pasienten. I artikkelen skriver Dalene om hvordan sykepleiere bør forvalte og utføre dette ansvaret og muligheten.

Sykepleiere i både kommune- og spesialisthelsetjenesten veileder sykepleierstudenter i praksis. Førstelektor Sissel Johansson Brenna ved Høgskolen på Vestlandet skriver i sin artikkel om når det oppstår tvil om studenters skikkethet for yrket de utdanner seg til og skikkethetsvurdering. Ifølge Brenna kan alle som er i kontakt med studenter melde tvil om skikkethet.

I dette nummeret av fagbladet finner du også billedkavalkade fra Landskonferansen i Bergen september 2022, tilbakemelding på mottatt kursstøtte for å delta på

Landskonferansen, bokanmeldelser av boken Lungesykepleie og presentasjon av NSF's faggruppe for kreftsyekepleiere. I Tett på 3 møter du tre som er studenter ved master-/videreutdanningen i lungesykepleie ved Høgskolen på Vestlandet.

Har dere et spennende prosjekt der du jobber, har du lyst til å skrive en fagartikkel eller har du forslag til temaer for fagartikler, ta kontakt med redaktøren.

God jul og godt nytt år!

Simen A. Steindal

***Vi ønsker dere alle en fortsatt fredfylt adventstid
og en riktig GOD JUL og et riktig GODT NYTTÅR!***



Lungesykepleiere på Oslo Universitetssykehus drar hjem til pasientene

Anne Louise Kleiven, spesialsykepleier og prosjektleder for AHS, OUS, anklei@ous-hf.no
Foto: Vy Rabben Photography

Hver uke drar en sykepleier fra Lungemedisinsk sengepost ved Oslo Universitetssykehus hjem til en pasient med respirator for å gi opplæring i teknisk utstyr for å måle karbondioksid under søvn. Den avanserte undersøkelsen krevde tidligere en natt på sykehuset, men nå kan pasienten i stedet være hjemme og sove i egen seng.

Over 40 av totalt 150 pasienter med langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) har gjennom Avansert hjemmesykehus (AHS), fått lungemedisinsk oppfølging i hjemmet i løpet av 2020. Pasientgruppen er svært sammensatt med nærmere 40 ulike diagnoser, som KOLS, adipositas hypoventilasjon, amyotrofisk lateral sklerose, brystvegglidelser og nevromuskulære sykdommer. Felles for gruppen er at den underliggende sykdommen kan føre til den alvorlige tilstanden hyperkapnisk respirasjonssvikt, som ubehandlet kan føre til akutt sykdom og i verste fall død. Behandlingen for hyperkapnisk respirasjonssvikt er en pustemaskin, enten en BiPAP eller en respirator. Ofte er behandlingen livslang (1,2).

Pasienter tilfredse med hjemmebesøk
LTMV-pasientene har hatt hjemmebesøk av en erfaren sykepleier



Anne Louise Kleiven, spesialsykepleier og prosjektleder. Foto: Privat bilde.

med spesialkompetanse, fått målt karbondioksid (CO₂) og oksygen gjennom natten og hatt konsultasjon med behandlende lege i etterkant. Evalueringer fra prosjektet viser at pasientene er svært tilfredse med oppfølgingen i AHS – de oppgir at de sover bedre hjemme, at de slipper krevende transport, lang ventetid og at de ikke trenger å være borte fra jobb.

Fra en frisk ide til et omfattende prosjekt

AHS for pasienter med LTMV ved Lungemedisinsk sengepost, startet som en frisk ide fra seksjonsleder og sykepleier Johanna Costinger og spesialsykepleier Anne Louise Kleiven, godt hjulpet av overlege og respirator-ekspert Sigurd Aarrestad og sekretær Saba Kahasay.

I dag lever vi lengre med svært komplekse sykdommer, vi blir også flere og vi blir eldre. Kapasiteten på sykehusene sprenges og ventelistene øker. Den pågående pandemien har også krevd omstillinger, som kanskje har ført oss enda nærmere Regjeringens visjon om at «pasienter i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv» (3).

Den friske ideen ble snart til et stort prosjekt hvor hensikten var å undersøke hvordan vi kunne organisere lungemedisinsk oppfølging hjemme til LTMV-pasienter på en systematisk måte slik at den er forsvarlig, optimal og et tilbud til mange. Den viktigste undersøkelsen for å evaluere om pasienter med

LTMV er godt behandlet er måling av CO₂. Den vanligste måten å måle CO₂ på er å stikke en nål i pasientens arterie for deretter å analysere blodet i en avansert maskin, en såkalt blodgassanalyse.

Gjennom forskning ved vår avdeling visste vi at karbondioksid også kunne måles gjennom huden med en sensor, og at denne målingen kunne sidestilles med en blodgass (4). I tillegg hadde sykehuset nettopp godkjent en løsning for videokonferanse og systemer for fjernstyring av respiratorer var allerede i bruk i Europa. Grunnleggende tekniske nødvendigheter var altså allerede på plass. Nå gjenstod det for oss å utvikle tjenesteinnovasjonen til en realistisk arbeidsform. Gjennom Innovasjonsavdelingen ved OUS, fikk vi bistand fra OUS IKT for å få på plass bærbar PC, installere programvare og implementere nyttige funksjoner i DIPS. Vi inviterte pasienter og pårørende, egne ansatte, representanter fra Foreningen for muskelsyke, ALS-Norge og brukerutvalget ved OUS og representanter fra Oslo kommune til å delta i en ekspertgruppe. Vi fikk verdifull informasjon, råd, og høringsinnspill fra ekspertene på både brosjyre, samtykkeerklæring, og praktisk utforming av hjemmesykehuset. Gleden ble også stor da vi fikk innvilget 960 000 kroner fra ulike eksterne og interne instanser! Det ble snart tydelig for oss at AHS var en innovasjon som var mulig å få til i det virkelige livet og ikke minst noe mange ønsket!

Å komme hjem til pasienten er et positivt avbrekk i en hektisk hverdag

Høsten 2019 sto 8 sykepleiere og 4 leger klare til å teste AHS på de første LTMV-pasientene. Sykepleieren hadde to besøk i løpet av to dager. På den første dagen fikk pasienten, pårørende eller assistent opplæring av sykepleier i en CO₂-måler (Tosca



Sykepleier Ole Christian demonstrerer bruk av BiPAP med samtidig måling av karbondioksid og oksygenmetning. Foto: Vy Rabben Photography

TCM5). Samtidig ble vitalia målt, data ble lastet ned fra pustemaskinen, og sykepleieren hadde en generell samtale med pasienten om behandlingen. I kofferten har sykepleieren også med ulike kompresser til såre neserygger og sjablonger til eventuelle andre masker. Dagen etter henter sykepleieren utstyret og laster ned fra alt måleutstyret, før de har en kort «previsitt» med behandlende lege. Legen har deretter enten en video- eller poliklinisk konsultasjon, eventuelt i sjeldne tilfeller et hjemmebesøk hos pasienten.

Alle pasientene fikk måling av transcutan CO₂ hjemme og elleve av tolv registreringer var vellykkede. Pasientene kunne betjene utstyret og satte stor pris på å slippe å komme til sykehuset i en stabil fase av sykdommen. I evalueringen oppga de at den viktigste faktoren for at det gikk bra, var sykepleierens evne til å ha en grundig opplæring i utstyret. Sykepleierne på sin side oppga at å møte pasientene på hjemmebane ga en mer helhetlig tilnærming til oppfølgingen og representerte et

hyggelig avbrekk fra den hektiske hverdagen på sengeposten.

Lungesykepleieren i AHS er en viktig brikke

AHS for lungemedisin har hatt gleden av å involvere sykepleiere på flere nivåer, både i det kliniske arbeidet og i det koordinerende arbeidet. Det viste seg også at avdelingen vår hadde flere kreative sjeler som bidro til å øke kvaliteten på informasjonsmaterialet vårt. Sykepleier Line Muri designet en logo, sykepleier og fotograf Vy Rabben tok en rekke proffe bilder av en annen sykepleierkollega, Ole Christian Orvold. I dag pryder logoen til Line både kofferten vår til å frakte medisinsk teknisk utstyr, til t-skjorter, gensere og sekker. Og de flotte bildene av Ole Christian finnes overalt på AHS sitt informasjonsmateriale, både i presentasjoner, brosjyrer, poster, og ikke minst i artikler, som for eksempel denne her som du leser i fagbladet for lungesykepleie.

AHS i fremtiden

Gjennom samhandlingsmidler kunne vi videreføre prosjektet og gjennom-

førte over 60 kontroller i 2020. I dag er AHS inkludert i ordinær drift og vi gjennomfører to lungemedisinske kontroller i hjemmet hver uke. Planen er å utvide tilbudet til flere LTMV-pasienter, men også til andre lungepasienter. Hjemmesykehus er et etterlengtet tilbud og Oslo universitetssykehus har planer om å ha 30 % av aktiviteten enten som hjemmesykehus eller digital fjernoppfølging allerede i 2030. Sykehuset er bra, men hjemme er best.

Referanser

Nasjonal faglig retningslinje for langtids mekanisk ventilasjon. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo2012.

Indrekvam S, Flaten, S.M., Markussen, H.Ø., Veisene, S.T. & Fondenes, O. Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon. Årsrapport for 2019. Helse Bergen; 2020.

Regjeringen. Meld.St. 7 (2019-2020) - Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2030. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo2019.

Aarrestad S, Tollefsen E, Kleiven AL, Qvarfort M, Janssens JP, Skjonsberg OH. Validity of transcutaneous PCO2 in monitoring chronic hypoventilation treated with non-invasive ventilation. *Respir Med.* 2016;112:112-8.

Nettsider:

Foreningen for muskelsyke: <https://ffm.no/>

ALS Norge: <https://www.alsnorge.no/>

Nasjonal kompetansetjeneste for langtids mekanisk ventilasjon: <https://helse-bergen.no/avdelinger/lungeavdelinga/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-hjemmerespiratorbehandling>



Sykepleierne Anne Louise Kleiven og Line Muri poserer i genser med logo designet av Line. Foto: Vy Rabben, OUS.

Mindre avfall.^{1,2} Uten drivgass.³

De to virkestoffene i SPIOLTO® RESPIMAT® gir additiv bronkodilatasjon på grunn av sine ulike virkningsmekanismer.⁴



**SPIRIVA®
RESPIMAT®**
(tiotropium)

**STRIVERDI®
RESPIMAT®**
(olodaterol)

**SPIOLTO®
RESPIMAT®**
(tiotropium/olodaterol)

Siden muskarine reseptorer synes å være mer dominerende i de sentrale luftveiene mens adrenerge β_2 -reseptorer har et høyere ekspresjonsnivå i de perifere luftveiene, bør en kombinasjon av disse gi optimal bronkodilatasjon i alle deler av lungene.⁴

SIKKERHETSINFORMASJON⁵

SPIOLTO RESPIMAT er indisert som vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos voksne med kols. Hyppigste bivirkning er munntørrehet. SPIOLTO RESPIMAT bør brukes med forsiktighet ved kardiovaskulære lidelser. Som andre beta₂-adrenerge agonister, kan olodaterol gi økning i hjerterefrekvens og blodtrykk. SPIOLTO RESPIMAT skal ikke brukes oftere enn én gang daglig. Les alltid fullstendig preparatomtale før forskrivning av SPIOLTO RESPIMAT.

Spiolto Respimat «Boehringer Ingelheim»

C Adrenergikum (β_2 -agonist) + antikolinergikum (muskarinreseptorantagonist).

ATC-nr.: R03A L06

T INHALASJONSVÆSKE, oppløsning 2,5 μ g/2,5 μ g i Respimat gjenbruks-inhalator: Hver levert dose inneholder: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 2,5 μ g, olodaterolhydroklorid tilsv. olodaterol 2,5 μ g, benzalkoniumklorid, dinatriummedetat, saltsyre, vann.

Indikasjoner Bronkodilatorende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos voksne med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

Dosering Voksne inkl. eldre: 2 inhalasjoner 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ved kols er ikke relevant. **Administrering:** Kun til inhalasjon. Inhaleres vha. Respimat gjenbruksinhalator.

Kontraindikasjoner Overfølsomhet for innholdsstoffene, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oksitropium.

Forsiktighetsregler **Astma:** Bør ikke brukes ved astma, da effekt og sikkerhet ved astma ikke er undersøkt. **Akutt bronkospasme:** Ikke indisert for behandling av akutt bronkospasme, dvs. som akuttbehandling. **Paradoksall bronkospasme:** Legemidler som inhaleres kan gi paradoksall bronkospasme som kan være livstruende. Behandlingen må da avbrytes umiddelbart og erstattes med alternativ behandling. **Systemiske effekter:** Brukes med forsiktighet ved trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsostruksjon. Pasienten bør advares mot å få sprøyten i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i kornea. Ved symptomer på trangvinkelglaukom skal behandlingen avbrytes og lege kontaktes umiddelbart. Munntørhet, som er sett ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid gi karies. **Nedsatt nyrefunksjon:** Plasmakonsentrasjonen øker ved nedsatt nyrefunksjon. Skal derfor kun brukes ved moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon ($Cl_{CR} \leq 50$ ml/minutt) hvis forventet nytte oppveier potensiell risiko. **Kardiovaskulære effekter:** Brukes med forsiktighet ved nylig hjerteinfarkt, ustabil eller livstruende hjertearytmi, paroksysmal takykardi eller nylig sykehusinnleggelse med hjertesvikt, pga. begrenset erfaring. Kan gi klinisk signifikant kardiovaskulær effekt hos enkelte, målt som økning i hjertefrekvens, blodtrykk og/eller symptomer. Seponering bør vurderes dersom dette oppstår. Langtidsvirkende β_2 -agonister bør brukes med forsiktighet ved kardiovaskulære lidelser, spesielt iskemisk hjertesykdom, alvorlig dekompenstert hjertesvikt, hjertearytmier, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, hypertensjon og aneurisme, ved krampelidelser eller tyreotoksikose, kjent eller mistenkt forlengelse av QT-intervallet, og hos pasienter som er uvanlig følsomme overfor sympatomimetiske aminer. **Hypokalemi:** β_2 -agonister kan føre til hypokalemi, som er en potensiell risikofaktor for utvikling av kardiovaskulære bivirkninger. Ved alvorlig kols kan dette forsterkes av hypoksi og samtidig behandling som øker faren for hjertearytmi. **Hyperglykemi:** Inhalasjon av høye doser kan gi økt glukosenivå i plasma. **Anestesi:** Forsiktighet bør utvises ved planlagte operasjoner der det skal brukes halogenert hydrokarbon som anestesi, da det er økt risiko for kardielle bivirkninger av betaagonistiske bronkodilatorer. Preparatet skal ikke brukes sammen med andre langtidsvirkende β_2 -agonister. **Hypersensitivitet:** Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon. **Hjelpetoffer:** Inneholder benzalkoniumklorid som kan gi tungpustethet og pusteproblemer, spesielt hos astmapasienter. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Svimmelhet eller tåkesyn kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner** Se utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner. Samtidig bruk av tiotropiumbromid og andre antikolinergika er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke. Samtidig bruk av andre adrenerge preparater (alene eller i kombinasjon) kan forsterke bivirkningene av preparatet. Samtidig behandling med xantinderivater, steroider eller ikke-kaliumsparende diuretika kan forsterke enhver hypokalemisk effekt av olodaterol. Betablokkere kan svekke eller blokkere effekten av olodaterol. Kardioselektive betablokkere kan vurderes, men bør gis med forsiktighet. Effekten av olodaterol på det kardiovaskulære systemet kan forsterkes av MAO-hemmere, TCA eller andre legemidler som kan forlenge QTc-intervallet. Samtidig bruk

av ketokonazol, en potent P-gp- og CYP3A4-hemmer, øker systemisk eksponering av olodaterol med ca. 70%. Ingen dosejustering er nødvendig.

Graviditet, amming og fertilitet **Graviditet:** Begrensede data. Det anbefales å unngå bruk under graviditet. **Amming:** Ukjent om tiotropium eller olodaterol går over i morsmelk. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Ingen data.

Bivirkninger **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Munntørhet. Hjerne/kar: Takykardi. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. **Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, gingivitt, kvalme, orofaryngeal candidiasis, stomatitt. Hjerne/kar: Atrieflimmer, palpitasjoner, supraventrikulær takykardi, hypertensjon. Hud: Angioødem, urticaria, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Luftveier: Epistakse, laryngitt, faryngitt, bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor, artralgi, hevelse i ledd. Neurologiske: Søvnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon, urinveisinfeksjon, dysuri. Øye: Tåkesyn. **Ukjent frekvens:** Gastrointestinale: Intestinal obstruksjon, paralytisk ileus, karies, dysfagi, gastroøsofageal reflukssykdom, glossitt. Hud: Tørr hud, hudinfeksjon og hudsår. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Infeksiøse: Nasofaryngitt. Luftveier: Sinusitt. Stoffsifte/ernæring: Dehydrering. Øye: Glaukom, økt intraokulært trykk. Økt antikolinerg effekt kan forekomme med økende alder. **Bivirkninger relatert til langtidsvirkende β_2 -agonister:** Arytmi, myokardial iskemi, angina pectoris, hypotensjon, tremor, nervøsitet, muskelkramper, tretthet, sykdomsfølelse (malaise), hypokalemi, hyperglykemi og metabolsk acidose.

Overdosering/Forgiftning **Symptomer:** Høye doser tiotropiumbromid kan gi antikolinerge tegn og symptomer. Overdose av olodaterol kan gi forsterkning av bivirkninger typiske for β_2 -agonister. **Behandling:** Støttende og symptomatisk. Alvorlige tilfeller bør innlegges på sykehus. Kardioselektive betablokkere kan vurderes med ytterste forsiktighet. **Se Giftinformasjonens anbefalinger:** For tiotropiumbromid R03B B04 og olodaterol R03A C19

Egenskaper **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonen gir additiv bronkodilasjon pga. ulike virkningsmekanismer. Tiotropiumbromid bindes til muskarine reseptorer. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M₃-reseptorene, som hemmer de kolinerge effektene av acetylkolin (bronkokonstriksjon) og fører til relaksering av bronkiens glatte muskulatur. Effekten er doseavhengig og varer i >24 timer. Olodaterol aktiverer β_2 -reseptorer, noe som fører til forhøyet nivå av cAMP, som inducerer bronkieutvidelse ved å relaksere glatt muskulatur i luftveiene. **Absorpsjon:** Tiotropium: Ca. 33% av inhalert dose når systemisk sirkulasjon. C_{max} nås etter 5-7 minutter. Olodaterol: C_{max} nås innen 10-20 minutter. Absolutt biotilgjengelighet er ca. 30%. **Proteinbinding:** Tiotropium: 72%, olodaterol: Ca. 60%. **Fordeling:** Vd for tiotropium er 32 liter/kg og for olodaterol 1110 liter. **Halveringstid:** Effektiv $t_{1/2}$ for tiotropium etter inhalasjon er 27-45 timer hos kolspasienter. Total clearance: 880 ml/minutt. Olodaterol plasmakonsentrasjon etter inhalasjon har en multifasisk nedgang, med en terminal $t_{1/2}$ på ca. 45 timer. Total clearance: 872 ml/minutt. **Metabolisme:** Tiotropium metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive metabolitter. Olodaterol metaboliseres hovedsakelig ved direkte glukuronidering og O-demetylering, etterfulgt av konjugering. **Utskillelse:** Tiotropium: Ca. 20% via urin, resten via feces. Olodaterol: Det meste i feces. 5-7% utskilles uforandret i urin hos friske.

Oppbevaring og holdbarhet Skal ikke fryses. Patronens holdbarhet etter anbrudd: 3 måneder. **Respimat gjenbruksinhalator:** Skal kastes etter 1 års bruk. Anbefalt bruk: 6 patroner pr. inhalator.

Pakninger og priser: 60 doser (1 patron + Respimat gjenbruksinhalator) 561745, kr 512,00. 3 x 60 doser (3 patroner + Respimat gjenbruksinhalator) 579491, kr 1 463,60. 3 x 60 doser (3 patroner) 490823, kr 1 463,60.

Refusjon: Vedlikeholdsbehandling ved kols, i henhold til preparatomtale.

Sist endret: 30.11.2020

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 18.02.2021

Referanser: 1. Hänsel M, Bambach T, Wachtel H. Reduced Environmental Impact of the Reusable Respimat® Soft Mist™ Inhaler Compared with Pressurised Metered-Dose Inhalers. Adv Ther. 2019 Sep;36(9):2487-2492. 2. SPIOLTO RESPIMAT SPC, avsnitt 6.3, 18.02.2021. 3. SPIOLTO RESPIMAT SPC, avsnitt 6.1, 18.02.2021. 4. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/spiolto-respimat-boehringer-ingelheim-603227>

Digital hjemmeoppfølging av lungesyke - fremtidens helsetjeneste

Av Linn Espolin Johnson-Simonsen, sykepleier Digital hjemmeoppfølging, linn.espolin.johnson-simonsen@bodo.kommune.no og Mariell Cecilie Waleniussen Borge, spesialsykepleier, Digital hjemmeoppfølging, mariell.borge@bodo.kommune.no

Det å være lungesyk kan være en berg-og-dalbane av emosjoner. Teknologi kan oppleves overvåkende og avstandsskapende, men på samme tid kan teknologi være trygghetsskapende. Oppfølging gjennom digitale verktøy er en ny måte å gi helsetjenester på. Digital hjemmeoppfølging skal støtte brukeren på de tunge dagene, og løfte dem opp og frem på de gode dagene.

Hva er tjenesten digital hjemmeoppfølging?

Digital hjemmeoppfølging (DHO) i Bodø kommune startet ut som et randomisert kontrollert forskningsprosjekt i 2018 i regi av Helsedirektoratet, KS, og nasjonalt velferdsteknologiprogram for å teste ut en ny helsetjeneste. Dette prosjektet har fungert så bra at det nå er avgjort at i Bodø kommune skal dette inngå som en ordinær helsetjeneste. Det er lite forskning i Norge å vise til utenom dette prosjektet, og endelig forskningsrapport fra denne studien foreligger ikke ennå. "Ved hjelp av teknologi kan pasienten overføre helseinformasjon til kommunen, fastlegen eller sykehuset. Helsetjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller dersom målingene er utenfor normalverdiene. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov" (Helsedirektoratet, juni 2021).

Det er ikke alltid brukeren trenger fysisk tilstedeværelse av helsepersonell for å få en faglig forsvarlig, trygg og god helsetjeneste. Det er utviklet en applikasjon som heter Dialogg, som

brukeren laster ned på sin telefon eller nettbrett. Det er gjennom denne applikasjonen brukeren skal svare på spørsmål om sin dagsform. Brukere som har behov for monitorering av vitale parameter får opplæring i bruk av sensorutstyr. Dette kan være blodtrykk, vekt, oksygenmetning, blodsukker eller temperatur.

Foruten første hjemmebesøk og samarbeidsmøter med fastlege, er DHO en heldigital tjeneste som benytter seg av teknologiske løsninger i kommunikasjon med bruker. Tjenesten benytter seg av løsninger i applikasjonen som meldingsfunksjon/chat, video- og telefonsamtaler.

I Bodø kommune har vi hatt et samarbeid med lungepoliklinikk og



Mariell Waleniussen Borge
Linn Espolin Johnson Simonsen

KOLS-koordinator i oppfølgingen av brukere med KOLS-sykdom. Her har KOLS-koordinator tilgang til alle inn-sendinger fra felles brukere, hvorpå hun har mulighet til å veilede oss i DHO på individuelt tilpasset oppfølging. Hun har også hatt mulighet til å få et annet innblikk i brukerens hverdag mellom de polikliniske konsultasjonene. Videre har vi et tett samarbeid blant annet med kommunens kreftsykepleiere, hvor vi har tett dialog om endringer i brukerens helsesituasjon. Dette kan eksem-



Oppfølgingen DHO gir tar utgangspunkt i en egenbehandlingsplan. Denne planen triageres i en grønn, gul og rød sone. Spørsmålene i applikasjonen speiler seg i disse sonene, og utløser grønne, gule og røde varsler i vår helsepersonellapplikasjon. Bruker er i grønn sone, når han er i sin habitualtilstand. Når det rapporteres inn gule varsler fra bruker, igangsetter vi tiltak fra egenbehandlingsplanens gule sone. Dette kan eksempelvis være å øke behovsmedisin, øke bruk av Acapella og PEP-fløyte, samt å spise næringstett mat. For noen brukere kan det også innebærer å gjøre sensormålinger som temperatur, blodtrykk eller SpO2. Referanseverdier settes av behandlende lege i samråd med DHO, gjerne basert på innrapporteringer fra bruker i sin habitualtilstand. Dersom bruker ikke opplever bedring etter igangsatte tiltak i gul sone, anbefaler sykepleier legekontakt før bruker eventuelt havner i rød sone. Hvis bruker havner i rød sone, er bruker ofte så dårlig at det kan ende med sykehusinnleggelse.

Vår erfaring med oppfølging av lungesyke

Erfaringer vi har gjort oss i denne tjenesten er at vi kan skape gode relasjoner til våre lungesyke brukere. Vi klarer å skape tillitt med å ha god tid til å bli kjent med hverandre. DHO har ingen begrensning på hvilke pasientgrupper som følges opp, men en stor andel av den brukergruppen vi følger opp har ulike lungesykdommer. Flesteparten av disse har KOLS, men vi følger opp alt fra lungefibrose, lungekreft, interstitielle lungesykdommer, astma og Covid-19.

Vi opplever at DHO har gitt oss som sykepleiere en mulighet til å bli bedre kjent med våre brukere på en ny måte. Det har utfordret oss til å tenke kreativt og løsningsorientert i møte med brukere og pårørende.

Det har vært en tilvenning for både brukerne og oss som jobber i DHO å skulle skape en god og kvalitetssikker tjeneste gjennom digitale plattformer.

Som sykepleier er man opplært i viktigheten av fysisk tilstedeværelse for å kunne gjøre nødvendige observasjoner av brukeren. Vi har en måte å tilnærme oss våre brukere som gjør dem trygge på bruken av teknologiske hjelpemidler. I møte med brukeren tar vi oss god tid til å fortelle hva DHO er, og hva vi kan tilby. Fokuset ligger på «hva er viktig for deg prinsippet». Brukerens ønsker, og behov står i fokus. Vi jobber aktivt med relasjonsbygging, slik at brukeren blir trygge på oss som sykepleiere allerede i første møte. Det teknologiske utstyret vi benytter er svært enkelt i bruk, og vi bruker god tid på opplæring. Det vi ser at er mest utfordrende for brukerne våre, er innlogging med bankID hver 14.dag, ellers mestrer de det teknologiske svært godt. Brukerne vet også at de alltid kan ringe oss for veiledning. Selv om vi er en heldigital tjeneste, drar vi ut på ekstra besøk om dette skulle være nødvendig. Vi erfarer at svært få brukere sier fra seg tilbudet om DHO grunnet det teknologiske.

Vi har god erfaring med å veilede og gjøre observasjoner over telefon og video. I samarbeidsmøter, telefon-samtaler og videomøter med bruker blir vi kjent med brukerens habituelle tilstand. Ved å vite hva som er brukerens habituelle tilstand, er det enklere for oss som sykepleiere å merke endringer i brukers toneleie og væremåte i samtale. En stor del av vår arbeidshverdag går ut på å sitte i samtaler med brukere. Dette gjør at vi har opparbeidet oss erfaring med hvordan vi skal stille spørsmål, og hva vi skal se og høre etter. Vi har blant annet erfart at det er viktig at vi som sykepleiere tørr å stille direkte spør-

mål rundt vanskelige livssituasjoner. Eksempelvis kan dette være en lunge-syk bruker som er inne i en krevende periode i sitt sykdomsforløp, og som kjenner på suicidaltanker.

Vi har fokus på at alle vi som jobber i DHO, skal ha tilnærmet lik kontakt med alle brukerne. Vi har ingen primærroller, og har valgt dette fordi det er sårbart. Brukerundersøkelser viser stor tilfredshet blant våre brukere. Gjennom å bruke god tid har vi klart å skape gjensidig respekt, tillit og forståelse hos bruker og pårørende.

Vår erfaring er at vi blir godt kjent med brukerne våre gjennom innrapporteringer og samtaler, på lik linje med det å ha direkte pasientkontakt. Når det gjelder lungesyke, ser vi store behov for støttesamtaler rundt dere psykiske helse. Vi bruker mye tid på psykisk støtte og helsesamtaler, motivasjon til aktivitet, veiledning rundt ernæring og bruk av medikamenter og hjelpeutstyr som Acapella, PEP, BiPap og oksygenbruk. Vi bruker teknikker som motiverende intervju, hjelp til selvhjelp og kognitiv terapi i samtale med brukere. Gjennom disse samtalene og innrapporteringer klarer vi ofte å avdekke endringer i symptombildet til brukeren tidlig. Vi kan ha alt fra daglig til ukentlig kontakt. Dette varierer ut fra individuelle behov og dagsform.

Mange brukere sender også inn til oss når de er på ferie, innlagt i korttidsavdelinger og i spesialisthelsetjenesten. Dette handler i stor grad om trygghet og kontaktpunktet mellom bruker og DHO. Vi ser også tydelig at ytre påkjenninger har innvirkning på symptombildet. Gjennom symptomrapportering hvor brukerne svarer på spørsmål om sin dagsform, kan vi tidlig detektere de små endringene i symptombildet. Det kan eksempelvis være at brukeren ikke har spist

middag, ikke gått den vanlige turen i nabolaget, sovnet dårlig eller ikke klart å gjennomføre sine daglige gjøremål.

I DHO i Bodø kommune er vi en liten gruppe sykepleiere som jobber. Dette gjør at brukerne våre har få ansatte å forholde seg til, noe som skaper svært bra kontinuitet i pasientoppfølgingen. Når oppfølgingen blir så tett, skaper dette en forutsigbarhet for bruker som er helsefremmende. DHO jobber aktivt for at bruker skal lære å kjenne egen sykdom og endringer i sykdomsbildet sitt som krever igangsettelse av tiltak. Hverdagen til kronisk syke handler mye om sykdom, medisiner, legetimer og deres begrensninger. Derfor er mye av fokuset i vår oppfølging på det friske, og på hva bruker faktisk mestrer i sin hverdag.

Kasuistikk

- Mann, født på 60-tallet
- Bor alene i leilighet
- Elektriker, nå pensjonist
- Tidligere sykdommer: Kronisk respirasjonssvikt, kronisk obstruktiv lungesykdom stadium 4, osteoporose, hyppige eksaserbasjoner og innleggelser
- Sykehistorie:
 - o Økende bruk av antibiotika og vansker med nedtrapping av Prednisolon.
 - o Hyppigere innleggelser grunnet eksaserbasjoner.
 - o Økende bruk av behovsmedikamenter, herunder inhalasjonspreparater, beroligende og smertelindrende medikamenter.
 - o Større behov for oksygentilførsel, hvor han tidligere brukte det kun ved aktivitet og forverring
 - o Hyppigere behov for støttesamtaler med DHO rundt sin livssituasjon.

Så kom det plutselig en pandemi, Covid-19

Når Covid-19 stod for døren i mars 2020, så vi et udekket behov for

oppfølging, som vi tenkte at vi kunne dekke. Vi hadde allerede en applikasjon som kunne brukes i oppfølgingen av Covid-positive brukere, vi hadde sensorutstyr, og vi hadde erfaring med å følge opp personer uten å være hjemme hos dem. Det ble derfor igangsatt en prosjektgruppe med kommuneoverleger og overleger fra spesialisthelsetjenesten. Det ble utarbeidet et standardisert oppfølgings skjema som brukerne skulle besvare daglig. Dette innebar spørsmål om respirasjon, hoste, smerter, temperatur og eventuelt andre symptomer. Dette ble også triagert på lik linje som nevnt tidligere i grønn, gul og rød sone. Det ble opprettet kontakt med overleger i spesialisthelsetjenesten som vi i DHO hadde direkte kontakt med etter behov. Dette gjaldt både voksne, barn og gravide. Personer i risikogruppe, gravide og brukere med mye symptomer fikk utdelt pulsoksymeter for monitorering, hvorpå det ble satt grenseverdier for når det krevdes legekontakt.

Vi har fulgt opp svært mange brukere med Covid-19, og sitter på en unik kompetanse om sykdomsforløp hos denne gruppen. Til og med november 2021 har vi fulgt opp over 300 brukere med påvist Covid-19. Vi har fulgt opp fra brukere testet positivt, til de har vært ute av isolasjon. Svært mange brukere har hatt store utfordringer med å forstå reglene for avisolering. Her har vi vært en god støtte for brukerne, og vi har hindret mange i å gå ut av isolasjon for tidlig. Opplevelsen vår er at dette har vært viktig både for spesialisthelsetjenesten og kommunen, da vi har klart å skape en mer forutsigbar hverdag i forhold til behov for beredskap. Eksempelvis har sykehuset hatt 4 pasienter innlagt med Covid-19, mens vi i kommunen har monitorert 40 pasienter på samme tid. Vi har sett mange brukere som har kommet i behandling

tidligere i sykdomsforløpet enn de hadde gjort dersom de ikke hadde hatt oppfølging fra DHO. Det har vært interessant, krevende og lærerikt å følge opp personer med Covid-19 med hjemmemonitorering.

Brukervennlighet

Vi har hele veien vært svært opptatte av at de teknologiske løsningene skal være brukervennlige. Utviklingen av applikasjonen har vært gjort som et samarbeid mellom leverandør, Bodø kommune og Nordlandssykehuset, hvor det også har blitt gjennomført brukertesting jevnlig. Sensormålinger og sensorutstyr er CE-godkjent og brukervennlige. Når brukeren benytter seg av sensorutstyr, sendes målingene automatisk inn til helsepersonellapplikasjonen via bluetooth. Dette er med på å kvalitetssikre at ikke brukeren taster feil ved innsending, og gjør det mer brukervennlig. Vår erfaring er at mange lungesyke har svært nedsatt kapasitet både fysisk og psykisk. En stor andel av de vi følger opp med lungesykdom blir raskt slitne. Vi ser at fysisk og psykisk helse henger tett sammen hos lungesyke. Det har derfor vært jobbet mye med teknologien slik at den skal være så brukervennlig at selv de med minimal kapasitet og liten teknisk forståelse, skal kunne nyttiggjøre seg av dette tilbudet.

Kilder:

- <https://www.helsedirektoratet.no/tema/teknologi-i-pasientens-helsetjeneste/digital-hjemmeoppfolging>
- <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>
- <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2020/04/Kols-vurderingstest-CAT.pdf>

**For å behandle symptomer på
respirasjonssvikt, inkludert hyperkapni,
hypoksemi og dyspné.**



Vapotherm HVNI

- Alternativ til maskebehandling.
- Fullstendig utvasking av CO₂-rik og O₂-fattig luft i øvre luftveier.
- Gir optimal alveolær ventilasjon og redusert respirasjonsarbeid.
- Ikke avhengig av tett maske.
- Grime med kun 2,7 mm diameter.
- Ingen forstyrrende alarmer på grunn av lekkasje.
- Ingen fuktproblemer.
- Ny teknologi for fukting av luft.
- Mindre invasivt, forstyrrende og ubehagelig.



Leif Blindheim

+ 47 23 03 63 70

+ 47 915 31 194

Biskop Jens Nilssønssgate 5A, 0659 Oslo, Norge

leif@avalon-medical.no

www.avalon-medical.no

Velferdsteknologi

Simen A. Steindal, professor, Lovisenberg diakonale høgskole; VID Vitenskapelige høgskole, simen.alexander.steindal@ldh.no

Tabell 1 Ulike former for velferdsteknologiske løsninger (basert på Thygesen, 2015)

Hva er velferdsteknologi og er hensikten med den?

Velferdsteknologi er et samlebegrep som knytter mange teknologiske løsninger sammen. Det som er felles for de ulike løsningene er at de gjør det mulig med behandling, oppfølging og omsorg på avstand, med pasienten på et fysisk sted og helsepersonell på et annet fysisk sted (Polls, 2015). «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og/eller bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse, og kvalitet på tjenestetilbudet.» (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Velferdsteknologi er ikke ment å være en erstatning for det menneskelige aspektet ved sykepleie, men velferdsteknologi skal være et supplement og kan bidra med effektivitet og trygghet. Sykepleiere kan få frigjort tid og ressurser ved å delegerer oppgaver til teknologien som å kontrollere at pasienter har tatt medisinene sine eller å kontrollere hvor pasienten befinner seg. Dette skal kan frigjøre tid slik at sykepleiere kan prioritere andre viktige oppgaver (Thygesen, 2015) som for eksempel å bruke tid til samtaler med pasientene.

Velferdsteknologi skal bidra til at pasientene blir i bedre stand til å ta ansvar for egen helse og eget liv og kan bidra med trygghet og sikkerhet. Dette kan bidra til at pasientene kan bo hjemme ved å forebygge eller redusere

Form for velferdsteknologi	Eksempler på teknologi
Teknologi for støtte og deltakelse (påminnefunksjon)	Digitale kalenderløsninger. Elektronisk medisinossett.
Automatiserte alarmer og varslinger	Tradisjonell trygghetsalarm. Avanserte alarmer og varslingssystemer (varsler om dører/vinduer åpnes på nattestid, om pasienten er ute av sengen lengere enn en på forhånd angitt tidsperiode, ved fall). RoomMate er en intelligent trygghets sensor som kan oppdage og slå alarm om pasienten faller, kan også brukes til fjerntilsyn, anonymisert datagrafikk (www.roommate.no).
GPS-lokalisering	GPS
Telemonitorering (digital hjemmoppfølging) av kronisk syke	Hjemmeboende pasienter måler selv egen helsetilstand via elektroniske måleinstrumenter: blodglukosemåler, spirometer, pulsoxymeter, blodtryksmåler, temperaturmåler, vekt, tar blodprøver og svarer på kliniske spørsmål. Verdiene fra målingene/svar kliniske spørsmål overføres via applikasjon på mobilenhet som nettbrett/smarttelefon til en datamaskin på sykehus eller kommunehelsetjeneste.
Nettbasert ressursnettverk:	Nettbaserte tjenestetilbud for ulike grupper. Kan være kommunalt drevet eller initiert av bruker- og interesseorganisasjoner. Kreftforeningen har nettsider med mye relevant informasjon og har Kreftlinjen som er en rådgivingstelefon.
Sosiale teknologier, overføring av lyd/ bilde - ulike løsninger for sosial kontakt og kommunikasjon	Stasjonær/bærbar datamaskin (webkamera og internettilgang), nettbrett, smarttelefon. Online kommunikasjon med andre (i samme situasjon) som befinner seg på et fysisk annet sted. Pasienter med dårlig immunforsvar, funksjonsnivå eller allmenntilstand får mulighet for kontakt med andre selv om de er isolert på grunn sykdom eller behandling. Komp er et enknapps-nettbrett (slå av og på, og volum) med en høykontrast-skjerm som skal gjøre det enklere for familie og nære venner å dele bilder og video med eldre.
Robotteknologi	Robotselen Paro, Evondos medisinossett.

behovet for helsetjenester. Men ved bruk av velferdsteknologi overføres mye av ansvaret og oppgavene fra helsepersonell til pasientene og/eller de pårørende (Thygesen, 2015). I en studie fremhevet pasienter at velferdsteknologi bør være et valgfritt supplement og ikke en erstatning for eksisterende tjenester (Johnston mfl., 2012). I en annen studie fremhevet pasienter og de pårørende betydningen av at velferdsteknologi må innlemmes i allerede eksisterende tjenester (Stern mfl., 2012).

Diskusjoner om bruk av velferdsteknologi blir ofte svart - hvitt. På den ene siden fremmes det strålende løfter og forhåpninger om alt det velferdsteknologien skal løse. Velferdsteknologi ses som løsningen på problemer med eldrebølgen og at det blir færre unge til å yte omsorg, pleie og behandling. Noen ser for seg ta pasienter nærmest skal bryte ut i spontan egenmestring når de tar i bruk velferdsteknologi. På den andre siden kommer det dystre spådommer om kald og ensom omsorg når pasienter og pårørende selv tar mer ansvar for behandling ved bruk av teknologi (Pols, 2015).

Ulike former for velferdsteknologi

Det finnes mange former for velferdsteknologiske løsninger og Thygesen (2015) har delt inn velferdsteknologien inn i syv overlappende kategorier (se tabell 1).

Digital hjemmeoppfølging

I en dansk studie var helsepersonell i palliative team skeptiske til bruk av digital hjemmeoppfølging (DHO) av blant annet blodtrykk og oksygenmetning hos hjemmeboende kreftpasienter i palliative fase. Helsepersonellet var bekymret for at DHO skulle føre til økt oppmerksomhet på pasientenes fysiske behov og hva det ville gjøre med samhandlingen mellom

pasienter og helsepersonell. Derimot var helsepersonellet mer positive til muligheten for å kartlegge pasientens symptomer (Neergaard mfl., 2014). Sykepleiere som har erfaring med DHO fremhever betydningen av kliniske kunnskap og kjennskap til den enkelte pasient for å kunne vurdere pasienters symptomrapportering via DHO (Collier mfl., 2016).

DHO kan bidra til at pasienter føler seg tryggere mellom besøkene fra hjemmesykepleien siden de vet at hjemmesykepleien følger med på avstand, og at de får hjelp om noe uventet skjer. Pasientene føler seg dermed ikke lengre alene med helsetilstanden sin og kan oppleve at de får økt tilgang til helsepersonell på kveld, natt og helger. For noen pasienter er oppfølgingen fra sykepleiere det mest verdifulle ved bruk av velferdsteknologi (Steindal mfl., 2020). Det som er vesentlig, er at det er systemer som sikrer at pasientene får oppfølgingen og hjelpen de trenger. Om tjenesten eller teknologien ikke fungerer, kan det føre til falsk trygghet eller usikkerhet noe som kan gi økt stress og angst hos pasientene (Hansen mfl., 2018).

Kronisk syke pasienter som blir sykere, kan oppleve endring i DHOs reelle verdi. Hos pasienter i stabil fase eller tidlig i sykdomsforløpet kan DHO oppleves som meningsfull: Pasientene kan følge med på verdiene fra målingene sine og få bekreftet at helsetilstanden er stabil noe som kan bidra til følelse av trygghet, oversikt og mindre stress. Når pasienter blir sykere kan noen pasienter oppleve at de ikke har den samme nytten med DHO. Hjemmesykepleien vil kunne ringe oftere for å høre hvordan det går når verdiene fra DHO blir dårligere. Den visuelle oversikten over verdiene fra de ulike målingene kan bli en påminnelse om at helsetilstanden stadig blir dårligere. Bruk av DHO

forutsetter dermed at sykepleiere kontinuerlig justerer oppfølgingen og bruken av teknologien i dialog med pasienten ut ifra pasientens behov (Hansen mfl., 2018).

Bruk av videoteknologi

Bruk av velferdsteknologi som videokommunikasjon/videokonferanse kan gi sykepleiere mer kunnskap om pasientenes non-verbal kommunikasjon, pasientens personlighet, relasjoner i hjemmet og hvordan hjemmet ser ut. Sykepleiere kan bli mer fokusert og oppmerksomme ved bruk av video sammenlignet med telefon (Collier mfl., 2016; Neergaard mfl., 2014). Bruk av video kan bidra til at sykepleiere blir raskere kjent med pasientene. I en studie sa en sykepleier: «Snakker de om huden sin; spør jeg om å få se hunden – så løfter de opp iPaden så jeg kan få se hunden.» (Collier mfl., 2016). Ved videooverføring kan sykepleiere avdekke visuelle hint som er motstridende til pasientens historier og kan avdekke hvordan pasientene faktisk har det (Collier mfl. 2014; van Gurp mfl. 2015). For noen pasienter kan det være lettere å dele følelser og tanker via video enn ved ansikt-til-ansikt møter, men det er viktig å være klar over at pasienter har ulike behov. Selv om mange pasienter setter pris på videosamtaler og -oppfølging, kan mange pasienter fortsatt ønske hjemmebesøk fra sykepleiere (Steindal mfl., 2020).

Bruk av video kan også gi sykepleiere informasjon om pasientens fysiske status som ikke er mulig via telefon. Video kan brukes som et supplement i kliniske vurderinger. Men bildet av pasienten kan være begrenset til for eksempel hode og øver del av brystet, og det kan være flere ting som det ikke er mulig å observere som endring av farge på hud og øyne, emosjonelle hint og fysiske tegn på helsetilstanden forfaller. Likevel kan det være mulig å observere en generell fysisk utvikling

eller forfall over tid som vekttap eller endring i mental status som angst eller delirium (Collier mfl. 2016; Stern mfl. 2012; van Gorp mfl. 2015).

Referanser

Collier, A., Morgan, D. D., Swetenham, K., To, T. H., Currow, D. C., & Tieman, J. J. (2016). Implementation of a pilot telehealth programme in community palliative care: A qualitative study

of clinicians' perspectives. *Palliative medicine*, 30(4), 409-417.

Hansen, L. A., Almqvist, F., Ørjasæter, N. O., & Kistorp, K. M. (2017). Velferdsteknologi i sentrum (VIS)-evaluering av velferdsteknologi fra et tjenestedesignperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(02), 144-152.

Johnston, B., Kidd, L., Wengstrom, Y., & Kearney, N. (2012). An evaluation of the use of Telehealth

within palliative care settings across Scotland. *Palliative medicine*, 26(2), 152-16.

Neergaard, M. A., Warfvinge, J. E., Jespersen, T. W., Olesen, E., Ejskjaer, N., & Jensen, A. B. (2014). The impact of "modern telecommunication" in palliative care—the views of the professionals. *Telemedicine and E-health*, 20(1), 24-31.

Helse og omsorgsdepartementet. (2011). NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>

Pols J. Telecare is not a nightmare. Patients happy with webcams and Health buddies. *Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 2015;4:11-5.

Steindal, S. A., Nes, A. A. G., Godskesen, T. E., Dihle, A., Lind, S., Winger, A., & Klarare, A. (2020). Patients' experiences of telehealth in palliative home care: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e16218.

Stern, A., Valaitis, R., Weir, R., & Jadad, A. R. (2012). Use of home telehealth in palliative cancer care: a case study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(5), 297-300.

Thygesen H. Hva er velferdsteknologi og hvorfor er den viktig? - en introduksjon til velferdsteknologibegrepet og den samfunnsmessige konteksten. *Omsorg - Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 2015;4:5-10.

van Gorp, J., van Selm, M., Vissers, K., van Leeuwen, E., & Hasselaar, J. (2015). How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS One*, 10(4), e0124387.

Oksygen på utenlandsreise



Kostnadsfri ordning for oksygenbrukere

«Jeg har reist mange ganger med hjelp fra dere. Føler meg alltid trygg på reisen. Tusen takk for all hjelp.»
- Hilsen Anna

MEDITEK

Tlf. 380 98 900
reise@meditek.no
www.meditek.no

Fra NSF FLU Landskonferansen 2021 i Bergen



Gerd Gran og Agathe K Govertsen ønsker velkommen til konferansen



Sykepleier Marthe Christine Valle åpnet med vakker sang



Foredrag ved Førsteamanuensis, intensiv sykepleier Heidi Breistrand Bringsvor



Presentasjon av årets sponsorer og utstillere under landskonferansen



Foredrag ved Professor, sykepleier Simen Alexander Steindal



Foredrag ved Lungesykepleier Rut E. Hovden Hanstveit



Lunsj må vi ha!



Foredrag ved Spesialfysioterapeut Torunn Åkra



Foredrag ved Ergoterapeut, spesialist i somatisk helse Laila Vatne



Deler av utstillingsområdet



Lungesykepleie før og nå» ved Førsteamanuensis, intensivsykepleier Heidi Ø. Markussen og Msc. Lungesykepleier Gerd Gran



Noen av våre flotte deltakere!



Foredrag ved Førsteamanuensis, fysioterapeut Bente Frisk



Foredrag ved Overlege, lungespesialist Sve A. Fondenæs



Foredrag ved Professor dr.med. Per Bakke



Foredrag ved Lungesykepleier Solveig M Flaten



Medlemmer av NSF FLU siden oppstart



Arbeidsgruppen; Heidi Øksnes Markussen, Irene Morild, Lise Østgaard Monsen, Agathe Krekvik Govertsen, Kristin Mestad og Gerd Gran



Underholdning ved Sjur Hjeltnes



Underholdning med studentmannskoret Svæveru' ved Norges handelshøyskole



Festmiddag!



Elise Austegard holdt takk for maten talen

Tilbakemelding kursstøtte NSF FLU Landskonferanse, Bergen, september 2021

Navn: Idun Bakke Liaskar

Stilling: Lungesjukepleiar

Arbeidssted:

Medisinsk poliklinikk og
sengepost, Volda sjukehus

Utdanningsår og -sted:

Grunnutdanning v/
Høgskulen i Ålesund i 2014,

vidareutdanning

i lungesjukepleie v/Høgskulen
på Vestlandet i 2020

**Først og fremst; Gratulerer med 30+1
år og jubileum!**

Eg ønska å delta på landskonferansen for fagleg påfyll og få møte igjen andre studentar frå vidareutdanninga og gamle kollegaer ved lungeavdelinga på Haukeland universitetssjukehus

Det var fleire delar av programmet som gjorde at eg ønska å delta på landskonferansen. Stortsett synes eg alle innlegga var interessante og hadde noko ein kunne ta med seg heim til sin arbeidsplass. Landskonferansen starta med innlegg om lindrande behandlinga og bruk av velferdsteknologi, og deretter helsefremjing for personar med kols, som begge var interessante innlegg som gav nye perspektiv ein kan ta med seg til vidareutvikling i eigen arbeidssituasjon. Innlegget om tung pust i palliasjon med fokus på ikkje-medikamentelle tiltak var inspirerende for korleis ein kan hjelpe sine pasientar som er plaga med tung pust, og også svært nyttig med informasjon om kvar ein kan finne skriftleg materiale.



Vidare var innlegga begge dagar om rehabilitering og seinreaksjonar etter gjennomgått covid-19-sjukdom både interessante og litt overraskande, då ein skulle tru at dei som hadde hatt mild sjukdom kanskje var minst plaga i etterkant.

Det var ein augeopnar og påminning om kor heldige vi er i vårt land og helsevesen, når ein høyrer om korleis personar og helsepersonell har det i andre delar av verda. Verkeleg noko å ta med seg og all respekt til alle som reiser ut for å hjelp andre utanfor våre landegrenser!

Ellers vil eg også trekke fram innlegget til Thomas Berge om retningslinje for cpap-behandling ved søvnapnè, som for meg var interessant og lærerikt. Det vil vere noko eg kan ta med meg

i mitt daglege arbeid med pasientar som har cpap-behandling.

Til slutt vil eg takke for støtte til landskonferansen som var godt gjennomført med godt fagleg innhald, hyggeleg sosialt lag og ein festmiddag med god underhaldning!

Navn: Linda Ekornhol

Stilling: Lungesykepleier

Arbeidssted: Medisinsk
Poliklinikk Ahus, Kongsvinger
Sykehus

Utdanningsår og -sted:

Jeg ble ferdigutdannet
Lungesykepleier ved Høgskolen
Vestlandet i 2017.

**Inspirerende landskonferanse Bergen
2021**

Jeg var så heldig å motta kursstøtte

som gjorde det mulig å få reise på Landskonferansen i Bergen 23.-24. september 2021. Det er alltid moro å kunne reise å få faglig påfyll, og møte kollegaer rundt omkring i landet. Men i år kjentes det ekstra godt og viktig å endelig kunne delta på et fysisk møte etter kun å ha hatt web kurs og web møter i lang tid. Bergen la en fin ramme rundt et flott arrangement, NSF 30 årsjubileum + 1.

På Kongsvinger har vi egen sykepleiepoliklinikk og vi møter daglig lungepasienter som utredes for lungesykdom samt lungesyke som kommer til kontroller for blant annet Astma og Kols.

Landskonferansen i år hadde mange interessante temaer, ikke alle relevante for min arbeidshverdag i det daglige, men allikevel spennende å høre om andres arbeid med lungesyke.

Etter en lang pandemi var det spesielt interessant å høre Ergoterapeut, spesialist i somatisk helse Laila Vatn snakke om Senreaksjoner og rehabilitering etter gjennomgått COVID-19 sykdom. Der var det mye erfaring de har gjort seg som en kan ta med seg videre i møte med pasienter som har gjennomgått sykdommen. Per Bakke tok oss med glimt i øyet gjennom fremtidsperspektiver innen lungefaget. Mye spennende kan nok vente inn i fremtiden, men det vil nok alltid være behov for oss Lungesykepleier.

I parallell sesjonene var det som vanlig en fryd høre Bernt Bøgvold Aarli snakke om digitale hjelpemidler astma og obstruktiv lungesykdom.

Gratulerer med et flott arrangement - en jublant verdig. Jeg har storkost meg og gleder meg allerede til neste år.

Navn: Bodil Worum, Irene Nakstad og Hilde Folden

Stilling: BW-Lungesykepleier, IN-sykepleier og fagutvikler og HF-avdelingssykepleier.

Arbeidssted: Sykehuset Levanger, Medisin A

lungemedisinsk sengepost.

Utdanningsår: BW-2005, IN-2003 og HF-2003

Utdanningssted: HINT-Høgskolen i Nord-Trøndelag avdeling Levanger.

Vi ønsket å delta på denne konferansen fordi vi vet at det er en fin arena til å bygge nettverk, innhente kunnskap om ny forskning. I tillegg så er det en fin arena til å møte leverandører av relevant medisinsk teknisk utstyr, og leverandører av ulike medikamenter som vi til daglig håndterer i jobbsammenheng. Dette fører til økt kunnskap og kompetanseheving som vi tar med oss tilbake til våre kollegaer.

Det var ett godt presentert program i forkant som vekket interessen for å delta på konferansen.

Foredraget med Marthe Christine Valle fikk oss til å tenke over hva vi kan påvirke gjennom vår profesjon og som menneske ved å aktivt ta stilling til viktige helsepolitiske avgjørelser. Slike avgjørelser handler faktisk om liv og død til medmennesker i andre land.

Foredraget om koronapasienter – lindrende behandling ble dessverre ikke slik som vi forventet da det var frafall av planlagt foredragsholder.

Interessant å høre om senreaksjoner etter gjennomgått covid-19 sykdom. Skremmende resultater som ble presentert av Laila Vatn. Foredraget Fremtidsperspektiver innen lungefaget med Per Bakke var en humoristisk, men reel fremstilling på hvordan fremtiden kan se ut.

Fint med korte sesjoner og gode pauser med tid til besøk til utstillere. Også bra at det var servering inne blant utstillerne, som bidro til økt besøk hos utstillerne.

Totalt veldig godt fornøyd med konferansen og det faglige innholdet. Fine fasiliteter, hotellrom og maten var veldig god, men synes synd på kokkene som var uheldige med festmiddagen. Gleder oss til neste konferanse.

NSF FLU har egen Facebookside, flott hvis flest mulig besøker denne siden. Det kan være hyggelig og du kan finne mye god informasjon her.





NSF FLU

Landskonferanse

Oslo 2022



VELKOMMEN TIL
NSF FLU LANDSKONFERANSE
3 - 4 NOVEMBER 2022

HOTEL BRISTOL

Vi ønsker alle hjertelig velkomne til Landskonferansen i 2022.
For mer informasjon se nettsiden.

www.lungesykpleiere.no

FlexO₂

«Fjernkontroll» til oksygenkonsentratoren



- FlexO2 er utviklet sammen med svenske lungesykepleiere
- Pasienten kan raskt selv endre fra hvile til aktivitets flow
- Økt frihet og selvstendighet med FlexO2
- Individuell tilpasning av flow
- FlexO2 har medisinske, sosiale og økonomiske fordeler



FlexO2
Aktivitetsflow



FlexO2
Hvileflow

FlexO2 møter europeiske standarder som CE og MDR godkjenning



Leif Blindheim
+ 47 23 03 63 70 leif@avalon-medical.no
+ 47 915 31 194 www.avalon-medical.no
Biskop Jens Nilssonsgate 5A, 0659 Oslo, Norge

Lokalgruppeleder Rogaland og webansvarlig NSF FLU

Jeg heter Liga Timermane og har vært lokalgruppeleder for NSF FLU i Rogaland siden 2010. Jeg har vært sykepleier siden 2004. Fra 2005 til 2015 jobbet jeg ved lungeavdeling og lungepoliklinikk som sykepleier og oksygensykepleier. Jeg synes lungepasienter er en spennende og utfordrende pasientgruppe å jobbe med.

Siden 2015 har jeg jobbet som fagkonsulent/sykepleier i kommunehelsetjenesten. Arbeidsdagen er fylt med forskjellige pasient-/brukergruppe med alder fra 0 til over 100 år. Sykdommer og utfordringer varierer fra dag. Jeg brenner fortsatt for «mine» lungebrukere/-pasienter i kommunen. Jeg underviser, informerer og deler mine erfaringer fra lungeavdelingen og kunnskap fra bøker og fagartikler med kollegaer og bruker/pasienter.

Det å være faggruppeleder gir meg mulighet til å formidle kunnskap og erfaring med kollegaer i kommunehelsetjenesten. Vi i NSF FLU Rogaland er opptatt av å bidra med vår kunnskap om lungepasienter til alle som ønsker å lære om det. Vi arrangerer fagkvelder, fagdager og faglunsjer. Vi har til og med hatt Webinar om oksygenbehandling i coronatiden. Jeg fortsetter å lære nye ting og leser meg opp om det nyeste innom lungefaget.

De siste to årene har jeg vært medlem i hovedstyret i NSF FLU, og jeg er webansvarlig og ansvarlig for sosiale medier. Dette har gitt meg enda mer erfaring og faglig påfyll for å jobbe videre med lungepasienter og bidra for økt kunnskapsnivå hos andre.



Lokalgruppeleder NSF FLU Viken

Mitt navn er Karin Helen Danielsen, jeg er 53 år og bor i Bødalen/Slemmestad med mann og har 3 barn på 24, 20 og 13 år.

Jeg har siden jeg var ferdig utdannet sykepleier på Lovisenberg i 1993 jobbet innenfor lungefaget.

Jeg startet på lungeavdelingen på Lovisenberg Diakonale sykehus i 1993 fram til 1995. Da begynte jeg på Bærum sykehus, og jobbet der fram til 2015 både på sengepost, lungeteam og lungepoliklinikk. Jeg jobbet også som fagsykepleier fra 1998 til 2010. I 2015 startet jeg som driftsansvarlig på lungepoliklinikken på Drammen Sykehus.

Jeg har tatt NARTC/Education of Health i Astma og KOLS i 1997 og 2005 og er klinisk spesialist i sykepleie.

I 1994 ble jeg medlem i NSF FLU.

I 2001 startet vi opp NSF FLU Akershus hvor jeg var leder i noen år, gikk over og startet opp NSF FLU Buskerud i 2016 og hatt hatt verv som leder der fram til i dag. Jeg har også sittet i hovedstyret for NSF FLU i 6 år.

Lungefaget er et spennende og engasjerende fagfelt og som stadig er i utvikling. Det å være lokalgruppeleder for den nye sammenslåtte NSF FLU Viken ser jeg på som en fin utfordring, Vi ønsker å få engasjerte medlemmer i fylkene våre, og å tilby fagkvelder som kan inspirerer medlemmene.



Lokalgruppeleder NSF FLU Nordland og nestleder NSF FLU

Jeg heter Tonje Spjelkavik, er 36 år og bor i Bodø sammen med min mann og våre to jenter på 11 og 13 år.

Jeg har jobbet i lungefaget i 11 år. Jeg jobbet først på sengeposten, og de siste 8 årene har jeg jobbet på lungepoliklinikken på Nordlandssykehuset i Bodø. I 2012 tok jeg videreutdanning i lungelidelser på Universitetet i Bodø.

Jeg har vært leder i faggruppen for lungesykepleiere i Nordland siden januar 2015. Det er et verv jeg trives veldig godt med å ha. Vi arrangerer fagmøter for andre sykepleiere med interesse for lungesykdommer, og har et fagmiljø som blir stadig større. Det forteller oss at det er stor interesse for faglig oppdatering og sosiale møtepunkt, og det gjøre det veldig givende å få lov til å være primus motor for å arrangere kurs og fagkvelder.

Siden 2017 har jeg vært nestleder i hovedstyret. Det liker jeg godt og tror det er en fordel for styret at jeg jobber i faget og har masse erfaring med lungepasienter. Jeg setter pris på nye utfordringer og det at jeg kan være med på å påvirke beslutninger som tas i styret.



Lokalgruppeleder NSF FLU Innlandet

Kjersti G. Seljevold 48 år, er utdannet sykepleier i 1999 og kreftsykepleier i 2017. Arbeider på Sykehuset Innlandet ved Medisinsk poliklinikk. Har en delt stilling, 80% som fagansvarligsykepleier på Lungepoliklinikken og 20% på Kreftenheten.

På Lungepoliklinikken har jeg ansvaret for bl.a. utredning i pakkeforløp, er forløpskoordinator i 30%. Resten av tiden blir brukt til fag og daglig drift. På Kreftenheten er jeg så heldig at jeg har en fast dag i uka, denne dagen er det kun behandling av lungekreft. Så her får jeg en unik mulighet til å følge lungepasienter fra utredningsstart til behandling.



NSF FLU lokalgruppeleder

Vestfold



Jeg heter Jeanette Nordal er lokalgruppeleder for NSF FLU Vestfold. Faggruppen har fagkvelder 1-2 ganger i året.

Jeg jobber som teamleder på lungeavdelingen på Sykehuset i Vestfold og har jobbet med lungepasienter siden 2001. Jeg har videreutdanning i lungesykepleie. Ved lungeavdelingen har jeg ansvar for undervisning i avdelingen, men underviser også i kommunen for kompetanseutveksling.

Lokalgruppeleder NSF FLU Hordaland og sekretær NSF FLU

Jeg heter Agathe Krekvik Govertsen, kommer fra Bergen, er gift og har to flotte jenter på 12 og 14 år. Jeg er for tiden leder for NSF FLU Hordaland (kommende NSF FLU Vestland) og sitter i hovedstyret til NSF FLU hvor jeg er sekretær.

Jeg har tatt videreutdanning i lungesykepleie og har i hovedsak jobbet med lungepasienter siden jeg var ferdig som sykepleier for snart 20 år siden.

Jeg jobber ved RAAO Helse Vest (Regionalt senter for Astma, Allergi og overfølsomhet) ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland Universitets sykehus. Her driver vi blant annet med utredning av pasienter med yrkesrelatert astma og hypersensitivitets pneumoni. Da jeg, for vel 2 år siden, begynte i ny jobb, ønsket jeg en jobb som ikke var lik den jeg hadde, men hvor jeg fortsatt kunne bruke og utvikle den lungefaglige kompetanse jeg har, og hvor det fortsatt vil være naturlig å ha lungesykepleie i fokus. Noe jeg er heldig å få jobbe med ved RAAO Helse Vest også.

Jeg startet som nesten helt nyutdannet sykepleier ved lungeavdelingen på Haukeland Universitetssykehus og jobbet der i over 15 år. Jeg har truffet utrolig mange dyktige og inspirerende sykepleiere igjennom disse årene, og mange av de har vært medlemmer i NSF FLU. Det ble derfor helt naturlig for meg å engasjere meg, og siden gå inn i styret i NSF FLU Hordaland. Jeg liker å lære nye ting og synes det å holde seg faglig oppdatert er viktig, noe jeg mener er enklere når en er engasjert i en faggruppe som vår.



Lokalgruppeleder NSF FLU Agder

Mitt navn er Anne Dovland. Jeg er 47 år gammel og bor i Iveland kommune som ligger 43 km nord for Kristiansand. Jeg er gift med Dagfinn og sammen har vi barna Ingrid på 18 år og Maria på 13 år.

Jeg ble ferdig utdannet sykepleier i 1999. Som nyutdannet startet jeg sommerjobb på lungeposten på Sørlandet Sykehus Kristiansand. Dette ble etterfulgt av vikariat før fast stilling på lungeseksjonen. Jeg har siden blitt på lungeseksjonen i Kristiansand. I 2007-2008 tok jeg Videreutdanning i lungesykepleie i Bergen. De siste 10 årene har jeg vært koordinator på lungepoliklinikk. Altså – det er lungefaget jeg har jobbet med hele min sykepleiekarriere – og som jeg da forhåpentligvis også kan.

På lungepoliklinikken har vi en fantastisk stab bestående av verdens beste sekretærer, verdens beste sykepleiere og verdens beste leger. Vi er sammen et godt team som hele tiden prøver å gi et best mulig tilbud til våre pasienter.

Vi driver resp/fys lab med pustepøver som spirometri, gassdiffusjon, bodybox, reversibilitetstest, metacholintest, CPET, allergitest osv.

Vi har et prosedyrerom hvor vi hovedsakelig gjennomfører, bronkoskopi, EBUS, thoraxdren og pleuratapping.

Oppfølging av all tuberkulosebehandling i Agder blir også koordinert fra lungepoliklinikken i Kristiansand, og vi jobber derfor også en del med tuberkulose og har en tuberkulosekoordinator.

Jeg overtok som leder i Faggruppen for lungesykepleiere i Agder for ca. 2 år siden. Da kom COVID Pandemien har gjort at mye har blitt satt på vent. Fagoppdatering, kurs og konferanse har vært på et minimum, og vi ser frem til at COVID forhåpentligvis snart er et tilbakelagt kapittel. Vi har lyst til å være sosiale, få faglig input og dra på kurs/konferanse.



Lokalgruppeleder NSF FLU Østfold

Hanne Fjäll Larssen heter jeg. Er 62 år og er lokalgruppeleder i NSF FLU i Østfold og det har jeg vært i mange år.

Jeg jobber på lungepoliklinikken i Sykehuset Østfold og det har jeg gjort i 21 år. Sykehuset Østfold har 2 lokalisasjoner hvor Kalnes er det største og har akuttfunksjon og Moss har planlagt dagkirurgi og forskjellige poliklinikker. Lungepoliklinikk er det både på Kalnes og i Moss og jeg jobber da mest i Moss. Det er i Moss vi har søvnenheten med utredning og behandling av de med søvnapnoe, jeg jobber da med det og KOLS og astma kontroll, lungerehabilitering og oppfølging av andre lungesykdommer. Før dette jobbet jeg mange år i turnus på en vanlig sengepost med hovedansvar for lungepasientene.

Vi er ganske få medlemmer i Østfold, men vi har heller ikke jobbet så veldig aktivt med å rekruttere flere så da får en vel skylde seg selv. Ikke har vi vært så aktive på andre fronter heller med å arrangere kveldsmøter og fagdager, det er lenge siden sist. Vi arrangerte Landskonferansen for lungesykepleiere i Fredrikstad i 2011. Men vi har deltatt og stått på stand når det har vært større arrangementer i regi av NSF Østfold bare for å markere at vi finnes.

Håper å kunne rekruttere flere sykepleiere fra lungeavdelingen etter hvert da de fleste av våre medlemmer jobber på poliklinikken.

Vi innlemmes nå i Viken og da er det forhåpentligvis muligheter for litt mere aktivitet. Ta gjerne kontakt hvis du jobber i Østfold og lurer på noe rundt faggruppen.



Leder NSF FLU

Jeg heter Gerd Gran er 63 år gammel og bor i Bergen. Jeg har videreutdanning i lungesykepleie ved Høgskolen i Bergen og master i Internasjonal helse ved Universitetet i Bergen. Jeg arbeider nå som ass. seksjonsleder i Seksjon for pasientsikkerhet, Forsknings- og utviklingsavdelingen, Haukeland universitets-sjukehus. Jeg har tidligere arbeidet i mange år ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Jeg har også arbeidet i hjemmesykepleien i Bergen kommune og som høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen. Jeg har vært en av de fagansvarlige for den kliniske videreutdanningen i Lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet siden den startet. Fra høsten 2021 har jeg blitt fagansvarlig for den kliniske master- og videreutdanningen i infeksjonssykepleie og smittevern.

Jeg har vært leder i faggruppen vår fra 2011 og setter stor pris på at jeg ble gjenvalgt på generalforsamlingen i september. Jeg synes at lungefaget er et spennende fagområde og ser at vi har mange interessante oppgaver som faggruppen arbeider med og bør fortsette å arbeide med, og også nye utfordringer som vi kan gripe fatt i. Jeg vil som leder gjøre mitt beste for å fremme faggruppen vår og oss lungesykepleiere både nasjonalt og internasjonalt.



Lokalgruppeansvarlig**NSF FLU**

Jeg heter Kristin Degnes og er 57 år. Jeg kommer opprinnelig fra Oslo, men bor nå i Elverum. Det har jeg gjort siden 2000. Jeg er gift og bor på småbruk, hvor vi driver med honningproduksjon. Jeg har barn og barnebarn, så flokken min øker stadig.

Lungefaget har vært i min "bane" helt siden sykepleierskolen, hvor jeg skrev fordypningsoppgave om barn med astma. Av utdanning har jeg tre deler fra NRTC, det er Diploma in Asthma Care, Compliance, og KOLS. Jeg er også klinisk spesialist i sykepleie med vekt på lungepasienter. Jeg har en bachelor i organisasjon og ledelse og en 1/2 års studie i Helseret.

Fra jeg var ferdig utdannet i 1989 har jeg jobbet med lungepasienter i sengepost, rehabiliteringsteam, akuttmottak og poliklinikk. Jeg har også jobbet som lungesykepleier i primærhelsetjenesten på et legesenter, og hos en lungespesialist.

Fra 1989 til 2000 jobbet jeg på Ahus, og en kveld i uka 4 år hos en privatpraktiserende lungelege. Fra 2000 har jeg jobbet ved Sykehuset Innlandet HF, divisjon Elverum-Hamar, og i tre år jobbet jeg en dag i uka på Elverum legesenter som astmasykepleier. Nå jobber jeg ikke lenger direkte med pasienter, men med ledelse i sykehuset.

NSF FLU har jeg vært medlem av siden 1991, fra 2001 til 2017 var jeg lokalgruppesleder i NSF FLU Hedmark. Fra 2017 har jeg sittet i Styret i NSF FLU. De fire første årene som sekretær, mens nå er jeg lokalgruppeansvarlig.

Kasserer**NSF FLU**

Mitt navn er Ida Mørkesdal, bosatt i Kristiansand, 31 år, har en mann og tvilling jenter på 3 år. Jeg var ferdig utdannet som sykepleier i 2013 og startet rett i arbeid på lungeavdelingen ved sykehuset i Kristiansand. Her arbeidet jeg med alt innenfor lungefaget, men har alltid hatt en ekstra interesse for behandling av respirasjonssvikt, både type 1 og 2, kronisk og akutt. Over en periode på nesten 9 måneder hospiterte jeg ved lungemedisinsk dagsenter, her arbeidet jeg hovedsakelig med OSAS pasienter. Både søvnregistrering, oppstart og oppfølging av pasienter med CPAP.

Lungemedisin er noe jeg brenner for, for at de skal få den behandlingen de bør ha, men samtidig også klarer å håndtere. Som for eksempel det lette, men vanskelige valget om rett device til inhalasjoner. Pasienten med respirasjonssvikt som banker på dødens dør, men med god respirasjonsstøtte kan snu i tide. Men også i livets slutfase, eller alvorlig KOLS, hvor lindring er utrolig viktig.

Ble valgt inn i landsstyret i 2017 og har sittet som kasserer siden, en utrolig spennende og lærerik opplevelse. Møter stadig nye mennesker, og vi har noen fantastiske ildsjeler i vårt miljø. Og de kan det bare bli fler av. Håper på å kunne fortsette med arbeidet i enda noen år.

Redaktør fagbladet**og nyhetsbrev ansvarlig**

Jeg heter Simen A. Steindal og har sittet i styret i NSF FLU siden 2017. Fra 2017-2019 var jeg webansvarlig, mens jeg har vært redaktør for Fagblad for lungesykepleiere og ansvarlig for nyhetsbrev de to siste årene.

Til daglig er jeg prodekan for forskning ved Fakultetet for helsefag ved VID vitenskapelige høgskole og har en bistilling som professor 2 ved Lovisenberg diakonale høgskole. Fra 1. januar 2022 er jeg tilbake som professor i full stilling ved Lovisenberg diakonale høgskole og skal ha en professor 2 stilling ved VID.

I juli 2021 hadde jeg min siste vakt som sykepleier ved sengepost for lindrende behandling ved avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus hvor jeg har jobbet i ca. 10 år. Før det jobbet jeg ca. 8 år ved lungemedisinsk avdeling ved Aker sykehus og Oslo universitetssykehus.

Jeg er opptatt av palliativ omsorg til personer med kroniske lungesykdommer, bruk av velferdsteknologi i lindrende oppfølging av hjemmeboende personer med kreftsykdom og symptomer og symptomlindring.

Ellers er jeg 42 år, gift og har 2 hunder Ava 11 år og Mia 9 år.

Boehringer Ingelheim har utarbeidet oppslagsbøker og nyttige verktøy om Idiopatisk lungefibrose, IPF:

IPF - VEILEDER FOR BEHANDLINGSTEAMET OG PASIENTER

Veilederen er laget sammen med ekspertene innen feltet og gir en oversikt over Idiopatisk lungefibrose (IPF), diagnostisering, helhetlig oppfølging og hvordan leve med sykdommen. I tillegg omfatter boken oppfølging av behandling med OFEV og hvordan håndtere bivirkninger. For pasienter som er diagnostiserte med IPF har vi utarbeidet en oppslagsbok for å leve best med sykdommen.

WEBMØTE Som helsepersonell tilbyr vi deg veiledning og opplæring via webmøte. Meld din interesse, så kontakter vi deg og lager en avtale etter ønske.



1. Oppslagsbok IPF

- Veileder for behandlingsteamet



2. IPF pasienthåndbok

- Veileder for pasienter



3. Imaging Atlas of Interstitial Lung Diseases

Radiologi er viktig for å diagnostisere interstitielle lungesykdommer (ILD) og Boehringer Ingelheim har i samarbeid med radiologer og lungeleger laget et Imaging Atlas of Interstitial Lung Diseases.

Gå inn på ofev.no
for å bestille eller avtale møte



KAPSLER, myke 100 mg og 150 mg: Hver kapsel inneholder: Nintedanib (som esilat) 100 mg, resp. 150 mg, soyaecitin, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult, rødt og sort jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** *Voksne:* Idiopatisk lungefibrose (IPF). Andre kroniske fibroserende interstitielle lungesykdommer (ILD) med en progressiv fenotype. Systemisk sklerose-assosiert interstitiell lungesykdom (SSc-ILD). **Dosering:** Behandling skal initieres av lege med erfaring innen håndtering av sykdommer som preparatet er godkjent for. *Voksne:* Anbefalt dose 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Anbefalt daglig dose må ikke overskrides. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. Behandling kan gjenopptas med full eller redusert dose på 100 mg 2 ganger daglig. Dersom redusert dose ikke tolereres, bør behandlingen seponeres. Ved avbrudd pga. økt ASAT/ALAT >3 x øvre normalnivå, kan behandlingen gjenopptas med redusert dose (100 mg 2 ganger daglig) når transaminaseverdiene har returnert til utgangsnivået. Denne dosen kan etter hvert økes til full dose. *Spesielle pasientgrupper:* **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose ved lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A) er 100 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Behandlingsavbrudd eller seponering bør vurderes for håndtering av bivirkninger. Anbefales ikke ved moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B og C). **Nedsatt nyrefunksjon:** Justering av startdosen er unødvendig ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ingen data ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt). *Barn og ungdom:* Ingen data. *Eldre:* Ingen justering av innledende dose kreves. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Skal tas med mat, dvs. under eller straks før eller etter et måltid. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Overfølsomhet for innholdstoffene, peanøtter eller soya. **Forsiktighetsregler:** **Gastrointestinale sykdommer:** Alvorlige tilfeller av diaré med dehydrering og elektrolyttforstyrrelser er rapportert. Første tegn på diaré bør behandles med hydrering og antidiarøika, som loperamid. Støttebehandling med antiemetika bør gis ved kvalme og oppkast. Behandlingsavbrudd eller dosereduksjon kan være nødvendig. Behandlingen kan gjenopptas med redusert eller full dose. Ved vedvarende, alvorlige symptomer bør behandlingen seponeres. **Lever:** Legemiddelindusert leverskade, inkl. alvorlig med fatal utfall, er sett. De fleste leverrelaterte hendelser forekommer i løpet av behandlingens 3 første måneder. Transaminase- og bilirubinnivåer skal derfor måles før behandlingsoppstart og i løpet av første behandlingsmåned, deretter overvåkes regelmessig de påfølgende 2 månedene og deretter som klinisk indisert. Behandlingsavbrudd, dosereduksjon eller seponering kan være nødvendig ved økte leverenzymnivåer. Behandlingen skal seponeres permanent ved kliniske tegn eller symptomer på leverskade. Nøye overvåkning anbefales hos pasienter <65 kg, asiatiske pasienter, kvinner og ved økende alder. **Nyrefunksjon:** Nedsatt nyrefunksjon/nyresvikt, inkl. fatal utfall, er sett. Pasienten bør overvåkes, særlig ved risikofaktorer for nedsatt nyrefunksjon/nyresvikt. Dosejustering bør vurderes ved nedsatt nyrefunksjon/nyresvikt. **Blødning:** VEGFR-hemming kan være assosiert med økt blødningsrisiko. Pasienter med kjent risiko for blødning, inkl. pasienter som er arvelig predisponert for blødning eller som får full dose antikoagulantia bør kun behandles med nintedanib hvis forventet fordel oppveier potensiell risiko. Tilfeller av blødning, inkl. fatale, er rapportert. **Tromboemboliske hendelser:** Basert på virkningsmekanismen, økt risiko for tromboemboliske bivirkninger. Forsiktighet må utvises ved forhøyet kardiovaskulær risiko, inkl. kjent koronarsykdom. Behandlingsavbrudd bør vurderes ved tegn eller symptomer på akutt myokardiskemi. **Aneurismer og arteriedisseksjoner:** VEGF-hemmere kan fremme dannelsen av aneurismer og/eller arteriedisseksjoner hos pasienter med eller uten hypertensjon. Før oppstart må denne risikoen vurderes nøye hos pasienter med risikofaktorer som hypertensjon eller aneurisme i anamnesen. **Gastrointestinal perforasjon og iskemisk kolitt:** Kan gi økt risiko for gastrointestinal perforasjon. Behandling bør seponeres permanent ved utvikling av gastrointestinal perforasjon eller iskemisk kolitt. Tilfeller, inkl. fatale, er rapportert. Særlig forsiktighet ved tidligere abdominalkirurgi, tidligere magesår, divertikulær sykdom, eller ved samtidig bruk av kortikosteroider og NSAID. Ved fullstendig tilbakegang av iskemisk kolitt kan behandling unntaksvis gjenopptas etter nøye vurdering. **Hypertensjon:** Kan øke blodtrykket. Blodtrykk skal måles jevnlig og som klinisk indisert. **Pulmonal hypertensjon:** Bør ikke brukes ved alvorlig pulmonal hypertensjon. Nøye overvåkning anbefales ved mild til moderat pulmonal hypertensjon. **Sårtilheling:** Kan svekke sårtilheling. Ved perioperativt avbrudd kan behandling gjenopptas etter klinisk vurdering av adekvat sårtilheling. **Pirfenidon:** Ved samtidig administrering kan bivirkninger som ved hvert av legemidlene forventes. Soya: Inneholder soya. Peanøttallergikere kan ha økt risiko for alvorlige allergiske reaksjoner på soyapreparater. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se L01X E31. Nintedanib er et P-gp-substrat. Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke nintedanibeksponeringen. Pasienten bør overvåkes nøye, og behandling av bivirkninger kan kreve avbrudd, dosereduksjon eller seponering av nintedanib. Potente P-gp-induktorer kan redusere nintedanibeksponeringen. Valg av alternativt legemiddel med ingen eller minimale P-gp-induserende egenskaper, bør overveies. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kan gi fosterskade. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet. Data fra gravide mangler. Graviditetstest skal utføres før behandling og etter behov under behandling. Skal ikke brukes under graviditet. Sikker prevensjon bør brukes ved oppstart, under behandling og i minst 3 måneder etter siste dose. Kvinner som tar p-piller og opplever oppkast og/eller diaré eller andre tilstander som påvirker absorpsjonen, bør rådes til å bruke svært effektivt alternativt prevensjonsmiddel. **Amming:** Små mengder utskilles i melk hos rotter. Risiko for diende spedbarn kan ikke utelukkes, og amming skal frarådes. **Fertilitet:** Ingen tegn på nedsatt mannlig fertilitet basert på prekliniske data. Ingen data for effekt på kvinnelig fertilitet. **Bivirkninger:** *Frekvensintervaller angis som følger:* Svært vanlige (≥1/10), vanlige (≥1/100 til <1/10), mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100), sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000), svært sjeldne (<1/10 000), ukjent frekvens (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data).

Organklasse	Bivirkning
<i>Blod/lymfe</i>	
Mindre vanlige	Trombocytopeni
<i>Gastrointestinale</i>	
Svært vanlige	Abdominalsmerte, diaré, kvalme
Vanlig	Oppkast
Mindre vanlige	Kolitt, pankreatitt
<i>Hjerte</i>	
Mindre vanlig	Hjerteinfarkt
<i>Hud</i>	
Vanlig	Utslett
Mindre vanlige	Alopeci, kløe
<i>Kar</i>	
Vanlig	Blødning
Mindre vanlige	Hypertensjon
Ukjent frekvens	Aneurisme, arteriedisseksjon
<i>Lever/galle</i>	
Vanlig	Økt ALAT, ASAT og γ-GT
Mindre vanlige	Hyperbilirubinemi, legemiddelindusert leverskade, økt ALP
<i>Nevrologiske</i>	
Vanlige	Hodepine
<i>Nyre/urinveier</i>	
Ukjent frekvens	Nyresvikt
<i>Stoffskifte/ernæring</i>	
Vanlige	Redusert appetitt, redusert vekt
Mindre vanlige	Dehydrering
<i>Undersøkelser</i>	
Svært vanlige	Økte leverenzymmer

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Økte leverenzymmer og gastrointestinale symptomer. *Behandling:* Behandling bør avbrytes, og støttebehandling igangsettes ved behov. **Ofev, KAPSLER, myke:** *Styrke:* 100mg, *Pakning varenr.:* 60stk (bilister) 197927. *Pris (kr):* 15903,90,-. *Styrke:* 150mg, *Pakning varenr.:* 60stk (bilister) 484271. *Pris (kr):* 28435,60,-.

H-resept: L01X E31_1 Nintedanib

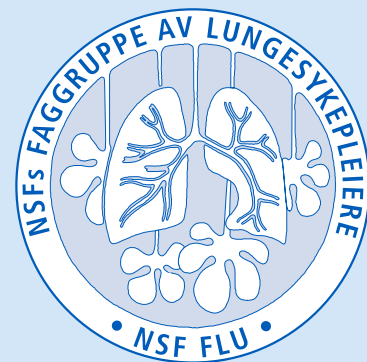
Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Per 01.02.2021 er det kun IPF som er på H-resept. Beslutning fra Beslutningsforum avventes i forbindelse metodevarselet Nintedanib (Ofev) til behandling av progressiv kronisk fibroserende interstitiell lungesykdom. **Vilkår:** 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Sist endret: 02.02.2021.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 07.01.2021.



NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE



VERVEKAMPANJE 2022

Har du en kollega eller en sykepleier du kjenner som er interessert i lungefaget? Da vil vi oppfordre deg til å verve han/hun til vår faggruppe. Dette gjelder om de jobber i sykehus, kommunehelsetjenesten eller privat helsetjeneste og om de jobber med de alvorligste syke eller med de som lurer på om de er syke. Vi, lungesykepleiere, er med pasientene våre fra de starter utredning av eventuell sykdom, til de sykeste dør. Det er et stort spenn i faget hvor lungesykepleiere er viktige for pasientene.

Faggruppen arbeider for bedre kvalitet på sykepleie til lungepasienter og stimulere til utvikling, utdanning og forskning og fremme samarbeid på tvers.

VI TILBYR:

- Fagblad for lungesykepleiere to ganger i året
- Årlige Landskonferanser for sykepleiere med interesse for lungefaget
- Egen nettside
- Lokale faggrupper i fylkene
- Stipender og støtte til kurs, konferanser og kongresser

Den som verver flest medlemmer får dekket deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen i 2022.

For å bli medlem i NSF FLU må man være medlem av NSF.

Send epost til nsfflu@gmail.com, og fortell hvor mange og hvem du har vervet.

Vervekampanjen varer fra 01.01.22-01-05.22 Vervekampanjen fortsetter etter dette, men da blir premien deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen i 2023.

Se vår webside <https://www.nsf.no/fg/lungesykepleiere>, og følg oss også på Facebook eller på hjemmesiden vår <https://www.lungesykepleiere.no>.

SEND INNMELDINGEN TIL:
medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
eller ring tlf. 02409
(be om medlemstjenester)



Les mer på
www.pfizer.no

ALDER ALENE ØKER RISIKO FOR INVASIV PNEUMOKOKKSYKDOM men for mange pasienter blir risikoen høyere grunnet kroniske tilstander¹

6,2 ×
økt risiko ved lungesykdom¹



4,1 ×
økt risiko ved astma¹



4,2 ×
økt risiko ved røyking¹



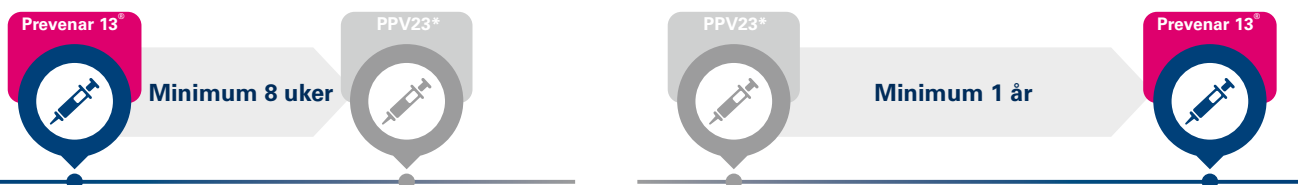
FHI anbefaler at:²

Personer med høy risiko for invasiv pneumokokksykdom kan, etter en samlet vurdering av risikotilstanden, få kombinasjon av pneumokokkvaksinene. En individuell vurdering av behov for vaksinasjon skal gjøres.

Bruk av Prevenar 13 og Pneumovax[®] i kombinasjon kan være aktuelt for å gi optimal serotypedekning og en mulig immunologisk tilleggseffekt til personer med høy risiko for systemisk pneumokokksykdom.²

Data fra en observasjonsstudie fra 3 store amerikanske databaser fra 2007-2010. Tallene er for alder ≥ 65 år

Rekkefølgen på pneumokokkvaksinasjon er da viktig for optimal immunrespons



Sikkerhetsinformasjon:

Indikasjon: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥18 år og hos eldre. Bruk av preparatet bør baseres på offisielle anbefalinger. **Kontraindikasjon:** Vaksinasjon skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjoner som forkjølelser skal imidlertid ikke gjøre det nødvendig å utsette vaksinasjonen. Kontraindisert ved overfølsomhet for virkestoffene eller ditteritoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnet medisinsk behandling og overvåkning skal alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner oppstår etter injeksjon. Prevenar 13 gir ikke 100 % beskyttelse mot serotyper i vaksinen og beskytter heller ikke mot andre serotyper. Personer med svekket immunrespons kan ha redusert antistoffrespons på aktiv immunisering. **Interaksjoner:** Prevenar 13 kan gis samtidig med sesongens kvadrivalente, inaktiverede influensavaksine (QIV). **Bivirkninger:** De vanligste bivirkninger hos voksne ≥ 18 år er diaré, oppkast, utslett, atralgi, myalgi, hodepine, nedsatt appetitt, feber, frysninger, fatigue, erytem-, indurasjon/opphevning-, smerte/ømhøhet på injeksjonsstedet, nedsatt bevegelighet av armen.

Pris: 698,20 kr. **Administrasjonsform:** Ferdigfylt sprøyte u/kanyle.

Referanser: 1. Shea KM, Edelsberg J, Weycker D et al, Rates of Pneumococcal Disease in Adults With Chronic Medical Conditions, Open Forum Infect Dis. 2014;1-9. doi:10.1093/ofid/ofu024. 2. <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/pneumokokkvaksinasjon---veileder-fo/oppdateret.12.04.2021>, lest 09.09.2021, 3. SPC Prevenar 13, 25.11.2020

Bokanmeldelse av Lungesykepleie, Trine Oksholm og Christine Råheim Borge (red.)

Kapitlene starter med gode case om hvordan et sykdomsforløp kan oppleves for pasient, pårørende eller sykepleier i møte med pasienten. Første del har også en innledning om sykdommen generelt, hvilke type sykdom det er, hvordan man kan få den, hvordan den utarter og ca hvor mange det er som får/har sykdommen. Det gir også kort informasjon om utredning og behandling, standard behandling og opplevelse av sykdommen. Så er det et avsnitt om hvordan sykdommen kartlegges og et om tiltak ved den aktuelle sykdommen. Ved å sette kapitlene opp så systematisk er det lett å følge flyten i de forskjellige kapitlene og det er lett å finne den delen om sykdommen man ønsker å lese om.

Fra kapittel 10 endres oppsettet noe. De siste kapitlene tar for seg hvordan hjelpe pasienten og de pårørende til best å leve med sykdommen: Det å se de pårørende som en resurs og en kompetanse på pasienten og at sykepleiere også må ivareta de pårørende i forløpet. Hvordan ulike mestringsmetoder kan hjelpe pasienten med lungesykdom, stigmatisering og kommunikasjon

og veiledningsteknikker. Ernæring og hvordan ivareta et godt kosthold, tilrettelegging og mulig gjøre fysisk aktivitet og personlig omsorg. Disse kapitlene er mindre lett lest, de har ikke det lettfattelige oppsettet som tidligere kapitler. Innholdet er likevel godt og det er mange gode poeng, de er bare ikke så oversiktlige og lette å lese.

Det siste kapitlet tar for seg palliasjon ved livets siste dager. Det er et oversiktlig og kronologisk ved at det tar ting i den naturlige «rekkefølgen». Kartlegging, av behovet for å starte opp med palliasjon ved bruk av liste med kriterier, kliniske tegn og eksempler på gode enkle tiltak. Her blir hele mennesket tatt med, de fysiske og psykiske plagene en døende pasient kan oppleve og sykepleien i møte med disse plagene. Til slutt blir også tiden etter døden tatt opp, og den korte listen over hvordan ulike religioner/kulturer kan ha ønsker rundt dødsritualet, kan være grei å ha med seg.

Agathe Krekvik Govertsen

Bokanmeldelse av Lungesykepleie, Trine Oksholm og Christine Råheim Borge (red.)

Boken, Lungesykepleie er en etterlengtet og velkommen bok for alle med interesse for lungesykepleie. Vi var derfor både glade og faglig stolte da boken ble lansert av forfatterne på NSF FLU Landskonferansen i september i år. Boken tar grundig for seg kartlegging, oppfølging, behandling og sykepleietiltak av personer med lungesykdommer.

Trine Oksholm og Christine Råheim Borge skriver i forordet til boken at de som arbeider med lungesyke flere år har hatt behov for en bok om lungesykepleie. Målgruppen er derfor både de som arbeider med personer med lungesykdom, sykepleiestudenter og sykepleiere som holder på med videreutdanning eller mastergrad.

Vi er glad og takknemlig for det store og grundige arbeidet som forfatterne, alle med solid klinisk erfaring og forskningskompetanse, har lagt ned i dette arbeidet. Boken er pedagogisk oppbygget med oppdaterte referanser til relevant forskning. Oppbygningen virker logisk med 14 kapitler. Først omtales hvordan livet til en person blir påvirket av lungesykdom og behov for lungesykepleie. Deretter kommer teorier til støtte ved oppfølging av personer med lungesykdom, etterfulgt av diagnostisering og kliniske undersøkelser ved lungesykdommer. Videre kommer kartlegging av symptomer, kliniske tegn, og samhandling med og rundt pasienten. I kapitlene 5 - 9 omtales sykdommene, astma, kols, lungekreft, infeksjonssykdommer, cystisk

fibrose og bronkiektasier, sarkoidose, lungefibrose og lungetransplantasjon. Pårørende til personer med lungesykdom er tema i kapittel 10. Deretter beskrives helseveiledning og mestring ved lungesykdom, ernæring og oppfølging av aktivitet hos personer med lungesykdommer. I det siste kapitlet er tema palliasjon ved livets siste dager.

Boken kan anbefales spesielt til sykepleiere som har ansvar og omsorg for personer med lungesykdommer. Studenter som tar videreutdanning eller mastergrad i lungesykepleie, og infeksjonssykepleie og smittevern vil ha stor nytte av boken som allerede er på pensumlisten ved disse to utdanningene. Flere av kapitlene i boken vil også være relevant og nyttig for andre helseprofesjoner. Noen emner kunne gjerne vært beskrevet og utdypet ytterligere, som for eksempel sykepleie ved akutt respirasjonssvikt, underventilering og respirasjonssvikt som følge av sykdom eller skade i andre organer, samt sykepleie og oppfølging ved langtids mekanisk ventilasjon.

Oksholm og Borge har systematisert tilgjengelig kunnskap som er solid forankret i forskningslitteratur og klinisk erfaring. Tusen takk til alle forfatterne, for den viktige jobben dere har gjort. Vi tror boken vil føre til bedret kvalitet på sykepleie og helsetjenesten for øvrig til personer med lungesykdommer.

Heidi Markussen og Gerd Gran

Bokanmeldelse av Lungesykepleie, Trine Oksholm og Christine Råheim Borge (red.)

Jeg har denne høsten lest den nye boken om lungesykepleie, skrevet av Trine Oksholm og Christine Råheim Borge (red) med flere. Fagredaktørene og forfatterne har mye erfaring med denne pasientgruppen og det bidrar nok til å gjøre boken så aktuell og lettfattelig.

Det har vært et stort behov for denne typen faglitteratur for oss som jobber tett på lungesyke pasienter. Vi har brukt boken om Lungesykdommer av Petter Giæver flittig som oppslagsverk, men at det nå er kommet en egen bok om lungesykepleie er svært gledelig og nyttig. For meg som jobber på lunge poliklinikk er det spesielt kapittel to, Diagnostisering og kliniske undersøkelser ved lungesykdommer og kapittel 5, Astma og kols som er særskilt relevant. I kapittel to tar Christine Borge oss gjennom alle de vanligste undersøkelser og utredning som gjøres, for eksempel ulik lungefunksjonstesting,

arteriell blodgass og 6 minutters gangtest, samt hvordan man gjør en god vurdering av disse. Det er også et avsnitt om bronkoskopi og kartlegging av lungefunksjon hos barn.

Boken er skrevet med et lettfattelig språk, og jeg har lett for å relatere meg til de eksemplene som gis i boken. Det er også lett å navigere i boken ved hjelp av stikkordregisteret. Den er allerede mye brukt som oppslagsverk for å oppdatere oss på ulike prosedyrer, men også for generell undervisning om aktuelle tema, som for eksempel astma og kols. Vi har hatt sykepleierstudenter i praksis som har funnet den veldig verdifull for å spe på deres fagkunnskaper om lungesykdommer.

Tonje Spjelkavik

Rettelser i boken: Lungesykepleie.

Trine Oksholm og Christine Råheim Borge 1. Utgave. 2021. Fagbokforlaget

Det har dessverre oppstått feil i noen av benevnelser i boken.

DET RIKTIGE ER:

I TEKSTBOKS SIDE 94: «Kjennetegn ved alvorlig astmaanfall»

Erstatt siste kulepunkt med:

$\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg (8kPa)}$ og $\text{PaCo}_2 > 45 \text{ mmHg, (6kPa)}$.

I TEKSTBOKS SIDE 109: «Respirasjonssvikt»

Erstatt første setning med:

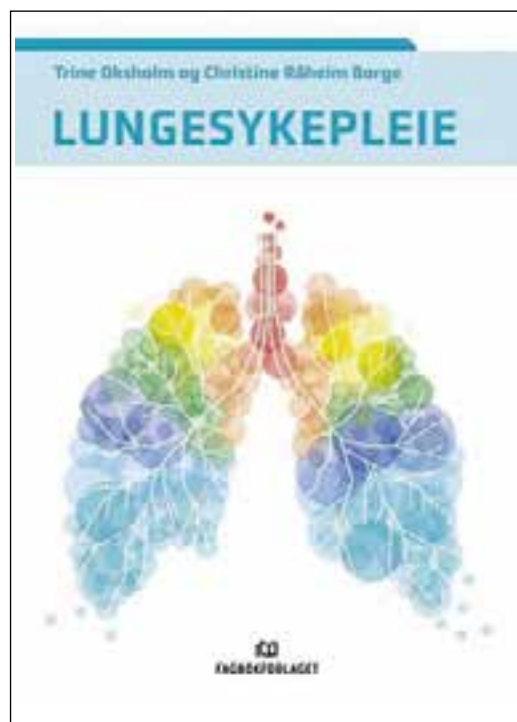
Omtales som type I ($\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$ normal eller lav) eller type II (hyperkapnisk, $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$, $\text{PaCO}_2 > 6 \text{ kPa}$).

I TEKSTBOKS SIDE 181: «Kriterier for LTOT»

Erstatt med:

$\text{PaO}_2 < 7,3 \text{ kPa (SaO}_2 < 88\%)$ med eller uten hyperkapni eller

$\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$ ved samtidig tegn på pulmonal hypertensjon, høyresidig hjertesvikt eller polycytemi (hematokrit $> 55\%$) (Giæver 2020)



Virus- og bakteriefilter til spirometri

Effektiv mot bakterier og virus, inkludert Covid-19

Pulmosafe, er et tysk kvalitetsfilter til bruk ved spirometri. Det er testet¹ for bakterier og virus inkludert Covid-19, og viser en effektivitet på 99,9 %.

Effektivt også når pasienten inhalerer raskt.

Vi har 5 ulike alternativer, alle er inkludert en neseklype pr. filter, og leveres forseglet med neseklype i hver pakning. Vi leverer en egen sykehuspakning. Pris er avhengig av antall bestillinger pr. år.

Be om tilbud på ordre@birk-npc.com.



Pulmosafe til diff med neseklype

1 eske inneholder 100 stk.
Varenummer 2024



Pulmosafe med gul neseklype

1 eske inneholder 100 stk.
Varenummer 2021



Pulmosafe med softclip

1 eske inneholder 100 stk.
Varenummer 2022



Pulmosafe med bitekant og gul neseklype

1 eske inneholder 100 stk.
Varenummer 4021



Pulmosafe med bitekant og softclip

1 eske inneholder 100 stk.
Varenummer 4022

Kontakt oss på post@birk-npc.com hvis du ønsker å få dokumentasjon tilsendt.

1. Public Health England Palas GmbH, Karlsruhe



**MINI
WRIGHT**™



**DISPOZ
ABLE**™



**ABLE
SPACER**™

Nydalsveien 28, Oslo
telefon 21 52 00 57
post@birk-npc.com

**BIRK
NPC AS**
www.birk-npc.com

Beslutningsprosesser i palliasjon

Kåre (93 år) har fått diagnosen lungekreft. Han merker lite til sykdommen og opplever at hans fysiske form stort sett er uendret fra tidligere. Kåre har fast langtidsplass på sykehjem, da han ikke lenger klarer seg hjemme. Han har amputert begge bein på grunn av arterielle sår på begge føtter som ikke ville gro, og har også hjertesvikt med en del plager. Kåre er klar og orientert, har ingen kjent kognitiv svikt, og var ved innkomst på sykehjemmet for seks måneder siden tydelig på at han har hatt et langt og godt liv, og når hans tid kommer er han klar for å dø. Han er pensjonert sjømann, enslig og har ingen barn. De fleste vennene hans er allerede døde. Han ønsker ikke å legges inn på sykehus, eller å motta noen form for behandling som ikke kan gis på sykehjemmet. Får han en infeksjon som kan behandles med antibiotika vil han forsøke det, men kun på sykehjemmet. Kåre ønsker selv å velge hvilken informasjon han skal motta.



Karoline Skedsmo, fagutviklingssykepleier ved ØNH-sengepost Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus og høgskolelektor ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, kasked@ous-hf.no / Karoline.Skedsmo@ldh.no



Foto: Shutterstock

Pasientinvolvering i beslutningsprosesser er et helsefaglig og helsepolitisk aktuelt tema. Bruk av uttrykk som «ingen beslutning om meg uten meg» i helsepolitiske dokumenter legger føringer for hvordan beslutninger skal tas (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

En beslutningsprosess begynner med å definere valget som skal tas og mulige løsninger. Deretter må involverte parter tilegne seg og dele informasjon, kommunisere, diskutere ulike løsninger, erkjenne begrensninger og ta et valg (Chang og Sambamoorthi, 2009). Tradisjonelt sett har en paternalistisk form for beslutningsprosesser vært rådende i helsevesenet, hvor lege eller annet helsepersonell har blitt sett på som de som vet best og som skal ta beslutningen på vegne av pasienten (Gafni og Charles, 2017). De senere årene har shared decision making, eller samvalg, som har blitt den norske oversettelsen fått økt fokus (NOU 2017:16). Samvalg betyr at helsepersonell og pasient samarbeider om å ta en beslutning, og helsepersonell

skal hjelpe og støtte pasienten slik at pasienten har den informasjonen som er nødvendig for å ta en informert beslutning (NOU 2017:16). Det er helt sentralt at også annen informasjon enn den rent medisinske må på bordet når beslutningen skal tas, det som er viktig for pasienten personlig må også belyses (Gafni og Charles, 2017). Eksempler på dette kan være, som i Kåres tilfelle, at han ikke ønsker behandling som ikke kan gis på sykehjemmet. I et annet tilfelle kan det for en småbarnsmor være viktigere å ha mest mulig tid hjemme med barna den tiden av livet hun har igjen, enn å reise langt hver dag for å motta cellegift som kan forlenge livet med noen måneder.



Foto: Shutterstock

Å formidle den informasjonen som er nødvendig for å ta et informert valg kan oppleves som utfordrende for helsepersonell. Hvis pasienter skal være involvert i beslutninger må de ha tilstrekkelig informasjon om behandling og om sykdomsutvikling og prognose til at beslutningen fattes på riktig grunnlag. Det er et mål at dette balanseres med å bevare håp, og det kan skape utfordringer knyttet til den informasjonen som skal gis (Emanuel og Johnson, 2015). Legers ubehag og usikkerhet knyttet til å snakke om prognose, kombinert med at pasienter unngår å spørre kan føre til at dette ikke blir diskutert i det hele tatt (Emanuel og Johnson, 2015).

«These questions pained me, and not just because they touched on the ineffable sadness of deadly disease or the efforts the dying often make to stay connected to the living. They pained me as well because it was so difficult, yet at the same time so essential, to answer them» (Christakis, 2001, s. xi).

I Befolkningsundersøkelsen (Forbrukerrådet, 2015) kommer det frem at 48% av respondentene som oppgir at de har hatt en negativ opplevelse i helsevesenet sier at de har opplevd dårlig kommunikasjon med lege eller andre ansatte. Flere saker som har fått fokus i media der pårørende har gått ut i etterkant av dødsfall og gitt uttrykk for at deres avdøde slektning har fått dårlig behandling vitner om manglende kommunikasjon og informasjon. Kanskje kan økt fokus på kommunikasjon føre til at det blir færre slike hendelser i fremtiden.

Selv om det er et ideal at pasienter skal være delaktige i beslutninger som omhandler deres liv er det ikke alle pasienter som ønsker å medvirke, og dette må respekteres. Pasientens rett til medvirkning innebærer også en rett til ikke å medvirke (Helsedirektoratet, 2015).

På sykehjemmet hvor Kåre bor er det mye diskusjon rundt hvorvidt Kåre ikke bør dra på en poliklinisk time på sykehuset for å få informasjon om hva det å få eller ikke få behandling mot lungekreft innebærer. Kåre er imidlertid tydelig på sitt ønske om at han ikke vil ha behandling som ikke kan gis på sykehjemmet, og han sier at han ikke vil ha noe mer informasjon. Når tiden er inne, er han klar for å dø, og han har tro på at sykepleierne på sykehjemmet klarer å lindre plagene hans på en god måte.

Planlagte samtaler med pasienter om framtidig behandling, såkalte forhåndssamtaler, kan bidra til at pasientens ønsker er kjent ved livets slutt (NOU 2017:16). Gjennom forhåndssamtaler, gode beslutningsprosesser og behandlingsavklaring kan pasientens ønsker være kjent også hvis pasienten etter hvert ikke kan gi uttrykk for sine ønsker. Disse prosessene skal sikre gode pasientforløp med forutsigbarhet, noe som gir trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2013). Selv om pasienter gir uttrykk for at de ikke ønsker å være involvert i beslutninger om medisinsk behandling kan det være andre beslutninger de ønsker å være involvert i, for eksempel beslutninger om hvor de ønsker å være eller hvem som skal være til stede ved livets slutt. Slike avklaringer er derfor viktige.

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har utarbeidet en veileder for forhåndssamtaler som er utviklet for sykehjem (Thoresen, Lillemoen, Sævareid, Gjerberg, Førde og Pedersen, 2017). I denne er det lagt opp til at innkomstsamtalen kan brukes som en innledning til forhåndssamtalen, slik at pasient og pårørende er forberedt på det som venter (Thoresen et al., 2017). Denne veilederen med forslag til spørsmål og temaer som bør belyses kan også være relevant å ta i bruk andre steder enn kun ved sykehjem.

Manglende tid må ikke være til hinder for at samtaler om livets slutt og ønsket behandlingsintensitet gjennomføres (Helsedirektoratet, 2013). Utenom planlagte samtaler kan ofte pleiepersonalet som har nær kontakt med pasienten være de som fanger opp ønske om samtale. Slike ønsker må følges opp med behandlingsansvarlig lege hvis pasienten ønsker det (Helsedirektoratet, 2013). Det å kommunisere om ønsket behandlingsnivå,

behandlingsintensitet og få klarhet i pasientens ønsker krever gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å vise pasienten at man er forberedt, har evne til å lytte og er åpen for samtale og diskusjon (Wilkinson, 2011). Pasient og pårørende er avhengig av realistisk informasjon som formidles på en hensynsfull måte, slik at de kan bevare håp samtidig som de tilpasser seg og utvikler nye mestringsstrategier i situasjonen (Thomas, 2018). Kommunikasjon er en ferdighet som kan trenes på på lik linje som andre ferdigheter, men dette krever en bevissthet rundt dette og at det legges opp til aktiviteter som gjør at trening og undervisning om og i kommunikasjonsferdigheter kan overføres til praksis (Bondevik, Smith-Sivertsen og Bærheim, 2006).

Kåre har tillit til personalet på sykehjemmet, og er fortsatt tydelig på at han ikke ønsker behandling mot sin lungekreft. Primærsykepleier og sykehjemslegen følger Kåre tett, og gjentar tilbudet om en time på lungepoliklinikken på sykehuset for å få informasjon uten at det forplikter for videre behandling. Kåre ønsker ikke dette, og både sykepleier og lege er trygge på at Kåre har fått tilstrekkelig informasjon til at dette er et valg han tar basert på god og gjentatt informasjon om fordeler, ulemper og forventet utvikling. Informasjonen er gjentatt ved flere anledninger, og det er sjekket at Kåre har forstått den informasjonen han har fått. Kåres nevø er informert etter samtykke fra Kåre, da han er nærmeste pårørende. Han har også tillit til den vurderingen som er gjort, og ønsker at Kåre skal få leve den siste tiden på sykehjemmet slik han ønsker.

Referanser

- Bondevik, G. T., Smith-Sivertsen, T. og Bærheim, A. (2006). Bruk av skuespiller i undervisningen av medisinstudenter, Tidsskrift for den Norske Legeforening, 126(16), 2118-2121
- Chang, V. T. og Sambamoorthi, N. (2009). Decision Making in Palliative Care. I J. L. Werth, Jr. og Dr. Blevins (red.), Decision Making near the End of Life. Issues, Developments and Future Directions (s. 143-168). New York: Routledge.
- Gafni, A. og Charles, C. (2017). Shared decision-making, decision aids, and the role of values in treatment decision-making, I D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. N. Butow, C. L. Bylund, S. Noble og Susie Wilkinson (red.). Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care, 23-27, 2. utg., Oxford: Oxford University Press.
- Christakis, N. A. (1999). Death foretold: prophecy and prognosis in medical care. Chicago: The University of Chicago Press.
- Emanuel L., L. og Johnson, R. (2015). Truth telling and consent. I N. I. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy og D. C. Currow (Red.). Oxford textbook of palliative medicine. s. 292-299., 5. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Forbrukerrådet (2015). Befolkningsundersøkelse om kvalitet og brukeropplevelser i helsevesenet. Lest på nett, 14.09.21. URL: <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2016/04/2016-PDF-Befolkningsundersøkelse-om-kommunikasjon-i-helsevesenet.pdf>
- Helsedirektoratet, 2013. Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>.
- Helsedirektoratet, 2015. Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene. IS-2278. Hentet fra https://helsedirektora-tet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf
- NOU 2017:16 (2017). På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Thomas, K. (2018). Overview and introduction to advance care planning. I K. Thomas, B. Lobo og K. Detering (red.). Advance Care Planning in End of Life Care, s. 3-16, 2. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Thoresen, L., Lillemoen, L., Sævareid, T. J., Gjerberg, E., Førde, R. og Pedersen, R. (2017). Veileder. Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem. Oslo: Senter for medisinsk etikk. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forhandssamtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117.pdf?utm_source=publikasjoner&utm_campaign=veileder-forhandssamtaler
- Wilkinson, S. (2011). Communication in care of the dying. I J. Ellershaw og S. Wilkinson (red.). Care of the dying. A pathway to excellence, s. 86-106, 2. utg. Oxford: Oxford University Press.

Pasienter og helsepersonells perspektiver på helsekompetansebehov hos personer med kronisk obstruktiv lungesykdom

Christine R. Borge PhD, Sykepleier, c.r.borge@medisin.uio.no ¹² Marie H. Larsen PhD, Sykepleier ¹³, Eivind Engebretsen PhD, ¹, Marit H Andersen PhD, Sykepleier¹⁵, Ingrid Asbjørnsen Holter Sykepleier², Marit Leine Master i helsevitenskap, Sykepleier, RN², Astrid K. Wahl PhD, Sykepleier¹
¹ Avdeling for Tverrfaglig helsevitenskap, Universitet i Oslo, ² Lovisenberg Diakonale Sykehus, ³ Lovisenberg Diakonale Høgskole ⁴, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet⁵.

Artikkelen er basert på Borge m.fl. 2021 Exploring patients' and health professionals' perspectives on health literacy needs in the context of chronic obstructive pulmonary disease.

Introduksjon

Personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) opplever ofte mange symptomer som tung pust, depresjon, engstelse og nedsatt funksjon ved å utføre fysiske og daglige aktiviteter. Flere opplever å bli isolerte, mangle motivasjon til å håndtere helseplager og opplever lav livskvalitet ². Sykdommen kan gi gjentatte lungeinfeksjoner og forverrelser hvor det kreves sykehusinnleggelse som gir store utgifter for helsevesenet ^{3,4}. Personer med kols kan vise dårlig etterlevelse av behandling som underbruk av vedlikeholdsterapi, overforbruk av lindrende legemidler og ha dårlige inhalasjonsteknikker ⁵. I tillegg kan de ha behov for teknisk utstyr som forstøver, i forbindelse med langtidsoksygenbehandling og/eller ventilasjonsstøttebehandling. De kan derfor ha udekkede behov både når det gjelder kunnskap og ferdigheter om kolssykdommen, prognose og behandling ⁶ og for hvilke helsepersonell/helsetjenester de kan ha nytte av ⁶.

Egenmestringskurs og lungerehabilitering er ofte tilbudt personer med

kols for å bedre mestring, symptomer og livskvalitet ², men det kan for enkelte være vanskelig å delta på slike tilbud grunnet utmattelse, reisevei, kostnader osv. ⁷. Helsevesenet og helsepersonell trenger derfor nye løsninger for hvordan de kan følge opp personer med kols best mulig.

Å ha et større fokus på helsekompetanse kan bidra til å få en bedre forståelse for hva som må til for å lykkes i dette arbeidet. «Helsekompetanse er en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse» ⁸. Å ha god helsekompetanse handler derfor ikke bare om hvordan en person håndterer sykdom, men også om hvordan helsepersonell på ulike nivåer i helsetjenesten tar de rette beslutningene for å hjelpe pasientene. Helsekompetanse handler i like stor grad om hvordan pasienter og helsepersonell kommuniserer med hverandre og hvordan pasienter klarer å finne frem i helsevesenet ⁹. De fleste studier som er gjennomført på helsekompetanse ved kols er av kvantitativ design og viser at lav

helsekompetanse har sammenheng med lavere inntekt, utdanning og mestringstro ¹⁰. Videre er lav helsekompetanse assosiert med høyere risiko for flere sykdommer, behov for hjelp og flere innleggelse på sykehus, samt høyere forekomst av depresjon og engstelse ¹¹. Det er få studier med kvalitativ design som har fokusert på å utforske helsekompetanse hos personer med kols og helsepersonell ¹². Kunnskap om helsekompetansebehov hos personer med kols og hvordan helsepersonell følger opp helsekompetanse hos denne pasientgruppen kan hjelpe helsevesenet til å forbedre og skreddersy oppfølgingen i spesialist- og i kommunehelsetjenesten.

Mål

Utforske helsekompetansebehov hos personer med kols og hos helsepersonell som har omsorg for dem.

Metode

Som del av en større studie bygget på rammeverket; optimalisere helsekompetanse (Ophelia) prosessen ^{13,14} (REKnr. 2016/12981/REK Sør-øst) ble det fra oktober 2016 til august 2017 utført; 4 fokusgruppeintervju (FG) med personer med kols (n=14) og 3 fokusgrupper med tverrfaglig helsepersonell fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (n=21). For å bli inkludert måtte pasientene være diagnostisert med kols i henhold til GOLD-stadium ² og være over 18

år. Deltakere ble invitert fra en pasientliste ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Tverrfaglig helsepersonell ble inkludert hvis de jobbet på LDS eller i kommunehelsetjenesten i en av bydelene som LDS betjener (Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen og Sagene). Alle måtte samtykke skriftlig før deltagelse.

Fokusgruppeintervjuene varte i ca. 90 minutter og ble utført utenfor klinisk avdeling ved LDS. En temaguide om helsekompetanse ble utviklet. I tillegg ble en vignett (en pasient scenarie/historie) basert på tidligere litteratur om kols og kliniske erfaringer benyttet for å få en diskusjon om egnede tiltak som kunne hjelpe personen i vignetten. En forsker gjennomførte intervjuene, og det var to observatører til stede som tok notater og observerte stemningen i gruppen. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og senere transkribert. Alder og kjønn ble kartlagt ved bruk av spørreskjema før start, og stadium kols og år med kols ble samlet inn fra pasientens medisinske journal. For helsepersonell ble utdanning, nåværende stilling, årsarbeid og årsarbeid med kols samlet inn i et spørreskjema.

Analyse

En induktiv tematisk analyse ble benyttet for å utforske helsekompetansebehov (20). Ved analysene ble det søkt etter mulige temaer for å beskrive likheter og forskjeller angående helsekompetansebehov på tvers av alle intervjuene.

Resultater

Karakteristika av deltakerne i fokusgruppeintervjuene er vist i tabell 1.

Fire hovedtemaer på helsekompetansebehov ble identifisert: 1) styrking av trygghetsfølelse, 2) øke kunnskap om

kols og informasjonsflyt, 3) øke motivasjon, utholdenhet og egeninnsats og 4) styrke verdighet. Se tabell 2 med sitater og forklaring under.

1) Styrke følelsen av trygghet:

Personer med kols beskrev mye utrygghet. De uttrykte engstelse og bekymringer for pustebesvær og følte seg veldig alene med sykdommen. De ønsket en personlig og empatisk fagperson med ekspertkunnskap om kols, som kunne hjelpe dem å håndtere kolsrelaterte problemer. I stressende situasjoner rapporterte personer med kols at de ringte til legevakten fordi de ikke hadde noen andre å kontakte. I kontrast mente helsepersonell at de ga trygghet ved å gi pasientene sykdomsrelaterte informasjon og råd samt digital helseoppfølging. Mange personer med kols opplevde derimot å bli mer nervøse av den digitale helseoppfølgingen, spesielt når de hadde dårlige dager og verdier. Helsepersonell ønsket at de kunne gi mer personlig støtte til pasientene, men dette var vanskelig å innfri innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

2) Øke kunnskap om kols og informasjonsflyt:

Mange av deltakerne med kols oppga at de mottok sparsomt med informasjon fra helsepersonell. Noen sa at de ikke turte å stille spørsmål, mest fordi helsepersonellet virket stressete og travle. Deltakerne med kols rapporterte at de ikke hadde nok kunnskap om sykdommen til å vite hva slags informasjon som var nødvendig, og at dette kunne føre til at de ikke visste hvilke spørsmål de skulle stille. Enkelte av pasientene uttrykte at det var vanskelig å finne helseinformasjon, og at de ikke visste hvem de skulle kontakte for å få helserelatert hjelp. Dette synet ble støttet av helsepersonell. De fleste helsearbeidere uttrykte at det var viktig å gi pasienter kols-relatert informasjon.

Helsepersonell ga imidlertid uttrykk for at de selv manglet nødvendig kolskunnskap for å tilby skreddersydd informasjon og at det var vanskelig for dem å oppnå denne kompetansen. I tillegg uttrykte både pasienter og helsepersonell et behov for bedre oppfølging og informasjonsflyt mellom sykehuset og helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

3) Øke motivasjon, utholdenhet og egeninnsats:

Flere av pasientene opplevde hyppige tilbakeslag, spesielt i forbindelse med eksaserbasjon eller sykehusinnleggelse. Noen manglet motivasjon til å være aktive, og de ga uttrykk for at pasienter som dem selv derfor kunne være utfordrende å jobbe med. Å opprettholde helse ved kols krever derfor stor motivasjon, utholdenhet og egenmestring. Helsepersonell opplevde dette også som utfordrende. De fortalte at hver gang en pasient de hadde jobbet med ble reinnlagt på sykehus, måtte helsepersonellet starte helt på nytt. Dette gjorde oppfølgingen krevende over tid og de uttrykte også betydningen av motivasjon og utholdenhet for å hjelpe pasienter med kols.

4) Styrke verdighet:

Noen av personene med kols opplevde svekket verdighet på grunn av stigmatisering relatert til å være eller ha vært røykere, dette ble spesielt tydelig i kommunikasjon med helsepersonell om røykeslutt. Videre ble kommunikasjonen beskrevet som ikke å være basert på samvalg. Pasientene ga imidlertid uttrykk for et ønske om å ta del i beslutningene om egen behandling og oppfølging. Pasienter med kols ønsket også å klare seg uten hjelp fra helsepersonell. Noen av helsepersonalet innrømmet at de ofte kommuniserte med en "pekefinger"-mentalitet i en enveis interaksjon med pasientene.

Helsepersonell kunne for eksempel informere pasienter om at de burde slutte å røyke. De ga også uttrykk for at det var vanskelig å hjelpe pasienter med kols, fordi de ofte ikke ønsket hjelpen de ble tilbudt. Helsepersonell følte også at de hadde begrenset opplæring i hvordan gjennomføre samvalg med pasientene.

Diskusjon

Studien har gitt oss økt innsikt i helsekompetansebehov hos personer med kols. De fire temaene; styrking av trygghetsfølelse, øke kunnskap om kols og informasjonsflyt, øke motivasjon, utholdenhet og egeninnsats og styrke verdighet, gjenspeiles som helsekompetansebehov hos personer med kols og helsepersonell.

Enkelte av pasientene uttrykte utrygghet og engstelse når de opplevde tung pust. Engstelse er en skremmende opplevelse og har ofte sammenheng med tung pust¹⁵. Våre respondenter uttrykte behov for å ha noen å prate med i slike situasjoner. Helsepersonell trenger derfor kunnskap om hvordan en skal kommunisere i og håndtere slike situasjoner før de kan hjelpe personer med kols. De må kunne kjenne igjen signaler på når personer med kols føler seg usikre og være i stand til å gi tilstrekkelig med kolsrelaterte råd når de trenger det. Pasientene ønsket seg et «orakel» de kunne forholde seg til, en som kunne gi dem personlig oppfølging over tid. Viktigheten av personlig oppfølging er også avdekket som viktig i tidligere forskning¹⁶.

Resultatene våre viser også at det er et gap mellom hva slags kapasitet og mulighet helsepersonell har til å gi og hva personer med kols trenger av helsekompetanseoppfølging. Helsepersonell gir ofte kolsrelatert informasjon fordi de ikke har noe alternative løsninger. Dette kan skyldes både tidsmessige og økonomiske begrensninger eller

mangelfulle retningslinjer for hvordan personer med kols skal føle seg trygge². For å øke trygghet har tidligere forskning vist at pasienter med kols følte seg tryggere når de ble fulgt opp av en sykepleier etter sykehusinnleggelse¹⁷. Videre har tiltak med å lære pasienter å håndtere usikre situasjoner for eksempel ved hjelp av «kognitiv terapi» vist positiv effekt på engstelse og depresjon¹⁸. Intervensjoner som dette er imidlertid ofte ikke et tilgjengelig tilbud i helsevesenet for personer med kols.

Digital oppfølging hvor det kan måles oksygen og kartlegge symptomer med et nettbrett nevnes av helsepersonell som en løsning som kan gi trygghetsfølelse. Dette er et relativt nytt område som utforskes hos personer med kols¹⁹, men en slik løsning passer kanskje ikke for alle grunnet opplevelsen av usikkerhet, barrierer mot slike løsninger, og manglende interesse og kunnskap om bruk av digitale løsninger²⁰. Dette støttes av informantene i vår studie hvor noen mente at slik overvåkning var slitsomt, men andre var mer positive og fikk en trygghetsfølelse av monitoreringen. Litteraturen demonstrerer også blandede resultater, hvor det på den ene siden vises til at digital oppfølging har liten effekt²¹, mens andre studier viser at individuell oppfølging med videokonsultasjoner gitt av helsepersonell kan gi en følelse av trygghet hos personer med kols²². Det er derfor behov for mer forskning på hvordan slike tilbud kan være til nytte for personer med kols.

Våre resultater viser at for å kunne hjelpe personer med kols til å føle seg trygge, må helsepersonell ha kunnskap om hvordan følge opp helsekompetanse og selv være trygg på å finne oppfølgingsløsninger. Dette er noe ledere i helsevesenet bør være mer bevisst på²³. Videre uttrykte noen av personene med kols at de ikke visste

hva slags informasjon de skulle be om mens andre ønsket mer informasjon om hvordan de skulle håndtere og behandle kols. Denne dobbeltheten stemmer overens med tidligere studier^{24,25}. Helsepersonell uttalte også at det er viktig å gi kols-relatert informasjon til pasienter. Slik informasjon gis ofte i gruppekurs til personer med kols^{2,26}, men grunnet vanskeligheter for enkelte pasienter i å delta på slike tilbud⁷ kan det føre til at enkelte ikke får den helsekompetansen de trenger for å kunne håndtere sin egen sykdom. Det er derfor nødvendig å hjelpe pasienter med å navigere i et komplekst helsevesen og tilby flere helsetjenester der det er behov²⁷.

Personer med kols uttrykte også at helsepersonell hadde for liten tid til å gi informasjon, og dette var også en frustrasjon for helsepersonell. For liten tid kan føre til at helsepersonell må prioritere tiltak. For eksempel får mange pasienter bare resept på legemidler uten noen forklaring på bruken eller hvordan de virker^{27,28}. Videre opplevde både pasienter og helsepersonell at det var mangelfull helseinformasjonsflyt mellom ulike helseinstanser og helsetjenestenivåer. Å finne gode systemer hvor tilstrekkelig og tilpasset helseinformasjon blir formidlet mellom for eksempel kommune- og spesialisthelsetjenesten bør derfor være en viktig oppgave i fremtidens helsetjenester.

Det har generelt vært lite forskning på hvordan helsepersonell kan støtte og styrke pasienter til å bli helsekompetente. Noen av helsepersonellet i vår studie ga uttrykk for at det var vanskelig å ha oversikt over all ny kunnskap om kols og behandling. I en norsk studie ble sykepleiere lært opp i oppfølging av kols, og dette førte til at de følte seg mer selvsikre og tryggere som omsorgspersoner ovenfor

pasientene²⁹. Det er derfor viktig at helsevesenet og myndigheter er klar over helsekompetansebehov hos både helsepersonell og personer med kols.

Personer med kols er en pasientgruppe som ofte har høy reinnleggsrate³⁰. Våre informanter fortalte at hver gang de ble innlagt på sykehus på grunn av forverring eller infeksjon, måtte de starte på nytt. Når helsepersonell skal hjelpe en kolspasient, anbefales det å motivere vedkommende og kommunisere og samhandle om hva som er viktig for at pasienten best mulig kan håndtere sykdom, forverrelser og behandling. Å ta vare på egen helse kan være skremmende for enkelte, og noen kan oppleve frykt og engstelse i deres behov for å forbedre sin helsekompetanse. Dette kan oppstå på grunn av usikkerhet rundt egen sykdom og håp om å oppnå bedre helse³¹. Resultater fra våre intervju ga imidlertid inntrykk av det også krever motivasjon hos helsepersonell for å hjelpe pasienter til igjen å kunne mestre sin sykdom, spesielt hver gang de har vært innlagt på sykehus. En mulig tilnærming for å øke pasienters indre motivasjon kan være å bruke kommunikasjonsmetoder som har som mål å øke personers motivasjon til å gjennomføre en positiv livsstilsendring, som å slutte å røyke eller øke aktivitetsnivået som; motiverende intervju (MI)³². Metoden blir sett på som pasientsentrert, hvor man viser empati og hvor både pasienter og helsepersonell utvikler seg sammen. Metoden kan derfor også være et mulig verktøy for helsepersonell for å kommunisere og føle seg tryggere i samhandling med pasientene. Bruk av MI har tidligere vist å redusere innleggelser på sykehus³³. Imidlertid kan denne metoden være utfordrende å mestre for helsepersonell. Det kreves at de får god opplæring og øver med fagpersoner som kan metoden³⁴. En annen kommunikasjonsmetode

som kan hjelpe helsepersonell i å øke personers helsekompetanse er «teach back». Bruk av metoden har økt etterlevelse av bruk av legemidler, økt egenmestring og redusert reinnleggelser på sykehus ved kroniske sykdommer³⁵.

Hvordan pasienter med kols og helsepersonell kommuniserer ser ut til å være viktig for å styrke følelsen av verdighet. I våre intervjuer vises det at enkelte av helsepersonellet bruker «pekerfingermentalitet» når de kommuniserer med pasienter. Det kan bli gitt rutinemessige råd basert på en sjekkliste som for eksempel hvordan en bruker legemidler, bør slutte å røyke og/eller være fysisk aktive og pasienter får ikke nødvendigvis vært med på beslutninger eller oppfordret til å stille spørsmål²³. Samvalg er en kommunikasjonsform som innebærer å inkludere pasienter i deres behandlingsmuligheter, deres preferanser og følelser før de tar en beslutning om behandling³⁶. Intervensjoner som inkluderer samvalg har vist seg å øke kunnskap og mestring og de ser ut til å være fordelaktige i intervensjoner som har skreddersydde løsninger³⁷. For å øke helsekompetanse hos pasienter med kols, tyder derfor våre resultater på at det kan være viktig for helsepersonell å ha ferdigheter i å gi informasjon, kommunisere empatisk og ha evne til å motivere.

De fire helsekompetansetemaene vi har listet opp kan fremstå som individuelle behov for en person med kols eller helsepersonell. De kan også relateres til hverandre. Det er foreslått at dersom en organisasjon er helsekompetent vil den bedre kunne imøtekomme løsninger for helsepersonell til å hjelpe pasienter med deres helsekompetansebehov³⁸. I en tilnærming hvor personer med kols, helsepersonell og ledere i helsevesenet sammen diskuterer og finner løsninger

på helsekompetansebehov kan gi svar på hvordan man kan forbedre eksisterende tilbud og finne nye løsninger på udekkede behov. Dette er en anbefalt metode i optimalisering av helsekompetanseprosessen (Ophelia prosessen)^{13,14}.

Konklusjon

Resultatene i vår studie fremhever at det er et komplekst helsekompetansebehov hos personer med kols, men også et behov for kunnskap, ferdigheter og gode holdninger blant helsepersonell i hvordan følge opp personer med kols sine helsekompetansebehov. Helsepersonell trenger kunnskap for å finne løsninger og intervensjoner som kan gi trygghet hos personer med kols. Motivasjon til utholdenhet og egeninnsats ser ut vil å være et behov som krever fokus for både personer med kols og helsepersonell. Det er behov for mer forskning på hvordan en kan øke helsekompetanse hos personer med kols, men også hos helsepersonell.

Prosjektet er finansiert gjennom Stiftelsen DAM gjennom Landsforeningen for Hjerter og Lungesyke, Universitet i Oslo, og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Referanser:

1. Borge C.B., Larsen m.H., Osborne R.H., et al. Exploring patients' and health professionals' perspectives on health literacy needs in the context of chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Illness*. 2021.
2. GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021; www.goldcopd.org.
3. Russell S, Ogunbayo OJ, Newham JJ, et al. Qualitative systematic review of barriers and facilitators

- to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. *NPJ primary care respiratory medicine*. 2018;28(1):2.
4. Foundation C. Impact of COPD on Health Care Costs. 2012; <https://www.copdfoundation.org>.
 5. Clari M, Ivziku D, Casciaro R, Matarese M. The Unmet Needs of People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review of Qualitative Findings. *Copd*. 2018;15(1):79-88.
 6. Jerant AF, von Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient. Educ. Couns*. 2005;57(3):300-307.
 7. Kayyali R, Odeh B, Frerichs I, et al. COPD care delivery pathways in five European Union countries: mapping and health care professionals' perceptions. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*. 2016;11:2831-2838.
 8. Helsedirektoratet. Strategi for helsekompetanse i befolkningen. 2019.
 9. Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfe F., Tsouros A.D. Health literacy. *The Solid Facts*. 2013; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
 10. Kale MS, Federman AD, Krauskopf K, et al. The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PLoS. One*. 2015;10(4):e0123937.
 11. Puente-Maestu L, Calle M, Rodriguez-Hermosa JL, et al. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir. Med*. 2016;115:78-82.
 12. Sadeghi S, Brooks D, Goldstein RS. Patients' and providers' perceptions of the impact of health literacy on communication in pulmonary rehabilitation. *Chron. Respir. Dis*. 2013;10(2):65-76.
 13. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, et al. Systematic development and implementation of interventions to Optimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC Public Health*. 2017;17(1):230.
 14. Batterham R.W., Buchbinder R., Beauchamp A., Dodson S., Elsworth G.R., Osborne R.H. The OPTimising HEalth LIterAcY (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC. Public Health*. 2014;14:694.
 15. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe". *Qual. Health Res*. 2004;14(6):760-778.
 16. Gardener AC, Ewing G, Kuhn I, Farquhar M. Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*. 2018;13:1021.
 17. Leine M, Wahl AK, Borge CR, Hustavenes M, Bondevik H. Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J. Clin. Nurs*. 2017;26(17-18):2755-2764.
 18. Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Bakke PS, Nordhus IH. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respir. Med*. 2010;104(7):986-994.
 19. The Oslo school of Architecture and Design. 2016 <https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/The-personal-connected-health-and-care-in-central-Oslo-project-2016-10-VIS-report-in-English.pdf>.
 20. Vitacca M, Montini A, Comini L. How will telemedicine change clinical practice in chronic obstructive pulmonary disease? *Ther. Adv. Respir. Dis*. 2018;12:1753465818754778.
 21. Jordan RE, Majothi S, Heneghan NR, et al. Supported self-management for patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence synthesis and economic analysis. *Health Technol. Assess*. 2015;19(36):1-516.
 22. Nissen L, Lindhardt T. A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *Int. J. Med. Inform*. 2017;107:11-17.
 23. Cornett S. Assessing and Addressing Health Literacy. *Online J. Issues Nurs*. 2009;14(3):C1. 24. Roberts NJ, Ghiassi R, Partridge MR. Health literacy in COPD. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*. 2008;3(4):499-507.
 25. Poureslami I, Shum J, Goldstein R, et al. Asthma and COPD patients' perceived link between health literacy core domains and self-management of their condition. *Patient Educ. Couns*. 2020;103(7):1415-1421.
 26. Raymond B, Lockett T, Johnson M, Hutchinson A, Lovell M, Phillips J. Low-intensity educational interventions supporting self-management to improve outcomes related to chronic breathlessness: a systematic review. *NPJ primary care respiratory medicine*. 2019;29(1):1-9.
 27. Burgess T, Young M, Crawford GB, Brooksbank MA, Brown M.

- Best-practice care for people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: the potential role of a chronic obstructive pulmonary disease care co-ordinator. *Aust. Health Rev.* 2013;37(4):474-481.
28. Sandelowsky H, Hylander I, Krakau I, Modin S, Stallberg B, Nager A. Time pressured deprioritization of COPD in primary care: a qualitative study. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2016;34(1):55-65.
29. Berland A, Bentsen SB. Patients with chronic obstructive pulmonary disease in safe hands: An education programme for nurses in primary care in Norway. *Nurse Educ. Pract.* 2015;15(4):271-276.
30. Minister of Health and Care Services. NCD-Strategy 2013 – 2017. For the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of four noncommunicable diseases: cardiovascular disease, diabetes, COPD and cancer. 2013
- 2017; https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018a-fa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategy_060913.
31. Wortz K, Cade A, Menard JR, et al. A qualitative study of patients' goals and expectations for self management of COPD. *Prim. Care Respir. J.* 2012;21(4):384-391.
32. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials 1. *Patient. Educ. Couns.* 2013;93(2):157-168.
33. Benzo R, Vickers K, Novotny PJ, et al. Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2016;194(6):672-680.
34. The Health Foundation. Inspiring Improvement. Evidence Scan: Training professionals in motivational interviewing. 2011; <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessional-sInMotivationalInterviewing.pdf>.
35. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports.* 2016;14(1):210-247.
36. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J. Gen. Intern. Med.* 2012;27(10):1361-1367.
37. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS. One.* 2014;9(4):e94670.
38. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv. Res.* 2018;18(1):694.

Tabell 1 -Karakteristika av deltakerne

DELTAKERE	KARAKTERISTIKA
Helsepersonell	Totalt, n=21 Damer, n=13
	Alder: 26–64 år, median 29.5
	Ansatt i spesialisthelsetjenesten, n=8 Ansatt i kommunehelsetjenesten, n=13 Sykepleier, n=9 Fysioterapeut, n=5 Ergoterapeut, n=2 Leger i kommune- og spesialist-helsetjenesten, n=5
	Arbeid antall år: 4–37 år, median 7
Personer med kols	Totalt, n=14 Damer, n=10
	Alder: 64– 96 år; median 73
	Moderat grad kols, n=5
	Alvorlig grad kols, n=5
Veldig alvorlig grad kols, n=4	

Tabell 2 Sitater fra hovedtemaene på helsekompetansebehov

1) Styrke følelsen av trygghet

Sitat pasienter:

«Du er ikke redd for folk rundt deg, det er ikke den typen angst. Det er pusteangst» (FG4).
«Jeg har ofte ikke en person jeg kan forholde meg til. En jeg kan ringe... Ikke nødvendigvis en lege, men en sykepleier, en lungesykepleier når jeg har spørsmål. Kanskje en som kan være et slikt «orakel», være tilgjengelig og svare på spørsmål» (FG2).
«Noen ganger ringer jeg legevakten. Ikke for å få en ambulanse eller en lege på besøk hjemme, men bare for å få noen som kan snakke med meg slik at det forsvinner. Så forteller de meg at jeg må legges inn på sykehuset (FG1). (om digital helse) «Jeg får mye informasjon om lungene. Jeg måler oksygen hver dag. Måler det flere ganger hver dag» (FG1).
«Jeg blir nervøs av det, jeg må følge opp alt dette. Herregud.» (FG1).

Sitat helsepersonell:

«Legene har et stort ansvar for å gi informasjon om sykdommen og hva pasienter kan forvente. For å hjelpe dem til å være trygge, hvordan være aktive...»(FG5).
«Vi kan se god effekt av digital helseoppfølging. Folk får nettbrett og pulsoksymeter og flere ganger får de bekreftet at de har for lite oksygen og trenger å ringe helsepersonell» (FG5).
«Min erfaring er at de har mye angst og usikkerhet som fører til en innleggelse. De vil bli mer trygge hvis de kan få hjelp hjemme, men det bør være fra en person. (FG7).

2) Øke kunnskap om kols og informasjonsflyt

Sitat pasienter:

«Legene har et stort
«Jeg har ikke mottatt noe informasjon om det...»(FG3)
«Du innser at du ikke ønsker å forstyrre dem, ikke bekymre dem og stille for mange spørsmål når de kommer på runden. Du kan se at de er stresset... (FG2).
«Kan ikke si at jeg savner informasjon så lenge jeg ikke får noe informasjon (FG3).
«Vi kan ikke finne noe uten en datamaskin. Ja, de disse som kan klare dette...» (FG2).
«Jeg tror det er en veldig dårlig forbindelse mellom sykehuset, legene og helsepersonell» (FG2)
Sitat helsepersonell:
«Det er få som klarer å søke og finne helseinformasjon på egenhånd» (FG6).
«De trenger informasjon om sykdommen» (FG5).
«Jeg opplever at det er stor skog. Jeg var veldig uerfaren da jeg begynte å jobbe med kols-pasienter for rundt tre år siden.

Jeg skal støtte folk som ikke forstå informasjon jeg gir og for meg er det også veldig utfordrende å lære» (FG6).
«Vi mangler en chattetjeneste eller noe annet. En annen måte å kommunisere på med spørsmål vi har» (FG7)

3) Øke motivasjon, utholdenhet og egeninnsats

Sitat pasienter:

«Men når du har KOLS, får du tilbakeslag. Hver gang du havner på akuttmottaket, tar det... Du må slutte å trene, vet du. Så du må starte på nytt fra begynnelsen om og om igjen» (FG1).
«Det krever en stor individuell innsats. Jeg tror ikke vi er så enkle å jobbe med ... jeg er lat...» (FG2)

Sitat helsepersonell:

«Jeg synes det er frustrerende at folk blir re-innlagt på sykehuset om og om igjen. Så er de hjemme i noen uker, men blir tatt inn på nytt igjen. Inn og ut, inn og ut» (FG6).
«Jeg opplever at det kan være vanskelig å motivere dem. De trenger motivasjon som å gi dem oppgaver, hjelpemidler som kan gis eller gjøres på sykehuset og også hjemme» (FG5).
« Jeg tror ikke behandlingen hjelper og de blir ikke bedre. Med en eksaserbasjon kan vi gi dem antibiotika og kortison, men det er utfordrende at vi ikke har noe annet å gi dem» (FG7).

4) Styrke verdighet

Sitat pasienter:

«Det er på grunn av å være en stor røyker. Folk sier ikke det til folk med lungekreft, tror jeg. Når du har kols, gjør de det. Som, det er din egen feil.» (FG4)
«De bryr seg ikke om hva vi tenker og mener. De gir oss medisiner, og så vurderer de hvordan det virker» (FG2).
«Jeg savner å kunne gjøre ting selv. Savner det veldig ... (FG1)

Sitat helsepersonell:

«Disse verktøyene bør brukes. Bruk av en mini-pep, tren og slutte å røyke. Men alle disse tingene kan sees på som en «pekefinger»» (FG6).
«Jeg føler når det handler om helseinformasjon at det er enveiskommunikasjon. Det er måten vi snakker med pasienten på, men det er ikke basert på felles beslutninger» (FG5)
«Og medisiner. Hver gang de kommer til en avtale sier de: «Dette vil jeg ikke høre.»
Så det gjør jeg ikke, bortsett fra at jeg maser på dem om røyking hver gang» (FG7)
«Vi informerer og underviser, men med mindre delt kommunikasjon og uten kunnskap» (FG5)

Gir nasal høy flow med Optiflow™ hjemme.



Vi introduserer F&P myAirvo™2,

MyAirvo 2 leverer pustestøtte og luftveishydrering med fokus på komfort og brukervennlighet.

F&P myAirvo 2 er designet spesielt for å være en integrert løsning for å levere nasal høy flow med Optiflow.

Fisher & Paykel Healthcares ledende fuktighetsteknologi gjør det mulig for myAirvo 2 å gi komfortabel høy flow av luft/oksygenblandinger til spontant pustende pasienter, gjennom det unike nesegrensesnittet Optiflow.



Les alltid etiketten. Følg bruksanvisningen.

F&P, myAirvo og Optiflow er varemerker for Fisher & Paykel Healthcare Ltd.
For patentinformasjon, se www.fphcare.com/ip
© 2021 Fisher & Paykel Healthcare Limited

Sykepleiernes møte med kroppen og sjelen

Christina Aase, sykepleier og prest, onkologisk sengepost 4, avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus, christina_aase@hotmail.com

Iforbindelse med fremveksten av hospice-bevegelsen og palliasjon som fagfelt, har menneskets åndelige og eksistensielle utfordringer og behov fått økt oppmerksomhet og legitimitet som en viktig del av helsepersonells ansvar (Helsedirektoratet, 2015). Både Verdens helseorganisasjon og European Association for Palliative Care (EAPC) vektlegger at fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov skal ivaretas for palliative pasienter. I denne artikkelen ønsker jeg å se på hvordan de nasjonale føringer som presenteres i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kan hjelpe sykepleiere til å få oversikt over det eksistensielle området, og å reflektere over egen praksis. Selv om ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov er et tverrfaglig ansvar, så er det i stor grad sykepleiere som står for det meste av dette arbeidet. Dette kommer til uttrykk ved alle samtaler som sykepleiere har med pasienter, men også i måten sykepleiere møter pasienter på (Hirsch & Røen, 2016). I boken «Handbok i åndelig omsorg» peker Giske og Cone (2019) på studier som likevel viser at sykepleierstudenter har lite erfaring med, og føler seg usikre i møte med samtaler om åndelige og eksistensielle behov. Egen erfaring tilsier at spriket mellom de nasjonale føringene og tryggheten til å utføre dette arbeidet er stort blant sykepleiere. *Kan dette handle om at det råder stor usikkerhet om hva som ligger i dette arbeidet fordi det mangler klare definisjoner på hva ivaretagelse av åndelige og*



Christina Aase

eksistensielle behov er? Jeg vil prøve å argumentere for at mye av det som sykepleiere allerede gjør i møter med pasienter, nettopp er, eller bærer med seg muligheten for, ivaretagelse av menneskets åndelige og eksistensielle utfordringer. Dette vil jeg vise ved å se på hvordan sykepleiere møter pasienten både i samtalen og i møte med den lidende kroppen.

På tross av at jeg selv er utdannet prest og har jobbet ved en palliativ sengepost i mange år, er jeg overrasket over hvor

ofte jeg selv kan bli overrumplet av sårbarhet i møte med eksistensielle bekymringer og lidelse hos pasienter og pårørende. Jeg vil i det følgende gi et eksempel på dette:

Det var en helt vanlig vakt. Jeg hadde fått med meg tre sykepleiere til å hjelpe meg å flytte pasienten over i en seng med luftmadrass. Pasienten, Ada, hadde mye smerter, og jeg ville gjerne at hun skulle føle seg ivaretatt og trygg ved at vi var mange som hjalp til. Hun sa ikke så mye, sov mesteparten av

tiden. Plutselig så hun rundt seg, så på meg og spurte: «Skal jeg dø snart?» Jeg ventet litt, bøyde meg ned til henne og spurte forsiktig; «hva var det som gjorde at du kom på dette nå - hva kjenner du?» Hun forklarte at der hun jobbet så var det slik at de pasientene som snart skulle dø, fikk luftmadrass. Og nå var det hun som fikk luftmadrass. Betydde dette at hun var døende? Inni meg kjente jeg at det stoppet litt opp. Den enkle praktiske oppgaven ble brått snudd til et øyeblikk hvor denne unge småbarnsmoren skjønte, eller i alle fall våget å sette ord på, at hun snart skulle dø. Jeg var ikke forberedt på dette spørsmålet fra pasienten, men når det var stilt hadde jeg et ansvar for å svare ærlig.

Hva er åndelige og eksistensielle behov?

For å få en forståelse for hva som regnes inn i det åndelige området, kan det være nyttig å se på den tredelte inndelingen som beskriver det åndelige området som er anerkjent av EAPC og som presenteres i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2019).

Denne deler det åndelige området inn i tre dimensjoner som jeg vil presentere og gi eksempler på i det følgende. Dette gjør jeg for å vise at det åndelige og eksistensielle området rommer mange aspekter ved menneskelivet som i denne sammenheng gir bekreftelse på at sykepleiere stadig møter uttrykk for åndelige og eksistensielle bekymringer i sitt daglige arbeid.

Den første dimensjonen kalles «eksistensielle utfordringer». Denne omfatter spørsmål knyttet til hva det vil si å være menneske og spørsmål knyttet til menneskelivets grunnvilkår. Dette handler om hvordan man søker mening. I møte med alvorlig sykdom så aktualiseres ofte spørsmål hvorfor dette skjer, hvordan fremtiden blir,

hva som skjer i døden og hvem man er i en slik situasjon. I den sammenheng kan spørsmål knyttet til identitet, mening, lidelse og død, skyld og skam, forsoning og tilgivelse, frihet og ansvar, håp og fortvilelse, kjærlighet og glede være av stor betydning (Helsedirektoratet, 2015).

Den andre dimensjonen for åndelig omsorg kalles «verdier og holdninger». Denne aktualiserer spørsmål rundt hva som er viktig for meg nå, og hva jeg skal bruke tiden på. Kriser og alvorlig sykdom kan ofte ha funksjon av å tvinge frem en refleksjon rundt hva man bruker tid og krefter på, og følgelig vil dette føre til en verdiavklaring (Helsedirektoratet, 2015). I mitt arbeid ved en palliativ avdeling har jeg sett pårørende som sørger for helikoptertur for å komme seg en siste tur til hytta, pasienter som bruker de siste krefter på å komme seg til valglokaler ved valg, besøk og samtaler som er viktige for dem, eller det å komme seg hjem til egen bolig for å kunne sitte på balkongen som de er så glade i. For mange er det viktigste å sørge for at de nærmeste er ivaretatt og at økonomi er ordnet opp i. For å hjelpe pasienter med å en slik verdiavklaring, er det nødvendig at vi stiller spørsmålet «Hva er viktig for deg – nå?»

Den tredje dimensjonen innen det åndelige området kalles «religiøs og livssynsmessig forankring». Her definerer man tro og livssyn som de svar og holdepunkter som mennesker relaterer til, eller søker i møte med livsspørsmålene. Troen rettes ofte mot en høyere makt eller det kan være opplevelsen av at noe utenfor vår erfaringsverden er hellig. Ritualer og symboler kan være viktige uttrykk for mening når språket ikke strekker til (Helsedirektoratet, 2015). Erfaringsmessig er det slik at det oftest er enklest å snakke med pasienter om tro og religiøs overbevisning i de

tilfellene hvor pasienten selv tar dette opp som tema.

Denne tredelingen gir et bilde av at det åndelige og eksistensielle feltet rommer flere aspekter ved menneskelivet og at det i stor grad handler om hvordan mennesket søker helhet, mening og forståelse av eget liv og død. Utfordringen ved ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov for sykepleiere og annet helsepersonell handler i stor grad om at pasientene har svært ulik bakgrunn og befinner seg i svært ulike situasjoner. Hva som er viktig for akkurat den pasienten som man har foran seg, kan man ikke vite på forhånd. Det finnes heller ingen endelig definisjon på når man har kommet i mål. Ettersom de eksistensielle aspektene er vevd inn i alle sider ved menneskelivet handler ivaretagelsen i stor grad om slik man også finner det beskrevet av Sølvi Anne Eide Lunde (2016); å lytte seg inn til hva som er viktig for pasienten, åpne opp for tanker rundt det å være menneske, legge til rette for utøvelse av tro og ritualer og å støtte pasienten i å mestre situasjonen.

Samtalen

Lunde (2016) skriver treffende i sin artikkel «Den varlige samtalen» at man er avhengig av «å snakke med pasienten» for å kartlegge åndelige og eksistensielle behov, og for å hjelpe i livets slutfase. Videre viser hun til en australsk studie som viste at en god relasjon mellom sykepleier og pasient, gode kommunikasjonsferdigheter og konkrete spørsmål for «å åpne opp» samtalen, oppleves som viktige for å ivareta eksistensiell og åndelig omsorg (Lunde, 2016). Ut fra dette vil jeg peke på behovet for bruken av språket og samtalen for å kartlegge hva som er viktig for akkurat den pasienten man har foran seg. Min erfaring er at det tar tid og erfaring å både forstå de hint og spørsmål som pasienter kommer med, og å være tilgjengelig for å møte

disse på en god måte, jmf mitt møte med «Ada».

Min antagelse er at «Ada» hadde hatt tanker om hva som var i ferd med å skje med henne, og flyttingen over til luftmadrass gav henne mulighet til å spørre. I klinisk praksis er min erfaring at det alltid er en grunn til at pasienter stiller de spørsmål som de stiller. Ved å stille et åpent spørsmål tilbake fikk jeg mulighet til å forstå hennes praktiske tilnærming til dette og hennes mulige manglende følelse av at døden nærmer seg. Dersom jeg heller hadde svart «ja» på hennes spørsmål uten å gi henne mulighet til å fortelle hva hun selv tenkte ville gjort det vanskelig å åpne opp for en samtale på hennes premisser. Samtidig tar jeg meg selv i at jeg oftest i det motsatte; å prøve å svare på pasientens spørsmål uten å vite bakgrunnen for at spørsmålet er stilt. Kanskje er det slik at grunnen til at vi ofte tror at vi må svare umiddelbart eller bruker lukkede spørsmål er fordi vi tror at vi vet svaret på spørsmålet vi stiller. Eide og Eide skriver: «I møte med andre mennesker har vi en spontan tendens til å redusere den andre til det vi selv er i stand til å se og forstå i øyeblikket.» (2009, s.103). Overraskende mange ganger er svaret på åpne spørsmål, hvis jeg bruker tid og venter på pasientens spontane svar, noe annet enn det jeg forventer. Slik vil jeg argumentere for at åpne spørsmål er et av de viktigste redskapene vi har for å forstå pasientens eksistensielle situasjon og bekymring. Ofte kan det ha stor verdi å møte viktige spørsmål fra pasienter med å stille tilbake; «Hva tenker du selv om det?» Andre ganger kan det være viktig å møte små hint fra pasienten med; «Hva tenker du på da – kan du si litt mer, jeg vil gjerne høre hva du tenker?» Dette kan hjelpe oss til å svare på det pasienten egentlig lurte på. På den måten kan man si som Loge beskriver i Nordisk håndbok for palliasjon at *"en holdning preget*

av en viss ydmykhet, nysgjerrighet, interesse for pasienten og ønske om å forstå og ville hjelpe ham eller henne på hans eller hennes premisser fremmer kommunikasjonen med pasientene om de sentrale målene for palliasjonen (2016, s28).

I mitt eksempel innledningsvis møter jeg en frykt hos meg selv når Ada spør om hun skal dø. I tillegg til å bli minnet om egen dødsbevissthet, oppleves det i en viss grad som det er jeg som bærer ansvaret for hennes død hvis jeg svarer ja. Noen ganger kan jeg også kjenne på en frykt for å gjøre større skade ved å åpne opp for spørsmålet og realiseringen om at døden nærmer seg. I denne sammenheng kan det være nødvendig å si at man skal ha respekt for at man her berører temaer som befinner seg i menneskets indre, i urørlighetssonen, og at dette kan oppleves som svært sårbare temaer for pasienten. Samtidig, hvis vi ikke hjelper pasienten til å kunne vite og forstå at døden nærmer seg, så fratar vi også pasienten og ofte pårørende muligheten til å forberede seg på dette. Dersom man er døende, men tror at man skal bli bedre, har man heller ikke mulighet til å etablere døden som en unngåelig realitet, som i neste omgang vil kunne hjelpe pasienten til å re-etablere sin identitet og forholde seg til sin egen livssituasjon (Kyllingmo, 1995). I situasjonen om Ada hadde vi en samtale om hennes nært forestående død etter at hun var flyttet over i ny seng. Dagen etter kom hennes 7 år gamle datter på besøk. Mitt inntrykk er at samtalen om døden gjorde at pasienten ble mer opptatt av hva som var viktig for henne å bruke tiden på.

Samtidig som samtaler om døden, som beskrevet over, kan være viktige for palliative pasienter, vil jeg peke på en studie som viser at åndelig og eksistensiell omsorg også ofte utøves i de mange andre samtaler som

sykepleiere har med pasienter. Kvåle (2007) fant at kreftpasienter ikke alltid hadde behov for å snakke om alle de vanskelige følelsene og tankene sine med sykepleierne. Pasientene ønsket å snakke om dagligdagse ting, hobbyer og familien, og ved å gjøre dette opplevde pasientene mestring og håp fordi disse samtaler underbygget deres mestringsstrategier. Kvåle (2007) mener at disse samtaler må regnes som en viktig del av den åndelige og eksistensielle ivaretagelsen. Dette betyr at åndelig og eksistensiell ivaretagelse skjer i mye større grad enn det som man kanskje selv forstår der og da.

Kroppen

«Dagen etter skal jeg hjelpe Ada med stell. Hun er svak, og kroppen er svært preget av langtkommet sykdom. Hun har små sår på hele kroppen, og jeg ser at det svir og gjør vondt når jeg vasker nedentil. Sammen med en kollega hjelper vi henne over på siden. Ada prøver å hjelpe til, men hun klarer ikke å løfte kneet fra underlaget. Hun snur ansiktet ned i puten og gråter.»

Pleien og ivaretagelsen av den syke kroppen er en annen måte sykepleiere møter pasienter i viktige eksistensielle øyeblikk. Pasienten opplever selv hvordan sykdommen herjer i egen kropp. Det er trolig svært individuelt hvor mye dette betyr for pasienten, men funn fra Lorensten tyder på at den syke kroppen både kan føles fremmed og forfalt, men samtidig oppleves som et redskap for å skaffe seg og å tilegne seg mening for palliative pasienter. Videre skriver hun at bevissthet om lidelse som man kan få via opplevelsen av lidelse, sykdom og forfall i den syke kroppen bærer i seg muligheten av erfaringen av å bli et helt menneske og oppleve verdighet. I møte med Ada tolker jeg dette som at verken jeg eller min kollega kan eller bør fullstendig forsøke å «trøste vekk» den sorgen som Ada viser ved at hun gråter.

Muligheten for Ada til å falle mer til ro i sin egen kropp og livssituasjon tror jeg snarere er tilstede ved å vise at vi er sammen med henne i det som hun opplever, bruke tid og være var for de signaler som hun sender ut.

Min erfaring er at pasienter ofte gråter når de trenger hjelp til å bytte bleie og vaske avføring, andre ganger sovner de ellers urolige pasientene mens man utfører sårstell eller andre prosedyrer. Pasienter som er svært plaget over tung pust, kan finne lindring i tilstedeværelse, trygging og god leiring i sengen. Følgelig vil stellsituasjoner og møter med den avkledde kroppen være muligheter for sykepleiere til å være tilstede for pasienten i øyeblikk hvor de møter sin egen sårbarhet og hvor denne erfaringen vil være med å forme egen identitet i en ny livssituasjon.

Oppsummering

Oppsummerende kan man si at åndelig og eksistensiell ivaretagelse i stor grad handler om å være lydhør overfor det som er viktig for pasienten, hvilke eksistensielle spørsmål pasienten stiller og hvilket livssyn eller tradisjon pasienten bruker for å arbeide med disse. Jeg har forsøkt å vise hvordan eksistensielle bekymringer viser seg i de mange møtene som palliative pasienter har med sykepleiere gjennom fortellingen om Ada. Ved å vise dette har jeg et ønske om å formidle at mange av de møtene, samtalene og den praktiske bistand vi gir pasientene, i mange tilfeller berører det åndelige og eksistensielle området allerede, og at det tar tid, erfaring og kunnskap å lære seg å bruke disse øyeblikkene til å hjelpe pasientene med å skape mening og sammenheng i eget liv.

Litteratur:

- Eide, H., Eide., T. (2009). Kommunikasjon i relasjoner. Ad notam, Gyldendal.
- Giske, T., Cone, P. (2019). Å ta vare på heile mennesket – handbok i åndeleg omsorg. Samlaget: Oslo.
- Hirsch, A., Røen, I (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I: Kaasa, S & Loge J.H. (red). Palliasjon – nordisk lærebok. Gyldendal: Oslo.
- Killingmo, Bjørn; "Affirmation in psychoanalysis" 1995. International journal of psychoanalysis, (76):503:518
- Kvåle, Kirsti; «Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs." European Journal of Oncology Nursing, 2007, 11: 320-327
- Loge, J.H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I: Kaasa, S & Loge, J.H. (red). Palliasjon – nordisk lærebok. Gyldendal: Oslo.
- Lorentsen, Vibeke Bruun; The ambiguous suffering body – a way to discover meaning nuances of dignity" OsloMet Avhandling 2021.
- Lunde, Sølvi Anne Eide; «Den varlige samtalen» OMSORG. 2016. 1: 37-40

Vi må spørre om smerter – og tørre å gi morfin! Om sykepleie og smertelindring til palliative pasienter

Anne Kristine Dalene kreftsykepleier med mastergrad, Dalene har nesten 10 års erfaring fra spesialisert palliasjon, høgskolelektor VID, anne.dalene@vid.no

Innledning

Ingen synes smerter er noe bra. Pasienter og pårørende frykter det, og sykepleiere vet innerst inne at det både hemmer velvære og mobilitet og dermed kan påvirke helsen negativt gjennom inaktivitet, dårlig søvn, og økte bekymring og redsel (Danielson, H., & Almås, 2016) Likevel er det mange palliative pasienter som lever med for dårlig behandlede smerter. Tross økt fokus og undervisning så fikk ikke kreftpasienter noe bedre smertebehandling fra 2008- 2014 (Thronæs et al., 2016), og det er vel ingen grunn til å tro vi er helt i mål i 2021 heller. Dette må vi kunne gjøre bedre! Sykepleieren er hjørnesteinen i smertelindringen fordi vi er nærmest pasienten. Hvordan vi bør forvalte og utføre dette ansvaret og muligheten vil jeg si litt mer om i denne artikkelen.

Palliative pasienter er et begrep som brukes veldig ulikt, og mange er kanskje vant med at det brukes mest om kreftpasienter. Men det er mange andre sykdommer som kan gi forkortet forventet levetid, og som kan gi store plager, med behov for lindring og tiltak for bedret livskvalitet – som står sentralt i palliativ behandling, pleie og omsorg (Helsedirektoratet, 2015). Denne artikkelen omhandler sykepleierens oppgaver i smertelindringen uavhengig av pasientens diagnose og årsak til smertene. Det viktige skillet er ofte om de aktuelle smertene skal



Anne Kristine Dalene

behandles med opioider eller ikke, og det er legens avgjørelse.

Et pasienteksempel:

Per 54 år har lungekreft med metastaser til skjelett. Han kommer inn på sykehuset med sterke smerter i rygg og venstre hofte som innleggende lege relaterer til kjente skjelettmetastaser. Medikamenter: Han har nylig startet med Dolcontin 30 mg x2, samt morfin 10 mg p.o. ved behov, inntil x 4-6. Han holder senga pga smerter, får vondt bare han beveger seg. Du skal ta imot ham i avdelingen og følge ham opp denne vakta.

Hvordan måle smerter? Tall er det beste vi har

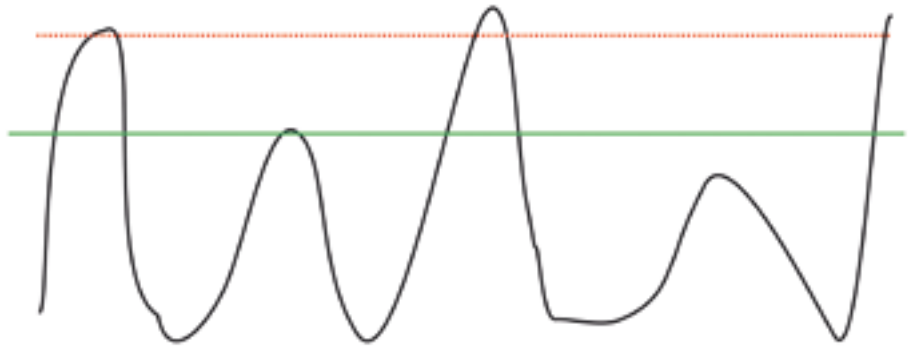
For å kartlegge intensitet på smerter hos voksne pasienter anbefales det å bruke Numeric Range Scale (NRS), altså å stille pasienten spørsmålet «Når 0 er ingen smerter, og 10 er det verste smertene du kan tenke deg, hvor vondt har du nå?» (evt «når du våkner, når du beveger deg, etter å ha tatt ekstra smertestillende» osv) (Hjermstad et al., 2011). Mange pasienter (og helsepersonell) synes det er vrient med tallfesting og er usikre på verdien av dette. Da pleier jeg å forklare til pasienten at det er det beste

vi har, at jeg ikke skal måle smerten, men pasientens opplevelse av hvor plagsomt det er, og at han ikke får sammenligne seg med hva han tror andre opplever. Det er vist at reduksjon i verdi på 1 (f. eks fra 7 til 6), er uttrykk for en klinisk bedring (Hui & Bruera, 2017), og det er også vist helsepersonell har en sterk tendens til å undervurdere pasientens smerter, så det er svært viktig å spørre dem selv (Laugsand et al., 2010). Den vet jo som kjent best hvor skoen trykker den som har skoen på. Mange kjenner til VAS-skalaen (visuell analog skala), men dette er strengt tatt når pasienten ser en skala foran seg. Når vi bare spør om et tall, så er det korrekt å bruke NRS. Det er også anbefalt å kartlegge andre plagsomme symptomer enn smerte, siden palliative pasienter ofte har andre plagsomme symptomer som kan virke gjensidig forsterkende med smerte (Cheung, Le, Gagliese, & Zimmermann, 2011). Da anbefales det å bruke Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) skjema, (Hui & Bruera, 2017).

Veiledning til pasienten

I smertelindring kommer sykepleierens veiledende funksjon virkelig til sin rett. Jeg har opplevd at mange pasienter tror at smerter bare er noe de må finne seg i når de har alvorlig sykdom, ikke noe vi vil og kan lindre. De trenger å høre at smerter går utover søvn, overskudd, relasjoner, humør, matlyst og aktivitet, og at de trenger ikke holde ut smertene for at de skal ha «kontroll på sykdommen». Smerter har gjort sin nytte som faresignal og legene monitorerer effekten av behandlingen på andre måter. Pasienten trenger også veiledning i å bruke medikamentene rett, om viktigheten av å ta depot-dosen (*I Pers tilfelle Dolcontin 30 mg*) til omtrent samme tider hver dag, og å ta behovsdose (morfin 10 mg) ved smerter, eller før forventet smerte. Eventuelt før de vil gå tur, dusje, eller ha besøk av barnebarna.

Jeg pleier tegne denne figuren (se figur) for pasient og pårørende, for å illustrere hensikten med bruk av hurtigvirkende og depot-formula ikke å gi for mye medikament i perioder på dagen med lite smerter, noe som vil gi intolerable bivirkninger. Kanskje en nyttig figur for sykepleiere også?



Vi må være trygge på bruk av opioider
Opioider, og i hovedsak morfin i ulike former, er sentralt i smertelindringen av palliative pasienter. Hvis ikke sykepleieren er trygg på å administrere og følge opp morfin, kan vedkommende aldri bli god på smertelindring til palliative pasienter. Sykepleier må vite at kvalme, forvirring, døsighet er vanlige bivirkninger som går over, og at alle med opioider bør stå på et laksantia og ha avføring minst hver tredje dag, fordi obstipasjon er en bivirkning som ikke går over. Sykepleier må vite at respirasjonsdepresjon er en viktig og farlig følge av overdosering, men også at dette er svært sjelden, og at risikoen er størst ved oppstart, og ved intravenøs administrasjon – så da kreves det spesiell årvåkenhet. Sykepleier må også gjøre seg kjent med når/hvor lenge man bør observere pasienter etter doseøkninger og enkelt-doser. I klinisk praksis er jeg vant med å regne maks virkning etter ca. ti min. ved iv. administrering 20-30 min. ved s.c. administrering og 45-60 min ved p.o. administrering selv om Felleskatalogen (2021) angir noe lengre tid. Hvis pasienten fremdeles har smerter, og er

våken og har tilfredsstillende respirasjonsfrekvens, så kan du da gi en ny dose. Be gjerne ordinerende lege å skrive på kurven hvor raskt du kan gjenta dosen, i stedet for maks antall pr døgn – og utnytt ordinasjonen for det den er verdt, innen det du (eller andre rundt pasienten) har kapasitet til å følge opp med nødvendig obser-

vasjon. Og med gode observasjoner så har vi solid grunnlag når vi ringer legen hvis det ikke er ordinert tilstrekkelig: «Hei, jeg har nå gitt pasienten 10+10 mg morfin i.v. Han er våken og klar, har respirasjonsfrekvens på 16/min. og oppgir smerter med NRS på 6, mot 8 ved oppstart. Kan jeg gi 15 mg? Vil du komme og se til ham?»

Pasienten trenger også å trygges på å bruke opioider, på samme måte som helsepersonell. Mange barrierer er knyttet til frykt for avhengighet, eller toleranseutvikling («jeg trenger det sikkert mer seinere»). Da må vi forklare at de får en fysisk avhengighet og ikke må trappe ned på egen hånd, men at vi ikke er bekymret for rusavhengighet. Vi er heller ikke bekymret for toleranseutvikling ved kort forventet levetid, og «vi har alltid mer å gå på» (mange sykepleiere trenger også å høre at 30 mg x 2 er en liten dose). Mange pasienter har nytte av skriftlig informasjonsmaterieell, f. eks Kreftforeningens brosjyre om «Kreft og morfin».

Følg opp pågående smertebehandling

Manglende oppfølging av igangsatt smertebehandling er blant årsakene til at pasienter ikke får tilfredsstillende smertelindring (Helsedirektoratet, 2015). Her har sykepleieren en svært viktig rolle. Hvis pasientene bruker smertestillende legemidler: Spør om de har tilstrekkelig effekt. Spør hvor mye ekstra doser de trenger å ta. Jeg pleier også å spørre «hvor vondt har du når du ikke har vondt», for å få et inntrykk av om den faste døgndosen er tilstrekkelig.

I samtale med Per kan denne kartleggingen for eksempel se slik ut:

Jeg ser legen har skrevet ut Dolcontin 30 mg morgen og kveld. Tar du disse? Synes du det er godt nok? Trenger du å ta mange ekstra av de korttidsvirkende morfin-tablettene i løpet av dagen? Hjelper de godt nok? Hvor høyt på skalaen ligger smertene dine gjennom dagen når du har det «vanlig», det vil si ikke tar en ekstra smertestillende? Hvor vondt har du det når du tar en ekstra? Hvor langt ned går det etterpå da? Er det noen grunn til at du ikke tar morfin før du f. eks skal dusje eller ut og gå tur?

Hvis lindringen ikke er tilstrekkelig, må vi rapportere til legen. Når det gjelder opioider hos palliative pasienter så er det sjelden slik at dosen ikke kan økes hvis pasientens smerter tilsier det. Det er heller ikke slik at pasienten må spare på behovsdosene gjennom døgnet fordi det er ordinert «ved behov, inntil x 4-6». Flere leger jeg har samarbeidet med sier de skriver det slik fordi de vil vite det dersom behovet er større – for da må man øke grunndosen. Da er det viktig at sykepleier ikke begrenser smertelindringen og skylder på ordinasjonen!

Snakk med pasienten om plan og målsetning for smertelindringen

Når pasienten har sterke smerter, som i Pers tilfelle, er det viktig å vise at vi

anerkjenner lidelsen, at vi blir hos pasienten, og at vi har de nødvendige midlene til å lindre dem. Jeg vil forklare for Per at jeg ikke kan love at han skal bli helt smertefri, men at jeg (og kollegaer) vil gjøre så godt vi kan, og at målet uansett er å få smertene til under 3, og at det skal være kreftene som begrenser aktiviteten hans, og ikke smertene. Spør gjerne også om hvilket nivå på smerten Per selv ville synes var akseptabelt – for å kunne hvile godt, og for å kunne opprettholde aktivitet. Åpen og konkret dialog fremmer smertelindring!

Sykepleieprosessen er ikke gammeldags!

I smertelindring må vi også ta frem sykepleieprosessen. Husk at sykepleien du yter skal ha et mål. Når det gjelder Per ville jeg hatt som mål at han oppnår smertelindring i hvile i løpet av min vakt, og det vil kanskje kreve aktiv titrering av smertestillende og tett observasjon. Jeg ville samtidig tenkt at i løpet av innleggelsen/snarest mulig var målet at Per blir trygg på bruk av behovsdoser og husker å etterspørre det, og å få bakgrunnsmerter ned til 3 innen tre dager, slik Helsedirektoratet (2015) anbefaler, slik at han kan være trygg på å skrives ut og delta i planlagte familieaktiviteter. Sett mål, planlegg tiltak, evaluer fortløpende, og dokumenter, slik at noen andre kan følge opp ditt gode arbeid når du går hjem! Hva gav du, hva slags effekt hadde det, og hvordan responderte pasienten? Informasjon av uvurderlig informasjon for din kollega som skal fortsette jobben neste dag med å få økt ordinasjonen fordi pasienten trenger det.

Spør pasienten om smerter – eller annet ubehag!

Dessverre er det ikke slik at alle pasienter sier fra til sykepleier eller lege om smerter som truer deres velvære, aktivitetsnivå eller livskvalitet. Derfor må vi spørre. Det er ikke godt nok å

skrive «gir ikke uttrykk for smerter» i rapporten. Da spør jeg alltid meg selv: Har sykepleieren spurt? Skriv heller «benekter smerter» - da viser du at du har spurt.

Andre igjen trenger at sykepleier bruker andre ord når hun spør, f. eks *press, ømhet, trykk, ubehag*, det bør vi spesielt tenke på når vi f. eks vet fra radiologiske funn at pasienten har kreftsvulster som kan se ut til å gi smerter. Når vi vet at pasienten har smerter, kan vi gå videre med mer detaljert kartlegging, og følgende punkt er vist å gi det beste bildet av smertene: smerteintensitet (0-10), smertelokalisasjon, forekomst av gjennombruddssmerter, nevropatisk smerte og psykisk stress/depresjon (Helsedirektoratet, 2015).

I Pers tilfelle var årsakene til smertene kjent, og jeg ville derfor i første omgang fokusert mer på lindring og mindre på detaljert kartlegging.

Vær utålmodig på pasientens vegne - konsulter et høyere nivå

Noen smerter er vanskelige å lindre, enten pga. smertens natur/årsak, eller fordi pasienten får uholdbare bivirkninger, og det blir vrient å finne den optimale dosen som balanserer lindring og bivirkning. Helsedirektoratet (2015) anbefaler da helsepersonell å konsultere mer kvalifisert personale, for eksempel lokalt palliativt team/lindrende enhet, eller lokalt smerteteam, og dette kan sykepleier initiere. Dette er også i samsvar med Helsepersonelloven, §4: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal **innhente bistand eller henvisne pasienter videre** der dette er nødvendig og mulig. **Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell**» (Helsepersonelloven, 1999).

Total pain

Alvorlig sykdom med kort usikker

levetid gir en del smerter som ikke er «så lett oppløselige i morfin» som en anestesilege sa en gang. Smerten ved uoppfylte drømmer, ved å skulle dø fra barna eller ved å ikke få barn. Eksistensielle smerter og ubesvarte spørsmål, all uvissheten man må leve med. Palliasjonens «mor» Cecily Saunders innførte begrepet «total pain» om all lidelsen som kan følge med det å skulle dø. I dag vet vi også fra smerteforskning at smerteopplevelsen påvirkes negativt av redsel, angst, sorg, tapsopplevelser, bekymringer (for barna, økonomien, osv.). Dette må vi ta på alvor – og som en del av god sykepleie skal vi selvsagt åpne for samtale om bekymringer og uro, og ved hjelp av det tverrfaglige teamet bidra til at pasienter får hjelp til å løse mest mulig av problemstillingene de bekymrer seg for. Jeg mener likevel at vi ikke så lett skal «skylde på total pain» når pasienter oppgir at de har smerter. Med det vi vet om underbehandlede smerter hos kreftpasienter, og hvor lett mange smerter kan lindres med riktig medikamentell behandling, synes jeg vi alltid skal forsøke å lindre medikamentelt. Som Lise Hammer i smerteteamet ved Haukeland sykehus sa til meg: «*Vi kan ikke forvente at pasienter skal kjenne forskjell på psykisk og fysiske smerter*».

Smerter hos døende – å gi den siste morfien

Jeg har undervist på mange sengeposter om sykepleie til døende, og noe som går igjen er at mange sykepleiere er redd for å gi «den siste morfien», forstått som det å gi morfin og oppleve at pasienten dør rett etterpå, med det emosjonelle ubehaget dette medfører for sykepleieren. Som svar til dette pleier jeg å si at hvis ingen tør å gi den siste så kan vi heller ikke gi den første, man vet jo sjelden akkurat hva som avgjør dødsøyeblikket eller når det skjer. Så lenge man gir medikamenter med klar intensjon om å lindre, så skal ingen sykepleiere trenge å kjenne

skyldfølelse for å ha tatt livet av pasienten. Samtidig kan det også være slik at pasienter lever lengre med god smertelindring (Brenne & Dalene, 2016). Noen vil kanskje uansett oppleve det som om pasienten dør rett etter at de har gitt morfin. Da må vi være gode og støttende kollegaer, det skal være trygt å gi modig sykepleie – til pasientens beste, og neste gang kan det være deg eller meg som trenger en støttende kollega.

Referanser

- Brenne, A. T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasient. In S. Kaasa, J. H. Loge, & D. R. F. Haugen (Eds.), *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cheung, W. Y., Le, L. W., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2011). Age and gender differences in symptom intensity and symptom clusters among patients with metastatic cancer. *Support Care Cancer*, 19(3), 417-423. doi:10.1007/s00520-010-0865-2
- Danielsen, A., H., B., & Almås, H. (2016). Sykepleie til pasienter med smerter. In H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & K. C. Toverud (Eds.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg. ed., Vol. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord;jsessionid=3E7C75A633493AE-88CF5A50FE335E4A2?fullwidth=true&hideme=true>
- Lov om helsepersonell, 4 C.F.R. (1999).
- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., . . . Kaasa, S. (2011). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*, 41(6), 1073-1093. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J Pain Symptom Manage*, 53(3), 630-643. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370
- Laugsand, E. A., Sprangers, M. A., Bjordal, K., Skorpen, F., Kaasa, S., & Klepstad, P. (2010). Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 104. doi:10.1186/1477-7525-8-104
- Thronæs, M., Raj, S. X., Brunelli, C., Almberg, S. S., Vagnildhaug, O. M., Bruheim, S., . . . Knudsen, A. K. (2016). Is it possible to detect an improvement in cancer pain management? A comparison of two Norwegian cross-sectional studies conducted 5 years apart. *Support Care Cancer*, 24(6), 2565-2574. doi:10.1007/s00520-015-3064-3

Når det oppstår tvil om studenters skikkethet for yrket de utdanner seg til.

Sissel Johansson Brenna, førstelektor / institusjonsansvarlig for skikkethetsvurdering, HVL-Campus Bergen Institutt for helse og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, sbr@hvl.no

Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning er fastsatt av Kunnskapsdepartementet og er hjemlet i Lov om universiteter og høyskoler § 4-10. Forskriften gjelder for profesjonsutdanninger innen helse-, sosialfag, lærer- og barnehagelærer-, pedagogiske og teologiske utdanninger <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-30-859>. Utdanning i sykepleie (bachelorutdanning) omfattes av forskriften. Master- og videreutdanninger i sykepleie omfattes ikke, med unntak av jordmorutdanning.

Formålet med skikkethetsvurdering er å avdekke om studenten har de nødvendige forutsetninger for å kunne utøve yrket, og vurderingen skal bidra til å sikre at de som studenten utdannes til å ivareta, blir møtt av profesjonsutøvere som er skikket for yrket.

Så hva innebærer det å være skikket? De fleste profesjonsutøvere vil nok ha en intuitiv forståelse av at dette omhandler både kunnskaper, ferdigheter, holdninger og relasjonell kompetanse, men det kan likevel være utfordrende å sette presise ord på hva skikkethet egentlig er. Forskriften hjelper oss bare delvis, men går omveien om å si hva det innebærer å ikke være skikket:

§ 2. Definisjon og formålet med skikkethetsvurdering:

Skikkethetsvurdering skal avdekke om studenten har de nødvendige forutsetninger for å kunne utøve yrket. En student som utgjør en mulig fare for liv, fysisk og psykisk helse, rettigheter og sikkerhet til de pasienter, brukere, barnehagebarn, elever, eller andre studenten vil komme i kontakt med under praksisstudiene eller under fremtidig yrkesutøvelse, er ikke skikket for yrket.

I forskriften skilles det videre mellom løpende skikkethetsvurdering som skal foregå gjennom hele studiet og som inngår i en helhetsvurdering av studentens forutsetninger for å fungere i yrket, og *særskilt skikkethetsvurdering* som skal foretas dersom det oppstår en begrunnet tvil om hvorvidt disse forutsetningene er oppfylt.

I forskriften angis tre sett av kriterier for særskilt skikkethetsvurdering, gjeldende for hver sine utdanningsgrupper. §4 omhandler kriterier for logoped-, musikkterapeut-, helse- og sosialfagutdanningene og tolkeutdanning i tegnspråk. Studenten vurderes her som uskikket dersom et eller flere av følgende kriterier er oppfylt:

- a) studenten viser manglende vilje eller evne til omsorg, forståelse og respekt for elever, pasienter, klienter eller brukere.
- b) studenten viser manglende

- vilje eller evne til å samarbeide og til å etablere tillitsforhold og kommunisere med elever, pasienter, klienter, brukere, pårørende og samarbeidspartnere.
- c) studenten viser truende eller krenkende atferd i studiesituasjonen.
- d) studenten misbruker rusmidler eller tilegner seg medikamenter på ulovlig vis.
- e) studenten har problemer av en slik art at han/hun fungerer svært dårlig i forhold til sine omgivelser.
- f) studenten viser for liten grad av selvinnsikt i forbindelse med oppgaver i studiet og kommende yrkesrolle.
- g) studenten viser uaktsomhet og uansvarlighet som kan medføre risiko for skade av elever, pasienter, klienter eller brukere.
- h) studenten viser manglende vilje eller evne til å endre uakseptabel adferd i samsvar med veiledning.

Tvil om skikkethet kan oppstå når som helst i løpet av studiet, og som det fremgår av kriteriene knyttes dette ofte til utfordrende adferd, uaktsomhet og uansvarlighet, rusrelaterte problemstillinger eller ukritisk opptreden i studiesituasjoner. Psykisk sykdom kan også være del av situasjonsbildet. Det er ikke uvanlig at tvilmeldinger kommer i forbindelse med at en praksisperiode vurderes til ikke bestått. I de situasjonene kan det noen ganger være glidende overganger mellom forhold som «bare» er å

forstå som at læringsutbytter for praksisperioden ikke er oppnådd, og det som gir grunnlag for å melde tvil om skikkethet. Eksempelvis vil en student som mangler kunnskaper og ferdigheter som er angitt i emnebeskrivelsen for praksis vanligvis få praksis vurdert til ikke bestått. Men dersom studenten i tillegg ikke synes å forstå konsekvensene av egen manglende kompetanse, eller ikke viser evne eller vilje til å endre dette i tråd med veiledning, bør en også vurdere om det er grunnlag for å melde tvil om skikkethet.

Hva gjør du når du vurderer å melde tvil om skikkethet?

Alle som er i kontakt med studenten kan melde tvil om skikkethet, og tvilmeldinger kan komme fra medstudenter, lærere, veiledere eller andre. Alle utdanningsinstitusjoner som tilbyr utdanninger omfattet av forskriften, har minst en institusjonsansvarlig for skikkethetsvurdering. Høgskoler og universiteter plikter å informere egne ansatte, studenter og praksisinstitusjoner om denne ordningen. Kontaktinformasjon til institusjonsansvarlig, og skjema for tvilmelding vil vanligvis finnes på utdanningsinstitusjonens nettsider. Om du er usikker på om det du har observert er grunnlag for en tvilmelding kan det være greit å ta en telefon til institusjonsansvarlig for å drøfte dette. Praksislærere, praksisadministrasjon og

fagansvarlige for aktuell utdanning vil også kunne formidle informasjon og kontakt.

Oppfølging av meldt tvil om skikkethet:

Når tvilmelding er mottatt vil institusjonsansvarlig innkalle studenten til en vurderingssamtale, vanligvis sammen med den fagansvarlig for aktuell utdanning. Forvaltningslovens regler om saksbehandling gjelder ved særskilt skikkethetsvurdering. Det innebærer at studenten har innsynsrett i egen sak og at alle dokumenter i saken er unntatt offentlighet. Den som har levert tvilmelding er ikke part i saken og vil ikke få innsyn i videre oppfølging, men kan bli kontaktet av institusjonsansvarlig dersom det er behov for utfyllende informasjon.

Formålet med vurderingssamtalen er å opplyse saken best mulig slik at alle sider kommer frem og at studenten får anledning til å presentere sitt syn, og sine behov for oppfølging. Tvilmeldinger som er åpenbart ugrunnet, skal ikke behandles av institusjonsansvarlig. Ved begrunnet tvil er vurderingssamtalen grunnlag for å planlegge videre oppfølging av studenten, og utvidet veiledning kan tilbys. Det overordnede målet er at studenten skal få nødvendig veiledning slik at tvil om skikkethet kan oppheves. Dersom dette ikke er mulig sendes saken videre til utdanningsinstitusjonens

skikkethetsnemnd som forbereder for vedtak i utdanningsinstitusjonens styre eller klagenemnd. Vedtak om manglende skikkethet kan medføre utestenging fra studiet i inntil 5 år. Vedtak kan påklages til Felles klagenemnd som er nasjonal, og øverste instans i skikkethetsaker. Noen saker tas også videre til rettsapparatet. Fra saken sendes til skikkethetsnemnd har studenten rett på juridisk bistand betalt av utdanningsinstitusjonen.

Trenger vi skikkethetsvurdering?

Særskilt skikkethetsvurdering er ofte komplekse og ressurskrevende saker, men er et viktig virkemiddel for fange opp studenter som mangler nødvendige forutsetninger for å utføre det yrket de har valgt. Avslutningsvis er det også viktig å peke på at de langt fleste skikkethetsaker løses ved veiledning, og uten videre behandling i nemnd.

Tips til videre lesning:

Kari Kildahl (red)
Skikket for yrket?
Skikkethetsvurdering i profesjonsutdanninger.
Universitetsforlaget, 2020.



NSF SIN FAGGRUPPE FOR KREFTSYKEPLEIE

NSF sin faggruppe for kreftsykepleie har ca. 1800 medlemmer. Dette er i hovedsak kreftsykepleiere men også sykepleiere med interesse for kreftsykepleiefaget. Vi arbeider faglig og politisk med fokus på utdanning, kompetanse og funksjon. Vår kompetansebeskrivelse kan du lese her: [kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf \(nsf.no\)](#).

Vi ønsker å bidra til faglig identitet og tilhørighet for våre medlemmer.

Vi vil være med å sette kreft på dagsorden, utvikle og fremme gode systemer slik at vi kan gi enda bedre hjelp til berørte av kreft, både pasienter og pårørende. Samhandling og samarbeid er viktig også mellom de ulike fagområdene.

Vi har 16 lokallag (11 fra 2022) og 2 undergrupper (SIG stamcelle og SIG barn). Lokallagene arrangerer temakvelder og webinar rundt om i landet. Lokallagene er selve hjertet i faggruppen. Medlemmer har gratis inngang eller redusert pris på temakvelder.

Vi deler ut stipend til enkeltmedlemmer hvert år på kr 7500 for deltakelse på kurs/konferanser, samt kr 20000 til prosjekt/fagutvikling. Frist for å søke er den 1 desember. hvert år. Vi gir ut to tidsskrift pr år. Tidsskriftet er både digitalt og i papirutgave etter ønske fra medlemmer, og det god faglig kvalitet og bredde.

Vi arrangerer landskonferanse i kreftsykepleie annet hvert år. Neste konferanse blir i Tønsberg i september 2023. Som medlem får du rabatt på konferanseavgift. Håper å se deg der.

For å bli medlem i faggruppen må en være medlem i NSF. Vi har egne rabatt priser for studenter og pensjonister. Utdanningsinstitusjoner, helseinstitusjoner og firmaer kan også være medlem.

Lyst til å bli medlem hos oss? Du er velkommen. Send sms med kodeord Kreft til 02409.

Vi har en egen webside der du kan lese mer om vår faggruppe: [Kreftsykepleiere \(nsf.no\)](#).

Du finner oss også på facebook (1) NSF's faggruppe for kreftsykepleiere | Facebook og på instagram

Følg oss gjerne.

Hovedstyre i NSF sin faggruppe består av:

Tanja Alme, leder

Åshild Knatten, kasserer

Anne-Lene Bull, nestleder

Anne Britt Hauge, lokallagslederkontakt, annonser

Marit Klævold, redaktør

Kristin Bergum, vara

Merete Kløvning, web/sosiale medier, stipend

Ingvild Ramberg, vara

Ta gjerne kontakt med oss

INDIKASJON¹

Alunbrig er indisert som monoterapi til behandling av voksne pasienter med anaplastisk lymfomkinase (ALK)-positiv avansert ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) som tidligere ikke er behandlet med en ALK-hemmer.

ALUNBRIG ER FØRSTEVALG I BEHANDLING AV ALK+NSCLC I 1. LINJE FRA 01. JULI 2021²ANBEFALT DOSERING¹:

Anbefalt startdose av Alunbrig er 90 mg én gang daglig i de første 7 dagene, og deretter 180 mg én gang daglig.

Uke 1 Dag 1-7	90 mg, én gang daglig	Uke 2+ Dag 8 og videre	180 mg én gang daglig
1 tablett	1 X daglig	Uavhengig av mat	



HOLD DEG OPPDATERT! MOTTA INFORMASJON FRA OSS OM VÅRE TERAPIOMRÅDER:



Anbefalt startdose av Alunbrig er 90 mg én gang daglig i de første 7 dagene, og deretter 180 mg én gang daglig.

ANBEFALTE DOSEREDUKSJONSNIVÅER FOR ALUNBRIG

Dose	Dosereduksjonsnivå		
	Første	Andre	Tredje
90 mg én gang daglig (første 7 dager)	Reduser til 60 mg én gang daglig	Seponer permanent	Ikke relevant
180 mg én gang daglig	Reduser til 120 mg én gang daglig	Reduser til 90 mg én gang daglig	Reduser til 60 mg én gang daglig

ADVARSLER OG FORSIKTIGHETSREGLER / INTERAKSJONER:

- Alvorlige livstruende og fatale pulmonale bivirkninger, inkludert bivirkninger med symptomer som samsvarer med ILS/pneumonitt, kan opptre. Økning i alder og kortere intervall (under syv dager) mellom siste dose krizotinib og første dose Alunbrig ble uavhengig av hverandre forbundet med en økt forekomst av disse pulmonale bivirkningene.
- De fleste pulmonale bivirkninger ble observert i løpet av de første syv dagene av behandlingen.
- Samtidig bruk av Alunbrig med sterke CYP3A-hemmere bør unngås. Dersom samtidig bruk av sterke CYP3A-hemmere ikke kan unngås, skal Alunbrig-dosen reduseres fra 180 mg til 90 mg, eller fra 90 mg til 60 mg.
- Fruktbare kvinner bør rådes til å bruke en effektiv ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen med Alunbrig, og i minst 4 måneder etter siste dose. Menn med fruktbare kvinnelige partnere bør rådes til å bruke en effektiv prevensjonsmetode under behandlingen, og i minst 3 måneder etter siste dose.

VIKTIGE BIVIRKNINGER GRAD 3-4: SVÆRT VANLIGE (≥1/10):

Redusert lymfocytall, Hypertensjon, Økt lipase, Økt kreatinfosfokinase.

VIKTIGE BIVIRKNINGER GRAD 3-4: VANLIGE (≥1/100 til <1/10):

Pneumoni, økt APTT, anemi, hypofosfatemi, hyperglykemi, hyponatremi, hypokalemi, nedsatt appetitt, hodepine, synsforstyrrelser, elektrokardiogram med forlenget QT, hypertensjon, pneumonitt, dyspnoe, økt amylase, kvalme, magesmerter, diaré, økt ALAT, økt ASAT, økt alkalisk fosfatase, utslett, fotosensitivitetsreaksjon, fatigue.

Dersom doser på 60 mg 1 gang daglig ikke tolereres skal Alunbrig seponeres permanent.

Doseavbrudd/glemt dose: Hvis behandling avbrytes ≥14 dager av årsaker ikke relatert til bivirkninger, skal behandling gjenopptas med 90 mg 1 gang daglig i 7 dager før det økes til tidligere tolerert dose. Ved glemt dose eller oppkast rett etter at dosen er tatt, skal det ikke tas ekstra dose, men fortsettes med neste planlagte dose. **Administrering:** Tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Grapefrukt/grapefruktjuice bør unngås. Svelges hele med vann. Skal ikke knuses eller leses opp. **Pakninger og priser (11.05.2021): Tabletter, filmdrasjerte: 30 mg:** 28 stk.¹ (blister) kr 16152,50. **90 mg:** 28 stk.¹ (blister) kr 46639,30. **180 mg:** 28 stk.¹ (blister) kr 62147,10. **Tabletter, filmdrasjerte i startpakning: 90 mg og 180 mg:** 7 stk. à 90 mg + 21 stk. à 180 mg¹ (blister) kr 62147,10. **Refusjon: 'H-resept: Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. **Vikår:** (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. **Reseptgruppe:** C. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 01.04.2020

REFERANSER

- Alunbrig, SPC, Avsnitt 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8 og 5.1, 01.04.20. Tilgjengelig på www.legemiddelsok.no
- LIS Anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, Sykehusinnkjøp, 06/12, Tilgjengelig på: <https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger--avtaleprodukter>



ONCOLOGY



Tanja Lind

Student ved videreutdanningen i lungesykepleie, Høgskolen på Vestlandet

Hva motiverte deg til å ville ta videreutdanning i lungesykepleie?

Jobbet mange år, så passet med faglig påfyll og videreutvikling nå. Etter så mange år på lungeavdelingen, føler jeg meg som en lungesykepleier, og fint å få det formalisert på en måte. Vi er dessuten flere fra samme avdelingen som går og da blir det ekstra gøy og motiverende.

Hvordan er det å ta videreutdanning i lungesykepleie?

Føles veldig godt selv om det er stor overgang å være student igjen. Men veldig berikende.

Hva tenker kollegaene dine om at du tar videreutdanning?

De synes det er kjempestas. .

Hvordan kan den kunnskapen du tilegner deg under studiet komme lungepasientene til gode?

Man kommer jo mer i dybden av ting så en slags fordypning eller spesialisering gjør at man blir flinkere generelt.

Hva har du lyst til å skrive masteroppgave om?

Usikkert om det blir master. Så vet ikke ennå. Trenger mer tid til å tenke.



Anders Hauge-Corneliusen

Student ved videreutdanningen i lungesykepleie, Høgskolen på Vestlandet

Hva motiverte deg til å ville ta videreutdanning i lungesykepleie?

Jeg jobber i en lungepoliklinikk sammen med andre lungesykepleiere som snakket varmt om utdanningen. Jeg ønsket også mer kunnskap om lungesykdommer og sykepleie til lungepasienter. Jeg blir også motivert av å utfordre meg selv og derfor er dette en verdifull anledning til å utfordre «de små grå», og samtidig tilegne meg nyttig og verdifull kunnskap.

Hvordan er det å ta videreutdanning?

Det er litt tidlig å svare godt på dette spørsmålet, men så langt har jeg et godt inntrykk av skolen og undervisningsplanen. Foreleserne er gode pedagoger og gir relevante og varierte forelesninger. Det er veldig interessant og motiverende å møte andre sykepleiere som jobber i andre deler av landet og med den samme pasientgruppen.

Hva tenker kollegaene dine om at du tar videreutdanning?

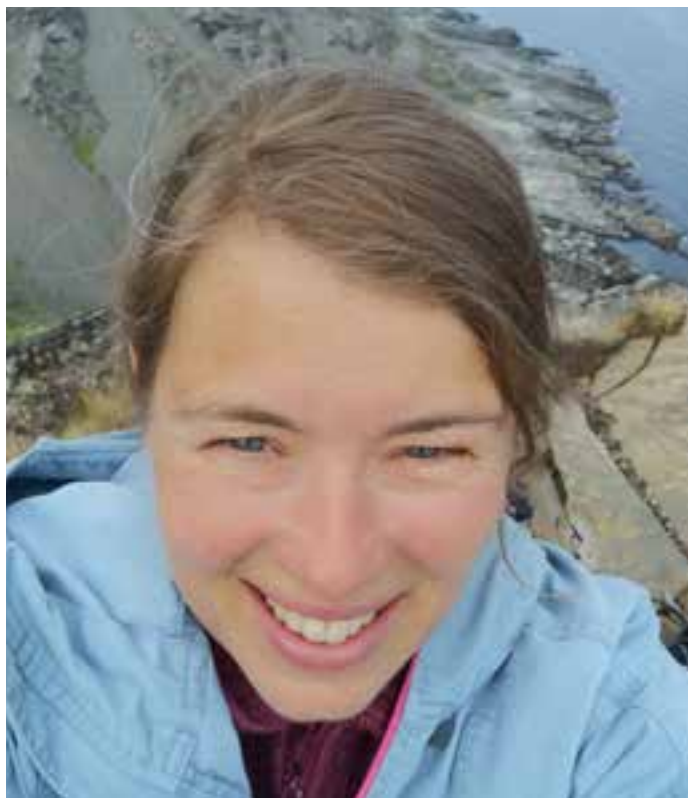
Alle er utelukkende positive. De synes det er bra at jeg ønsker å ta videreutdanning og gleder seg til at jeg kan dele ny kunnskap med avdelingen.

Hvordan kan den kunnskapen du tilegner deg under studiet komme lungepasientene til gode?

Forhåpentligvis gir økt kunnskap økt kompetanse og bedre sykepleie til en sårbar gruppe pasienter. Lungepasienter er like individuelle som alle andre og derfor vil noe av det jeg lærer være verdifullt for enkelte, mens annen kunnskap vil gagne mange. Jeg tror økt kunnskap skaper trygghet og mer målrettet behandling.

Hva har du lyst til å skrive oppgave om?

Det er litt tidlig i studiet og jeg vet enda ikke hva jeg ønsker å fokusere på. Men jeg liker å undervise. Det hadde vært spennende å se nærmere på et undervisningsprogram til lungepasienter eller til sykepleiere med lungepasienter.



Kristin Mestad

Masterstudent i lungesykepleie

Hva motiverte deg til å ville ta master i lungesykepleie?

Eg var ferdig med spesialutdanning i lungesykepleie i 2014 og var usikker på om eg skulle ta master. Sidan det kom tilbod om påbygging, syns eg det ville vere kjekt å få fullføre til ein master. Det ville vere lite aktuelt å starte på ein ny master frå start for meg. Og så var det ok å gjere det så snart eg kunne, før for mykje av det eg lærte på vidareutdanninga var gløymd.

Hvordan er det å ta master påbygg?

Vi har starta med kurs i Vitskapsteori, -filosofi og metode. Det gir vel eit godt grunnlagt for å starte å arbeide med masteroppgåva. Det har vore litt travelt. Har vore mykje arbeid med gruppeoppgåver denne hausten, men det positive er at det hjelper oss å komme gjennom og bearbeide det stoffet vi skal lære. No er vi midt i heimeeksamen.

Hva tenker kollegaene dine om at du tar mastergrad?

Dei synes det er positivt. Har også ein nær kollega som tek master i hjerte- og lungefysioterapi og det er motiverande og interessant å kunne utveksle erfaringar og kunnskap. Trur kollegaene ser at det vil kunne vere nyttig at eg tek master. Det er også ein del som ikkje forstår at eg orkar.

Hvordan kan den kunnskapen du tilegner deg under studiet komme lungepasientene til gode?

Håpar eg kan bli ein betre sjukepleiar i den jobben eg har på Lungeavdelinga på Haukeland. Der jobbar eg først og fremst med rehabilitering for lungesjuka. Håpar også på å kunne bli flinkare å bruke kunnskapsbasert praksis i jobben.

Hva har du lyst til å skrive masteroppgave om?

Eg synes det er svært spennande med helsepedagogikk. Kva er det fører til at ein gjer ei livsstilsendring? Kva prosessar skjer? Det vil vere nyttig å ha meir kunnskap om dette i jobben min generelt, og særleg ift røykeslutt. Eg håpar eg kan skrive om noko av dette.

Forfatterveiledning for fagartikler

Vi ønsker å publisere enda flere fagartikler i Fagblad for lungesykepleiere i tiden fremover. Fagartikler kan for eksempel være basert på fordypningsoppgaver fra videreutdanning i lungesykepleie eller andre relevante videreutdanninger, masteroppgaver eller fagutviklings- og forskningsprosjekt. Fagartikler kan også være en norsk kortversjon av vitenskapelige artikler som er publisert i internasjonalt vitenskapelig tidsskrift.

Fagartiklene må omhandle tematikk som er relevant for lungesykepleie og kan omhandle klinisk lungesykepleie, faglige og etiske utfordringer, pedagogikk, simulering, presentere funn fra fagutvikling- og forskningsprosjekt og beskrivelse av oppdaterte prosedyrer og kliniske undersøkelser.

Dersom du har en ide til en fagartikkel eller forslag til temanummer ta kontakt med redaktør Simen A. Steindal på e-post: simen.alexander.steindal@ldh.no. Vi tilbyr noe veiledning på artikkelskriving om det er ønske om dette.

De som publiserer fagartikler i Fagblad for lungesykepleiere får et gavekort.

Krav til fagartikler

- Forfatterinformasjon: Navn, tittel, utdanning, arbeidsted og e-postadresse
- Legg ved portrettbilde
- Omfang er på 3-6 sider, artikler kan være lengre etter avtale med redaktør
- Skriftstørrelse 12, skrifttype Times New Roman og 1,5 linjeavstand
- Overskrifter skal ha fet skrift
- Forfatteren står fritt til å velge struktur på fagartikkelen. Dersom fagartikkelen presenterer resultater fra et forsknings- eller fagutviklingsprosjekt skal det være en kort metodedel
- Dersom fagartikkelen er basert på en tidligere publisert vitenskapelig artikkel, må det henvises til denne
- Referansestilen er norsk-APA stil, se kildekomaset.no for mer informasjon
- Fagartikkelen sendes som word-dokument sammen med portrettbilde på e-post til simen.alexander.steindal@ldh.no

Tidlig diagnostikk for bedre lungehelse

NDD Medical Technologies tilbyr innovative og brukervennlige apparater for lungefunksjonstesting. Disse apparatene selges over hele verden for å diagnostisere og behandle lungesykdommer med overlegen presisjon.



EasyOne Pro LAB

- Portabel DLCO, MBW, lungevolum, LCI og spirometri
- Nøyaktig og effektiv
- Kun oksygen for MBW
- Ikke bruk for Body Box
- Kompakt design, kun 9 kg
- TrueCheck teknologi
- Ingen oppvarmingstid
- Egentilpasset protokoll for provokasjonstest



EasyOne Air

- Portabelt apparat
- Hygienisk
- Ingen lisenskostnad
- Kalibrerings- og vedlikeholdsfritt
- Gratis softwareoppgradering
- Intuitiv og klar fargeskjerm
- Kan også benyttes som PC-spirometer



Easy on-PC

- Fullintegrert spirometer koblet med din PC
- Easy Connect
- Sanntidsanimerte grafer og incentiver
- Raske og nøyaktige resultater uten kalibrering
- Easy on-PC sensor

Ta kontakt med vår produktspesialist for en kostnadsfri demo, enten ute på ditt sykehus eller på nett.



Mina Husby
Produktspesialist
Hospital Solutions
Tlf. 954 95 970
Mina.husby@mediq.com

Forbruksartikler

Varenr.	Varenavn
744497	Filter Inline Spirometri (Easy on-PC, EasyOne Air)
744495	Filter adapter Easy on-PC
744299	Filter adapter EasyOne Air
702740	Munnstykke spirometri Easy on-PC
738529	Munnstykke spirometri EasyOne Air

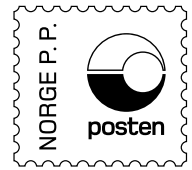
Tlf. **67 02 43 00**

kundeservice.no@mediq.com
www.mediqnorve.no



Returadresse:

Simen Alexander Steindal
Lovisenberg diakonale høgskole
Lovisenberggt. 15b, 0456 Oslo

**OLYMPUS**

#LoveForLungs

Early Bird Catches the Worm

Our Solution for Lung Cancer Diagnosis and Staging

Lung cancer causes practically no early symptoms and is therefore usually diagnosed very late. Early detection can make a big difference. It means a curative treatment can be performed to counteract the above listed disastrous numbers, give patients more hope and reduce medical costs.

When detecting lung cancer, an accurate assessment of the progression of the disease is essential for defining the following treatment

Olympus are committed to sharing information with you about keeping the lungs healthy as well as about our solutions for lung cancer diagnosis and staging.

We want to raise awareness on lung cancer, since we have a lot to say about it. The goal is to create more attention with our campaign #LoveForLungs and thereby help more people in the fight against cancer.

Our Products and Solutions

- Solution for Lung Cancer Staging
- Solution for Access and Diagnosis of SPN
- Ultrathin Bronchoscope Ideal for Peripheral Lung Regions

Find out more: www.olympus.no

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | Telefon: 23 00 50 50 | www.olympus.no