

# Fagblad

## for lungesykepleiere

Nr 1. – 2019



## INNHALDET:

Hei alle medlemmer!.....	2	Tett på tre. ....	18-19
Symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).....	4	Lungemedisinsk sengepost, Ullevål, Oslo universitetssykehus .....	20
Prioriteringskriteriene rammer hardt ved lungekreft.....	8	Kunngjøringer: .....	21
Avstandsoppfølging til kronisk syke.....	10	Nsf's faggruppe av lungesykepleiere .....	21
Gode pasientforløp: Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) - ønsker og behov hjemme og i sykehus .....	12	Kveldsmøte NSF FLU Hordaland.....	22
		Kurs og konferanser 2019: .....	30

# Hei alle medlemmer!

I januar begynte det nytt kull med 29 studenter på videreutdanning i klinisk sykepleie - Lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen. De kommer fra hele landet fra Hammerfest i nord til Kristiansand i sør. De er nå allerede godt i gang med sin første eksamen som er et gruppearbeid, hvor de skal skrive en plan for klinisk audit/kvalitets- forbedringsprosjekt.

NSF FLU Landskonferanse i Kristiansand går av stabelen 4. og 5. april og generalforsamlingen avholdes den 04. april. Arbeidsgruppen i Kristiansand står på og har laget et spennende faglig program med mange meget gode forelesere.

**Vi håper å se mange av dere i Kristiansand!**

Det var mange som søkte om kurrstøtte og stipend og styret valgte derfor å øke beløpet som er satt av til dette i 2019. Det var 1 som fikk masterstipend, 5 som fikk stipend til Videreutdanning i Lungesykepleie og 45 som fikk kursstøtte, hvorav de aller fleste til Landskonferansen i Kristiansand.

Kurs i respirasjonsfysiologi og måleteknikk vil bli arrangert i Bodø i november, datoene blir lagt ut på

Facebook og nettsiden så snart de er avklart. Kurset er spesielt nyttig for sykepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, og andre som arbeider i poliklinikker og utfører respirasjonsfysiologiske målinger. Kurset kan imidlertid også være nyttig for helsearbeidere som møter lungesyke i sin praksis.

Vi fikk en gledelig melding i forrige uke, og det er at nå har vi offisielt over 500 medlemmer og dette betyr mer i økonomisk støtte fra Norsk Sykepleierforbund.

Har dere saker som dere ønsker at styret skal ta tak i, ønsker om tema i Fagbladet, eller annet dere vil formidle til oss så ta gjerne kontakt. Kontaktinformasjon finner dere på nettsiden og på neste side her i bladet.

Vi minner også om at **VERVEKAMPANJEN** fortsetter!

**Vi ønsker dere alle en riktig God Påske om ikke så lenge!**



*Masse hilsener fra alle i styret v/Gerd Gran.*

## NSFS FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE



### Utgivelsesplan 2019- 2020:

Nr.	Matr.frist	Utgivelse
02 2019	15/08-19	september 2019
01 2020	15/12-18	januar 2020

### Annonsepriser fra 1. januar 2018:

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.



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

Internett: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)  
E-post: [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)

**Styret 2017/2019 består av:**

**Leder: Gerd Gran**  
Seksjon for pasientsikkerhet  
Haukeland Universitetssykehus

**Nestleder: Tonje Spjelkavik**  
Medisinsk poliklinikk,  
Nordlandssykehuset i Bodø

**Sekretær: Kristin Degnes**  
Sykehuset Innlandet HF Divisjon  
Elverum – Hamar

**Kasserer: Ida Kristin Opås**  
Lungeavdelingen  
ved Sørlandet sykehus i Kristiansand

**Fagblad og nyhetsbrev ansvarlig:**

**Margrete Klemmetsby**  
Nasjonalt Register for  
Hjemmerespiratorbehandling  
ved NKH Lungeavdelingen,  
Haukeland Universitetssykehus

**Lokalgruppeansvarlig: Nina Bertelsen**  
Lungeavdelingen/lunge poliklinikk på  
universitetssykehuset i Stavanger

**Webansvarlig: Simen A. Steindal**  
Lovisenberg diakonale høyskole,  
Sengepost for lindrende behandling  
Oslo universitetssykehus

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

Søknadsfrist for stipend og kursstøtte er  
den 1. februar hvert år.

Søknad sendes som vedlegg på e-post  
til: [NSFFLU@gmail.com](mailto: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](mailto:NSFFLU@gmail.com)

Forsidebilde: Av Sølvi Margrethe Flaten.  
«Statsraad Lemkhul ved bryggen i Bergen»

Design og trykk:  
Østfold Trykkeri, Askim  
Tlf.: 69 81 88 99

[www.ostfold-trykkeri.no](http://www.ostfold-trykkeri.no)

E-mail: [post@ostfold-trykkeri.no](mailto:post@ostfold-trykkeri.no)

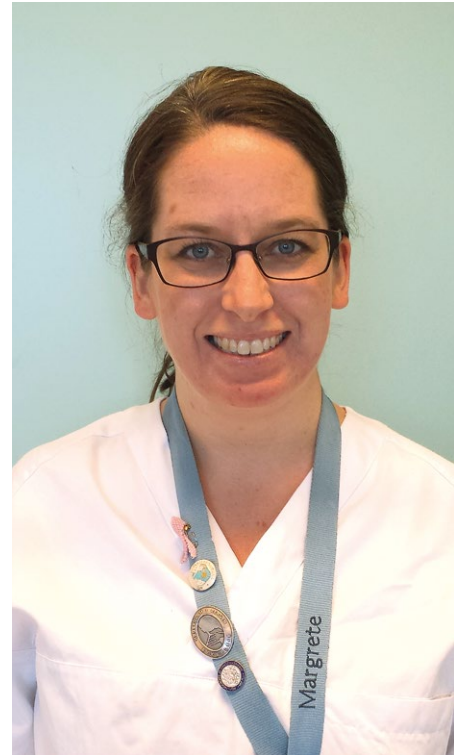


## Det spirer og gror

Når jeg leser gjennom innholdet i denne utgaven av fagbladet, er det en tanke som slår meg umiddelbart. Det er at lungepasienter og lungefaget er i gode hender hos sykepleiere rundt om i landet.

Det spirer og gror og syder av liv og utvikling i lungefaget. Sykepleierne spiller en svært viktig rolle her. Alt fra nitidig arbeid med gode pasientforløp, innovative prosjekter med telemedisin, dedikerte sykepleiere og avdelinger i kommuner og ved sykehus som ønsker å gi pasienter og pårørende en trygg og god tid i siste fase av livet.

Studier for bedre å kunne forstå kompleksiteten av symptombelastning som kols-pasienter ofte har, er bare noe av arbeidet som foregår direkte og indirekte for å kvalitetssikre behandling og pleie til lungepasienter. Programmet for årets Landskonferanse vitner om det samme. Engasjementet er stort,



Margrete Klemmetsby

mulighetene mange, men det er også utfordringene.

Lungepasienter har en tøff hverdag. Når ny behandling kommer på markedet som det er begrenset tilgang på for pasientene, kan det føles spesielt utfordrende, både for helsepersonell og pasienter. Kronikken til Øystein Fløtten og to små notiser på side 28 sier litt om dette. Om fenomenet med utvikling som møter politikk og markedskrefter. I bunnlinjen har vi enkeltskjebner som berøres på det sterkeste.

Nei, her kan vi ikke hvile på laurbærene. La dere inspirere av innsatsen og engasjementet bak faginnholdet i dette fagbladet. Forhåpentligvis gir det næring til videre vekst.

**God lesing og god vår!**  
**På vegne av styret,**  
**hilsen Margrete Klemmetsby**

# Symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)

Av Vivi Lycke Christensen, Phd, Sykepleier,  
Lovisenberg Diakonal Høgskole

## Innledning

Flere studier har kartlagt en samtidig forekomst av fysiske og psykologiske symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). I tillegg til respiratoriske symptomer som tungpustenhet, hoste, og utmattelse, viser studier at kols pasientene oppgir å ha symptomer som søvnforstyrrelser, smerte, angst, depresjon til samme tid<sup>1-6</sup>. Tidligere studier som har undersøkt symptombelastningen har i stor grad fokusert på pasienter med langt kommet kols<sup>7</sup>.

Kunnskap om symptombelastningen ved kols er viktig for å kunne informere pasientene om hvilke symptomer som er vanlige, i tillegg til å kunne gi konkrete råd og veiledning, samt å kunne vurdere behovet for ytterligere behandling. Det var derfor ønskelig å undersøke om det var forskjeller i symptombelastningen hos pasientene i de ulike stadiene av kols sykdommen og identifisere subgrupper av pasientene basert på deres opplevelse av de hyppigst forekomne symptomene.

## Utvalg og metode

Studien er en del av et større longitudinelt prosjekt der pasientene ble fulgt over 12 måneder. Pasienter med moderat, alvorlig og svært alvorlig kols (kols grad 2-4<sup>8</sup>) i stabil fase ble inkludert i studien. Pasientene ble rekruttert fra 3 lungemedisinske poliklinikker og en lungeavdeling ved et regionsykehus. Informasjon om pasientkarakteristikker, tilleggssykdommer, og symptomer ble hentet fra



pasientens journal, spirometri og via spørreskjema som pasientene fylte ut selv.

For å kartlegge symptomene ble Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) brukt<sup>9</sup>. MSAS brukes til å kartlegge forekomsten, frekvensen, kraftfullheten og plagsomheten av 32 symptomer. Latent Class Analysis ble anvendt for å kunne identifisere subgrupper av pasienter basert på sannsynlighet for samtidig forekomst

av 14 symptomer rapportert hos mer enn 40% av pasientene.

## Resultat

Totalt 267 pasienter deltok i studien. Gjennomsnittsalder var 63 år og 53% var kvinner. Alle pasientene, uavhengig av sykdomsgrad, rapporterte en samtidig forekomst av 12 symptomer. Symptomer som tungpustenhet, fatigue, hoste, bekymring og smerte ble rapportert av over 50% av pasientene.

### Fordeling av pasientene i 3 subgrupper basert på symptombelastning:

Pasientene med høyest symptombelastning rapporterte gjennomsnittlig 18 symptomer. Flertallet av pasientene i denne gruppen var kvinner (65%), yngre i alder og hadde et høyere antall forverrelser siste 12 mnd. I denne gruppen hadde 27% av pasientene moderat kols.

Pasientene med moderat symptombelastning rapporterte gjennomsnittlig 9 symptomer. I denne gruppen var flertallet av pasientene eldre og hadde færre forverrelser siste 12 mnd. Av pasientene i denne gruppen hadde 38% svært alvorlig kols.

Pasientene i subgruppen som oppga lav symptombelastning rapporterte et gjennomsnitt på 2 symptomer, og oppga lav forekomst av fysiske og psykiske symptomer. Flertallet av pasientene var menn og 36 % av pasientene hadde svært alvorlig kols.

### Konklusjon

Det gjennomsnittlige antallet på 12 symptomer i studien vår er høyere enn tidligere beskrevet hos lignende grupper kols pasienter. I en svensk studie ble det rapportert et gjennomsnitt på 8 symptomer hos pasienter med moderat og alvorlig kols.<sup>3</sup> En mulig forklaring kan være at vi i vår studie inkluderte pasienter med tilleggssykdommer. Det er derfor grunner til å tro at komorbiditet kan være én av årsakene til høyere grad av symptombelastning hos kols pasienter. Samtidig fant vi også at et økende antall forverrelser siste år kan ha betydning for den totale symptombelastningen som kols pasientene opplever.

Studien vår viser at pasienter med kols har mange symptomer uavhengig av alvorlighetsgrad av sykdommen. I tillegg viser studien at det er et behov

for å kartlegge symptombelastningen hos pasientene i alle stadier av sykdommen, også i en stabil fase slik at pasientene får en bedre tilpasset behandling og lindring av sine symptomer og plager. Videre er det viktig å undersøke hvordan disse symptomene oppleves over tid, og utvikle intervensjoner for oppfølging av symptomene hos KOLS pasientene.

Resultatene det vises til er hentet fra: Christensen VL, Holm AH, Cooper B, Paul SM, Miaskowski C, Rustøen T. Differences in Symptom Burden Among Patients With Moderate, Severe, or Very Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(5):849-859.

Christensen VL, Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C, Henriksen AH, Bensten SB, Holm AH. Distinct symptom experiences in subgroups of patients with COPD. *Int Journal Chron Obstruct Pulm Dis.* 2016;11:1801-1809.

## **Studien vår viser at pasienter med kols har mange symptomer uavhengig av alvorlighetsgrad av sykdommen**

### Referanser

1. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kuhnbach R, Haberland B, Higginson IJ. Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *J Palliat Med.* 2010;13(9):1109-18.
2. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality

of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):115-23.

3. Eckerblad J, Todt K, Jakobsson P, Unosson M, Skargren E, Kentsson M, et al. Symptom burden in stable COPD patients with moderate or severe airflow limitation. *Heart Lung.* 2014;43(4):351-7.
4. Theander K, Hasselgren M, Luhr K, Eckerblad J, Unosson M, Karlsson I. Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:785-94.
5. Strada EA, Homel P, Tennstedt S, Billings JA, Portenoy RK. Spiritual well-being in patients with advanced heart and lung disease. *Palliat Support Care.* 2013;11(3):205-13.
6. Gift AG, Shepard CE. Fatigue and other symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: do women and men differ? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999;28(2):201-8.
7. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Curr Opin Pulm Med.* 2012;18(2):97-103.
8. GOLD SC. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (Updated 2015). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc [Internet]. 2015 [Cited April 7, 2015]. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
9. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994;30A(9):1326-36.

# Astmabehandling med Relvar Ellipta (flutikasonfuroat/vilanterol)



**24-timers vedvarende effekt på FEV<sub>1</sub><sup>1</sup>**



**Den eneste ICS/LABA med dosering  
kun én gang daglig<sup>2-5</sup>**



**En enkel inhalator: Ellipta - 95 % brukte  
den riktig etter en demonstrasjon<sup>6,7</sup>**



Relvar Ellipta (flutikasonfuroat/vilanterol) er indisert for regelmessig behandling av astma hos voksne og unge over 12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (ICS/LABA) er egnet:

- pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av ICS og korttidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonister til inhalasjon ved behov
- pasienter som allerede er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av ICS/LABA

De hyppigst rapporterte bivirkningene av flutikasonfuroat og vilanterol var hodepine og nasofaryngitt.<sup>2</sup> Et økt antall av tilfeller med pneumoni og frakturer er hyppigere observert hos pasienter med kols. Relvar Ellipta bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilatator nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom. Les preparatomtalen før forskrivning av Relvar.

**RELVAR** ELLIPTA  
(flutikasonfuroat/vilanterol)



## Relvar Ellipta «GlaxoSmithKline»

### C Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K10

### T INHALASJONSPULVER 92 µg/22 µg i Ellipta og 184 µg/22 µg i Ellipta: Hver dose inneh.:

Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), resp. 200 µg (tilsv. avgitt dose 184 µg), vilanterol (som trifenatat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktosemonohydrat ca. 25 mg, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** *Astma:* 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Regelmessig behandling av voksne og unge >12 år, hvor bruk av et kombinasjonspreparat (langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist og kortikosteroid til inhalasjon) er egnet; pasienter som ikke er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon og bruk av korttidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonister til inhalasjon ved behov og pasienter som allerede er tilstrekkelig kontrollert ved bruk av både kortikosteroid til inhalasjon og langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist til inhalasjon. *Kols:* 92 µg/22 µg: Symptomatisk behandling av voksne med kols med en FEV<sub>1</sub> <70% av forventet normalverdi (post-bronkodilator) som tidligere har hatt eksaserbasjoner til tross for regelmessig bronkodilatorerende behandling. **Dosering:** Tas 1 gang daglig til samme tid hver dag. Legen bør avgjøre om dosen skal tas morgen eller kveld. Dersom en dose blir glemt, bør neste dose tas til vanlig tid neste dag. Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Bedret lungefunksjon oppnås normalt innen 15 minutter etter inhalasjon ved astma, og 16-17 minutter etter inhalasjon ved kols. Dersom symptomer oppstår i perioden mellom dosene, bør en dose korttidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist inhaleres for øyeblikkelig effekt. *Astma: Voksne og unge >12 år:* 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig kontroll med 92 µg/22 µg, kan dosen økes til 184 µg/22 µg. Pasienten bør gis den styrken som inneholder egnet dose flutikasonfuroat (FF), tilpasset sykdommens alvorlighetsgrad. FF 92 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som flutikasonpropionat (FP) 250 µg 2 ganger daglig, mens FF 184 µg 1 gang daglig gir tilnærmet lik effekt som FP 500 µg 2 ganger daglig. Dosen bør titreres til laveste dose som opprettholder symptomkontroll. *Kols:* 1 inhalasjon 92 µg/22 µg 1 gang daglig. 184 µg/22 µg er ikke indisert ved kols. **Spesielle pasientgrupper:** *Nedsatt leverfunksjon:* Forsiktighet bør utvises pga. økt risiko for systemiske bivirkninger assosiert med kortikosteroider. Ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon er maks. dose 92 µg/22 µg. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ingen dosejustering. *Barn <12 år:* Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. *Eldre:* Ingen dosejustering. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Ellipta har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Ved oppbevaring i kjøleskap, bør inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. Etter inhalasjon anbefales munnskylling med vann uten å svelge. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes i behandling av akutte astmasymptomer eller ved akutt eksaserbasjon ved kols. I disse tilfellene er en korttidsvirkende bronkodilator nødvendig. Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer indikerer redusert sykdomskontroll, og pasienten bør undersøkes av lege. Pasienten bør ikke avslutte behandlingen uten tilsyn av lege, da symptomer kan komme tilbake etter seponering. Astmarelaterte bivirkninger og eksaserbasjoner kan oppstå under behandling. Pasienten bør informeres om å fortsette behandlingen, men oppsøke lege dersom astmasymptomene forblir ukontrollerte eller forverres etter behandlingsoppstart. Paradoksal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økende tungpust etter inhalasjon. Dette bør behandles umiddelbart med en korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon. Relvar Ellipta må seponeres umiddelbart, pasienten må vurderes, og alternativ behandling må påbegynnes om nødvendig. Bør brukes med forsiktighet ved alvorlig kardiovaskulær sykdom, hjertetytmeforstyrrelser, tyreotoksikose, ukorrigert hypokalemi og predisponering for lave serumkaliumnivåer. Pasienter med moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør doseres med 92 µg/22 µg, og følges opp i forhold til systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. Faren for slike effekter er langt mindre ved inhalasjon enn ved oral kortikosteroidbehandling. Mulige systemiske effekter inkluderer Cushings syndrom, eller karakteristiske kjennetegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, redusert tetthet, hemmet vekst hos barn og ungdom, katarakt og glaukom, og mer sjeldent, ulike psykiatriske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (særlig hos barn). Forsiktighet bør utvises ved lungetuberkulose eller ved kroniske eller ubehandlede infeksjoner. Det er rapportert økning i blodsukkerverdier hos pasienter med diabetes. Dette bør vurderes ved forskrivning til pasienter som har/har hatt diabetes mellitus. Økt forekomst av pneumoni, inkl. pneumoni som krever sykehussinnleggelse, er sett hos kols-pasienter som bruker inhalasjonskortikosteroider. Det er ingen endelige kliniske bevis for forskjeller i risiko mellom ulike inhalasjonskortikosteroider. Legen bør være oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni hos pasienter med kols, da kliniske symptomer kan ligne på symptomer på eksaserbasjoner ved kols. Risikofaktorer for pneumoni hos kols-pasienter inkluderer røyking, høy alder, lav kroppsmasseindeks (BMI) og alvorlig kols. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Synsforstyrrelse er rapportert ved systemisk og topikal kortikosteroidbruk. Ved tåkesyn eller andre synsforstyrrelser, bør pasienten vurderes for henvisning til øyelege for vurdering av mulige årsaker. Dette kan omfatte katarakt, glaukom eller sjeldne sykdommer som sentral serøs korioretinopati (CSCR). **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se R03A K10. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås etter inhalerte doser. Samtidig bruk av både ikke-

selektive og selektive betablokkere bør unngås, med mindre tungtveiende grunner foreligger. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere, (f.eks. ketokonazol, ritonavir, kobicistat), grunnet mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås, hvis ikke fordel oppveier økt risiko for systemiske kortikosteroidbivirkninger, og pasienten skal da overvåkes for systemiske kortikosteroideffekter. Samtidig bruk av andre sympatomimetiske legemidler (alene eller som del av en kombinasjonsbehandling) kan potensere bivirkninger av Relvar Ellipta. Bør ikke brukes i kombinasjon med andre langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-adrenerge agonister. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet som ikke er klinisk relevant ved eksponering. Det er ingen eller begrensede data fra bruk hos gravide. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. *Amming:* Tilstrekkelig informasjon om utskillelse i morsmelk foreligger ikke, men andre kortikosteroider og beta<sub>2</sub>-agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstans fra, basert på nytte-/risikovurdering. *Fertilitet:* Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Luftveier: Nasofaryngitt. Neurologiske: Hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominal smerte. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjon, bronkitt, influensa, candidainfeksjoner i munn og svelg. Luftveier: Orofaryngeal smerte, bihulebetennelse, faryngitt, rhinitt, hoste, heshet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelpasmer, ryggsmerte, frakturer. Øvrige: Feber. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hjerte/kar: Ekstrasystoler. Stoffskifte/ernæring: Hyperglykemi. Øye: Tåkesyn. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* *Gastrointestinale:* Paradoksal bronkospasme. *Hjerte/kar:* Hjertebank, takykardi. *Immunsystemet:* Hypersensitivitetsreaksjoner inkl. anafylakse, angioødem, utslett og urticaria. *Neurologiske:* Tremor. *Psykiske:* Angst. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* En overdose kan gi tegn og symptomer på hvert av virkestoffenes effekter, inkl. de sett ved overdosering av andre beta<sub>2</sub>-agonister, og i samsvar med kjente klasseeffekter av kortikosteroider til inhalasjon. *Behandling:* Ingen spesifikk behandling. Generell støttende behandling og tilstrekkelig monitorering. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose, hvor symptomene er av klinisk betydning og ikke responderer på støttende tiltak. Kardioselektive betablokkerende legemidler bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Ytterligere håndtering bør skje som klinisk indisert, eller som anbefalt av Giftinformasjonen. Se Giftinformasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c og selektive beta<sub>2</sub>-agonister R03C C side c. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Kombinasjonspreparat av kortikosteroid (flutikasonfuroat) og selektiv langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist (vilanterol). *Virkningsmekanisme:* Flutikasonfuroat er et syntetisk trifluorinert kortikosteroid med en potent antiinflammatorisk effekt pga. effekter på flere celletyper involvert i inflammasjon. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaksering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15,2% og 27,3%. Oral biotilgjengelighet for flutikasonfuroat og vilanterol er i gjennomsnitt hhv. 1,26% og <2%. Gitt den lave orale biotilgjengeligheten, skyldes systemisk eksponering etter inhalasjon primært absorpsjon av dosen som avgis til lungene. *Proteinbinding:* Flutikasonfuroat i plasma: >99,6% i gjennomsnitt. Vilanterol i plasma: 93,9% i gjennomsnitt. Det er ingen reduksjon i plasmaproteinbinding hos forsøkspersoner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. *Fordeling:* Gjennomsnittlig Vd<sub>s</sub>: Flutikasonfuroat: 661 liter. Vilanterol: 165 liter. *Halveringstid:* Plasmahalveringstid av vilanterol etter 1 enkelt inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 2,5 timer. Etter gjentatte doser med inhalasjon av vilanterol 25 µg er effektiv t<sub>1/2</sub> 16 timer hos personer med astma, og 21,3 timer hos personer med kols. *Metabolisme:* Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 gjennom hydrolyse av S-fluormetylkarbotoiat-gruppen til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Vilanterol: Primært O-dealkylering til en rekke metabolitter med betydelig redusert beta<sub>1</sub>- og beta<sub>2</sub>-agonistaktivitet. *Utskillelse:* Flutikasonfuroat: Hovedsakelig i feces, <1% i urin. Vilanterol: Urin (70%) og feces (30%). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av beholder er 6 uker. **Pakninger og priser:** 92 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 367,30. 3 x 30 doser kr 1029,50. 184 µg/22 µg i Ellipta: 30 doser kr 463,10. 3 x 30 doser kr 1316,80. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk astma: 92 µg/22 µg og 184 µg/22 µg: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist og inhalasjonssteroid er indisert. Refusjonskoder: ICD J45, ICPC R96. Vilkår: 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Refusjonsberettiget bruk kols: 92 µg/22 µg: Refusjon ytes kun til pasienter med moderat og alvorlig kols (FEV<sub>1</sub> <65% av forventet verdi – post bronkodilator). Refusjonskoder: ICD J44, ICPC R95. Vilkår: 90. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. **Sist endret:** 01.10.2018. **Basert på SPD godkjent av SLV:** 13.09.2018

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

**Referanser:** 1. Bernstein DI, Bateman ED *et al.* Fluticasone furoate (FF)/vilanterol (100/25 mcg or 200/25 mcg) or FF (100 mcg) in persistent asthma. *J Asthma* 2015;52(10):1073-83. 2. Seretide Preparatomtale avsnitt 4.2 (12.04.2018) (samt generiske alternativer) 3. Symbicort Preparatomtale avsnitt 4.2 (06.12.2018) (samt generiske alternativer) 4. Inuxair Preparatomtale avsnitt 4.2 (04.06.2018) 5. Flutiform Preparatomtale avsnitt 4.2 (23.06.2015) 6. Svedsater H, Jacques L, Goldfrad C *et al.* Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *Prim Care Respir Med* 2014; 24:14019. doi: 10.1038/nppjpcrm.2014.19. 7. van der Palen J, Thomas M, Chrystyn H *et al.* A randomised open-label cross-over study of inhaler errors, preference and time to achieve correct inhaler use in patients with COPD or asthma: comparison of ELLIPTA with other inhaler devices. *Prim Care Respir Med* 2016; 26:16079. doi: 10.1038/nppjpcrm.2016.79

Relvar Ellipta er utviklet i samarbeid med INNOVIVA  
Relvar og Ellipta are trademarks of the GlaxoSmithKline Group of Companies.  
© 2019 GlaxoSmithKline Group of Companies. All rights reserved.

# Prioriteringskriteriene rammer hardt ved lungekreft

## Kronikk:

Øystein Fløtten, seksjonsoverlege for lungekreft og infeksjon ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus

## Prioriteringskriteriene rammer hardt ved lungekreft

Prioriteringsmeldingen gir åpning for å vurdere budsjettkonsekvens som prioriteringskriterium, men det er problematisk at det ikke anføres noe om hvilke beløpsgrenser som legitimerer en slik vurdering.

**B**eslutningsforum vedtok 25.februar at kombinasjonen med pemetrexed- og platinumholdig kjemoterapi og pembrolizumab (PPP) mot metastasert ikke-småcellet lungekreft – av ikke-plateepitelkarsinom-type – ikke skal innføres i Norge.

Leder Odd Terje Brustugun i Norsk Lungekreftgruppe har påpekt at flertallet av pasienter med uhelbredelig lungekreft nå ikke vil motta den beste behandlingen.

### Kostnadseffekt.

Et moment som ikke har fremkommet i debatten hittil, er hvordan noen av forutsetningene for de helseøkonomiske beregningene rammer ekstra hardt ved lungekreft.

Kostnadseffektivitet ved innføring av nye tiltak beregnes som forholdet mellom gevinsten og kostnaden ved skifte fra eksisterende behandling (komparator) til ny behandling, og uttrykkes typisk som kostnad per oppnådd kvalitetsjustert leveår (QALY). Kostnaden ved komparatoren, «innbytteprisen», trekkes fra. Innbytteprisen har derfor svært stor betydning for hva som blir regnet som kostnadseffektiv behandling.

### Ulik byttepris.

I 2015 ble nivolumab til lungekreftpasienter av typen plateepitelkarsinom ikke godkjent, mens pembrolizumab (etter rabatt) til pasienter med malignt melanom derimot ble godkjent. Den største forskjellen mellom pasientgruppene den gang lå ikke i den økte nytten av endret behandling (den var omtrent lik med 0,8 QALY ekstra for lungepasienten, og 0,7 QALY ekstra for pasienten med malignt melanom, ifølge SLVs beregninger), men derimot at komparatorerne i de to pasientgruppene hadde ekstremt ulik innbyttepris.

For malignt melanom var komparatoren ipilimumab, som kostet om lag 700.000 kroner per pasient. Lungekreftpasientene måtte derimot enda et år ta til takke med docetaxel, som i 2015 hadde en medikamentkostnad på bare noen hundrelapper per måned.

### Til sammenligning.

Sagt på en annen måte: Har du en ganske ny bruktbil med god innbyttepris, er steget opp til nybil ikke så stort. Har du derimot en gammel og utslitt Lada – vel; regnestykket gir seg selv. Bilen vrakes dessuten uansett etter kort tid, og dermed er også vedlikeholdskostnadene minimale.

*“Ettersom kostnaden ved eksisterende behandling også for denne gruppen er bagatellmessig, er det ingen innbyttepris å legge i potten. Steget opp til den beste behandlingen blir uoverstigelig”*

På samme måte er det med lungekreft: Det er høyst uvanlig at pasienter behandles mer enn to-tre måneder med docetaxel, rett og slett fordi det ikke har noen god effekt på sykdommen. Det finurlige er at hvis man i 2015 hadde lagt til grunn den prisen docetaxel hadde bare noen få år tidligere, er det godt mulig at regnestykket hadde gått opp for lungekreftpasientene allerede på det tidspunktet.

### Uoverstigelig.

Et tilsvarende regnestykke har dessverre gjentatt seg nå. Omsider skulle det store flertallet av lungekreftpasientene vurderes for PPP som førstelinjebehandling, med en suverent bedre prognose enn eksisterende behandlingsstrategi. Men siden kostnaden ved eksisterende behandling også for denne gruppen er bagatellmessig, er det ingen innbyttepris å legge i potten. Steget opp til den beste behandlingen blir uoverstigelig.





Øystein Flotten

Beslutningsforum anfører at kostnadseffektiviteten er for dårlig. Til det er å bemerke at prisen er fryktelig høy, men kostnadseffektiviteten som sådan, jamfør SLVs beregninger, er helt på linje med noen andre innførte tiltak, herunder pembrolizumab som andrelinjebehandling. Pasientgruppens størrelse, og dermed budsjettkonsekvens, ble altså avgjørende, hvilket Beslutningsforums leder Stig Slørdahl har både bekreftet og forsvart gjennom uttalelser i pressen.

#### Vi får ikke lov.

For å illustrere: To kreftpasienter, begge med uhelbredelig sykdom og med sammenlignbar nytte av å skifte til ny og samme behandling, kan nå behandles ulikt dersom den ene har en vanligere krefttype enn den andre. Forskjellen i vedtakene i 2015 var en direkte følge av ulik innbyttepris. I 2019 nektes lungekreftpasienter på nytt den beste behandlingen, dels grunnet manglende innbyttepris, men nå også fordi sykdommen er for vanlig.

For mange av lungekreftpasientene blir nå tilbudet omtrent slik: «Først får du cellegift, og når denne etter

en stund ikke virker, skal du få immunterapi. Vi vet utmerket godt at det er veldig mye bedre å gi deg begge medisinene nå med det samme. Det er også like kostnadseffektivt å gi deg begge medisinene nå. Men vi får ikke lov til å gjøre det slik».

#### Problematiske.

Besparelsene man oppnår ved vedtaket, er tredelt: Pasienter blir for dårlige eller dør eller før de får prøve immunterapi, effekten er dårligere som andrelinje-monoterapi og derav kortere behandlingsvarighet, samt at de pasientene som ikke har PDL1-uttrykk på tumor, ikke får prøve immunterapi i det hele tatt. PDL1-uttrykk er for øvrig ikke noen spesielt god markør til å predikere effekt av immunterapi på individnivå.

Prioriteringsmeldingen gir åpning for å vurdere budsjettkonsekvens som prioriteringskriterium. Men det er problematisk at det ikke anføres noe om hvilke beløpsgrenser som legitimerer en slik vurdering. I meldingen anføres syv milliarder kroner for å gi kolesterolsenkende medisiner til 100.000 mennesker som en aktuell problemstilling. For tilstander med mindre

alvorlighetsgrad på individnivå tror jeg de fleste vil akseptere at man må ta slike hensyn.

#### Legitim beløpsgrense?

Hva Beslutningsforum regner som legitim beløpsgrense for å bruke budsjettvirkning som prioriteringskriterium, er for øvrig uklart. Er 500 millioner kroner en slik grense? Hvis alvorlighetsgraden er høy, er det samme beløpsgrense? Det kunne ha vært interessant å få belyst hvordan Prioriteringsmeldingen skal forstås på dette punktet.

Beslutningsforum og fagmiljøet innen lungekreft er enig om mye. Vi må prioritere, de nye medikamentene er fryktelige dyre, og industrien vil maksimere profitt. Store budsjettkonsekvenser er utfordrende, og helsetjenesten kan ikke godta hvilken som helst pris.

Derfor har også fagmiljøet tatt til etterretning de vedtak som Beslutningsforum har fattet, selv om det har vært mange skuffelser disse årene. Men når noen helt sentrale premisser for de helseøkonomiske vurderingene slår systematisk negativt ut for en pasientgruppe, må det påpekes.

#### Interessekonflikter:

*Artikkelforfatteren har mottatt honorarer og reisebidrag fra flere firma, MSD inkludert. Har vært utprøver i mange legemiddelstudier, inkludert med pembroluzimab. Forfatteren presiserer at innholdet i denne kronikken står for hans egen regning.*

#### Artikkelen var først publisert i Dagens Medisin

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/19/>

**prioriteringskriteriene-rammer-hardt-ved-lungekreft/**

# Avstandsoppfølging til kronisk syke



Forfatter: Inger-Alice Naley Ås, Lungesykepleier ved SSHF Kristiansand og prosjektmedarbeider i TELMA

**TELMA (TELeMedisinAgder) er et forskningsprosjekt som skal jobbe med utvikling og gjennomføring av telemedisinsk oppfølging til kronisk syke brukere fra eget hjem. Prosjektet har varighet fra 2016 til ut 2019.**

## Mål:

Hovedmålsetning er å prøve ut og evaluere en felles telemedisinsk løsning for avstandsoppfølging av pasienter med kroniske lidelser og komorbiditet, som leverer gode helsetjenester med mindre bruk av helsepersonellressurser.

## Aktører:

Prosjektet er et samarbeid mellom Kristiansand, Arendal og Farsund kommune, Sørlandet Sykehus Kristiansand, Universitetet i Agder, Karde AS og Siemens Healthineers.

## Utstyr og innhold:

Brukere som ønsker oppfølging og takker ja til å delta i prosjektet, får utdelt et nettbrett med måleapparater knyttet til sykdommen som brukeren har. Dette kan være for eksempel pulsoksymeter, blodtrykksapparat, blodsukkerapparat, vekt eller temperaturmåler. Utstyret leveres av Siemens og bruker får grundig opplæring i bruk av utstyret. Det legges opp til ukentlig selvrapportering i form av innsendte målinger og besvarelser på spørsmål som skal være et verktøy for å fange opp en eventuell forverring av sykdommen. I tillegg



*Agder Telemedisin*

er det lagt inn planlagte video- eller telefonsamtaler for gjennomgang av tema som er aktuelle for bruker. Behov avdekkes ved en kartleggingssamtale ved oppstart. Oppfølgingen har fokus på forebygging av forverring og komplikasjoner i tillegg til mestring av egen sykdom. Omfang på oppfølgingen blir lagt opp individuelt og alle tilbys i første omgang 3 måneders oppfølging med mulighet for forlengelse. Det legges opp til et tett samarbeid med fastlegen under hele oppfølgingen.

## Målgrupper:

Målgrupper for oppfølgingen er brukere med KOLS, diabetes, hjertesvikt og lette til moderate depresjoner. Det er utviklet pasientforløp for disse gruppene. Det planlegges også å utvikle telemedisinsk pasientforløp for komorbiditet.

## Telemedisinske sentraler:

Det er opprettet tre sentraler på Agder, en i hver av kommunene Kristiansand, Farsund og Arendal. Her sitter det sykepleiere som har ekstra kompetanse på de aktuelle sykdomsgruppene.

## Samarbeidskommuner:

Det inngås samarbeidsavtale med kommuner på Agder som ønsker å tilby telemedisinsk oppfølging til brukere i egen kommune. Kongsvinger kommune har også et samarbeid med prosjektet og planlegger å inkludere brukere med KOLS fra januar 2019.

## Avstandsoppfølging fremover:

Fra 2019 vil det starte opp et nytt prosjekt i Agder: «medisinsk avstandsoppfølging» og det planlegges at dette prosjektet skal videreføre deler av strukturen på oppfølgingen som er gjort i TELMA.

# ABLE spacer

## Nytt inhalasjonskammer



Gir lyd ved **korrekt** inhalasjon



- Robust
- Antistatisk
- Tilsatt sølvioner, reduserer bakterievekst

### Til hjemmebruk

938941 Ablespacer inhalasjonskammer universal  
976232 Ablespacer inhalasjonskammer m/maske S 0-3år  
825724 Ablespacer inhalasjonskammer m/maske M 3år+  
904910 Ablespacer inhalasjonskammer m/maske L

# DispozABLE

## Engangs inhalasjonskammer



**Nyhet!**  
Oppfyller myndighetskrav til engangsutstyr

- Reversibilitetstesting
- Forebygger smitteoverføring
- Kostnadseffektiv
- Resirkulerbar

### Til bruk på legekontor og sykehus

Selges i esker á 200 stk. For pristilbud og bestilling ta kontakt på telefon **21 52 00 57** eller [ordre@birk-npc.com](mailto:ordre@birk-npc.com)

# Gode pasientforløp: Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) - ønsker og behov hjemme og i sykehus

Prosjektleder Bente Bjørslund, Høgskolen i Innlandet, Institutt for sykepleie, Campus Elverum.  
Dora Thalberg, Elverum kommune.  
Hanne Ulvåknippa, Sykehuset Innlandet, Elverum.

**Dette er et kunnskapsbasert utviklingsprosjekt som skal gå over 3 år, 2018-2020, og er et samarbeid mellom Elverum kommune, hjemmesykepleien, Sykehuset Innlandet, Elverum, medisinsk avdeling E1, og Høgskolen i Innlandet (HINN), Institutt for sykepleie. Prosjektet kom i gang etter en forespørsel fra praksis og er inspirert av Gode pasientforløp (Kunnskapssenteret, 2016), Evaluering av samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2016) og oppstart av Master i avansert klinisk sykepleie i kommunehelsetjenesten ved HINN.**

## Bakgrunn

Kommunehelsetjenesten står overfor store utfordringer i mange kommuner etter gjennomføringen av Samhandlingsreformen fra 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Hovedmålet med Samhandlingsreformen er å utvikle mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester; såkalt *sømløse* tjenester (Forskningsrådet, 2016, s. 28). Oppgavene i kommunene har blitt mer komplekse, det kreves i økende grad god ledelse, endret og høyere kompetanse, og at beslutninger tas i samråd med brukerne (Helsedirektoratet, 2015). Pasienter med kols med alvorlig grad av sykdom får ofte hjelp fra hjemmesykepleien og blir i tillegg hyppig innlagt i sykehus på grunn av kols eksaserasjoner med pustebesvær. Helhetlige pasientforløp defineres som:

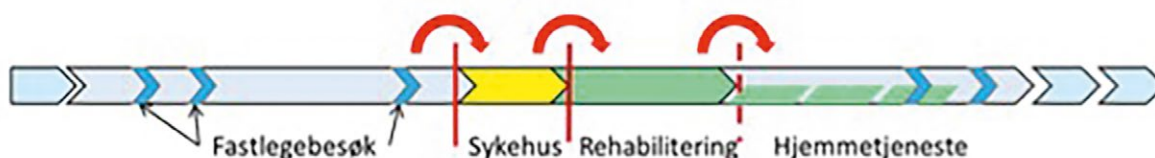
«En tidslinje som går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig» (Helsedirektoratet s.a.)

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 tilsier at helsepersonell ansatt i statlige helseinstitusjoner har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at sistnevnte skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. I 2004 ble det i samarbeid med Høgskolen i Hedmark utarbeidet en samarbeidsavtale mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Elverum med gjensidige forpliktelser om samarbeidsmøter, felles fagdager og hospiterings-praksis (Kvigne & Bjørslund, 2005). Det foreligger i dag samarbeidsavtaler mellom Helse Sør-Øst og alle tilliggende kommuner, slik at utskrivelser skal oppleves sømløst. Sykdomsforverrelser med kols kan gi hyppige innleggelser og reinnleggelser i sykehus (Helsedirektoratet, 2012). Andelen reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter har økt fra 18,4 prosent i 2012 til 19,8 prosent

i 2015 (SSB). Det bør være et mål å unngå reinnleggelser og at pasienten ender opp som *svingdørs-pasienter* (Tjøstolsen, 2016, s. 56).

## Kunnskaper om kols blant pasientene

Kols er en sykdom som kan gi komorbiditet og mange kompliserende utfordringer (Ek, Sahlberg-Blom, Andershed & Ternestedt, 2011). Pasientenes manglende kunnskaper om egen sykdom og årsaker til pustebesvær (Alsaker, 2016), og manglende trygghet til å stole på egne erfaringer (Bjørslund, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012) kan hindre dem i å gjøre forebyggende tiltak. Pustebesvær utløses spesielt ved anstrengelser, luftveisinfeksjoner og forsterkes av angst. Det er behov for kunnskaper og konkrete tiltak om hvordan mestre pustebesværet (Jørgensen, Dahl, Pedersen & Lomborg, 2013; Simon, Higginson, Benalia et al., 2016) og pasientenes opplevelse, symptomer, informasjon om sykdomsutvikling og effekt av tiltak må kartlegges. Dyspné



Figur 1. Helhetlig pasientforløp (Helsedirektoratet s.a.)

gir dårlig livskvalitet, angst, nedsatt funksjonsevne, fatigue og reduserte leveutsikter. Kunnskaper om symptomlindring er av stor betydning for at pasientene skal opprettholde fysisk aktivitet og unngå tap av fysisk funksjon (Helsedirektoratet, 2011).

### **Kunnskaper og kompetanse hos fagutøver**

Kompetanse er ikke noe statisk, men synliggjøres og utvikles gjennom konkrete situasjoner i form av kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet. Klinisk sykepleiekompetanse viser seg i handling og bygging av kompetanse, og kan ikke bare være et individuelt ansvar. Kommunene har siden samhandlingsreformen startet mottatt sykere pasienter enn tidligere, men har i liten grad fått økt kapasiteten eller styrket kompetansen (Riksrevisjonen, 2016). Et flertall av helseforetakene i Norge har tilbudt kommunene tiltak for heving av kompetanse via hospitering på sykehus, ambulerende team, samt kurs og veiledning, alt i regi av spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2016, s. 74). Likevel viser det seg at to av tre kommuner kun i begrenset grad har styrket kompetansen blant ansatte i kommunehelse-tjenesten i form av etter- eller videreutdanning (Riksrevisjonen, 2016, s. 12). Antall sykepleieårsverk økte fra 2010 til 2014 med 16 prosent. Likevel mener nær halvparten av kommunene at de er helt eller delvis uenig i at de har tilstrekkelig med sykepleiere. Norheim og Thoresen (2015) fant i sin studie at det var behov for både individuell sykepleie-kompetanse og kollektiv kompetanse for å ivareta pasienter med kompleks sykdom (s. 19).

### **Prosjektets hensikt og problemstilling**

Hovedhensikten med prosjektet er at pasienter med kols på grunnlag av egen kunnskap og fagutøvers

kunnskap og kompetanse skal mestre sin sykdom og oppleve trygghet i eget hjem.

Med prosjektet er det ønskelig å belyse pasientenes opplevelse av kols med alvorlig pustebevisvæ og følgetilstander. For å forebygge reinnleggelser er det ønskelig å finne ut hva som er viktig for pasientene og hvilken kunnskap de trenger for å oppleve mestring og trygghet. Ut fra dette er problemstillingen som følger:

**«Hvordan kan fagutøver bidra til økt kunnskap hos pasienter med kols slik at de selv kan mestre sin sykdom og oppnå økt trygghet i eget hjem?»**

#### **Formål delprosjekt I 2018**

1) Kartlegge den enkelte brukers/pasients kunnskaper, erfaringer og ønsker relatert til kols

- Utarbeide en samtaleguide ut fra aktuell forskning, erfaringskunnskap og brukermedvirkning/-kunnskap
- Utarbeide en logg til studentenes erfaringsbeskrivelser
- Bearbeide og analysere samtalelogger (studentutsagn fra samtaler med ulike brukere)
- Utarbeide en kortfattet rapport, presentere funnene for praksis
- Analysere data, utarbeide tiltak ut fra funn

#### **Formål delprosjekt II 2019**

2) Kartlegge kunnskap og kompetanse om kols blant fagutøvere

- Utarbeide et skjema for kompetansekartleggingen ut fra aktuell forskning, erfaringskunnskap og brukermedvirkning

- Invitere fagutøvere til å delta i kompetansekartleggingen
- Bearbeide og analysere svarskjemaene - konkretisere områder for endringer
- Utarbeide en kortfattet rapport, presentere funnene for praksis

#### **Formål delprosjekt III 2019 og 2020**

3) Heving av kompetanse blant fagutøvere

- Utarbeide tiltak og prosedyrer, undervisning og fagdager/dialogseminar ut fra aktuell forskning, erfaringskunnskap og brukermedvirkning
- Gjennomføre kompetansehevende tiltak med fokus på likeverdige tjenester og godt samarbeid
- Implementere ny kunnskap; fagutøver og personer med kols utveksler kunnskaper og erfaringer, fagutøver veileder bruker/pasient etter behov
- Utvikle et faglig nettverk av fagutøvere relatert til kols

#### **Formål delprosjekt IV 2020**

4) Evaluering av forbedringstiltak

- Utvikle et evalueringsskjema gjennom kunnskapsbasert praksis med studenter
- Evaluere tiltak og kompetanseheving relatert til om;
  - Fagutøver opplever større faglig trygghet i møte med personer med kols, og
  - Fagutøver har erfart at personer med kols og deres pårørende har fått mer kunnskap og støtte, økt trygghet og forutsigbarhet i hverdagen og færre reinnleggelser i sykehus

**Organisering og framdriftsplan**

Prosjektet blir organisert med prosjektledere og flere ressurspsykepleiere fra praksis. I tillegg er det nedsatt en styringsgruppe med deltakere fra kommune, spesialisthelsetjenesten, høgsolen og en brukerrepresentant. Prosjektgruppen består av ressurspsykepleiere og prosjektledere. Studenter fra 2. år i sykehuspraksis og 3. år i hjemmesykepleiepraksis deltar og får praktisk erfaring med kunnskapsbaserte praksisprosjekter. Informasjon om prosjektet har blitt gitt og gis underveis til aktuelle studenter og lærere, ledere og ansatte ved hjemmebasert omsorg og medisinsk avdeling. Det gjennomføres fire prosjektmøter per studentkull. Følgende aktiviteter er planlagt:

<b>Aktiviteter vår 2018</b>	<b>Jan.</b>	<b>Febr.</b>	<b>Mars</b>	<b>April</b>	<b>Mai</b>	<b>Juni</b>
Organisere prosjektet	X					
Informere om prosjektet/samarbeidspartnere	X					
<b>Delprosjekt I Den enkelte brukers kunnskaper og erfaringer med kols, ønsker og behov:</b>						
Del I Belyse bruker-/pasienterfaringer	X	X	X	X		
Del I Utarbeide en samtaleguide ut fra aktuell forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap		X	X	X	X	
<b>Aktiviteter høst 2018</b>	<b>Aug.</b>	<b>Sept.</b>	<b>Okt.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Des.</b>	
<b>Delprosjekt I Den enkelte brukers kunnskaper og erfaringer med kols, ønsker og behov:</b>						
Del I Bearbeide og analysere samtalelogger	X	X				
Del I Utarbeide rapport og presentere denne		X	X	X		
Del I Utarbeide tiltak ut fra funn/behov			X	X	X	
<b>Aktiviteter vår 2019</b>	<b>Jan.</b>	<b>Febr.</b>	<b>Mars</b>	<b>April</b>	<b>Mai</b>	<b>Juni</b>
<b>Delprosjekt II Kompetansekartlegging av personale:</b>						
Del II Utarbeide et skjema for kompetansekartlegging av fagutøvere	X	X	X			
Del II Invitere fagutøvere til å delta i kartleggingen og gjennomføre den			X	X	X	
Del II Bearbeide og analysere svarskjemaene				X	X	X
<b>Aktiviteter høst 2019</b>	<b>Aug.</b>	<b>Sept.</b>	<b>Okt.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Des.</b>	
Del II Utarbeide rapport og presentere denne	X	X				
<b>Delprosjekt III Kompetanseheving blant ansatte:</b>						
Del III Utvikle faglige tiltak		X	X			
Del III Gjennomføre kompetansehevende tiltak			X	X	X	
<b>Aktiviteter vår 2020</b>	<b>Jan.</b>	<b>Febr.</b>	<b>Mars</b>	<b>April</b>	<b>Mai</b>	<b>Juni</b>
<b>Delprosjekt III Kompetanseheving blant ansatte:</b>						
Del III Implementere ny kunnskap i praksis		X	X	X	X	X
Del III Utvikle et faglig kolsnettverk av fagutøvere			X	X	X	X
<b>Aktiviteter høst 2020</b>	<b>Aug.</b>	<b>Sept.</b>	<b>Okt.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Des.</b>	
<b>Delprosjekt IV Evaluering av forbedringstiltak:</b>						
Del IV Utvikle et evalueringsskjema	X	X				
Del IV Evaluere kompetansehevende tiltak		X	X			
Utarbeide rapport og presentere denne, utarbeide artikler fra prosjektet		X	X	X	X	

### Plan for formidling

Informasjon fortløpende til aktuelle parter og det skal utarbeides rapporter årlig som så legges fram for samarbeidspartene. Vi har presentert en poster om prosjektet ved en fagdag om kols på Lillehammer i høst og det er søkt om stipend for å presentere en poster med tentative resultater ved Nordisk Lungekongress i Tallin, Estland i juni 2019. Tanken er å utarbeide én til to artikler fra prosjektet.

### Etiske vurderinger

Det er kun studentenes uttrykte opplevelse av pasientenes kunnskaper, erfaringer og meninger som formidles gjennom loggene. Dermed blir det ikke søkt om tillatelse til å skrive notater fra samtale i ettertid. I rapportene vil det også være tydelig at det er studentenes uttrykte erfaringer fra samtale med pasientene som blir formidlet. Innsamlet materiale vil bli behandlet med full anonymitet, pasientene er ikke nummerert eller på annet vis gjenkjennbare. Det vil ikke bli benyttet sitater av det pasientene har sagt.

### Budsjett for 2018 - 2020

Det ble søkt høgskolen om kr. 600.000 kroner over tre år. Midler ble bevilget ved godkjent søknad, kroner 110.000 for 2018. Det er søkt om nye midler og videreføring av prosjektet for 2019. Svar gis primo desember 2018 (positive muntlige tilbakemeldinger foreligger).

### Gjennomføring og resultater

Det ble gjennomført fire prosjektmøter per studentkull i 2018, eks. med 3. semester:

**Møte 1 - 2 timer:** Informasjon om prosjektet med studenter og ressurs-sykepleiere: Kompendium ble delt ut med informasjon om prosjektet og en aktuell artikkel (Bjørnsland, Kvigne & Wilde-Larsson, 2012). En kort introduksjon av prosjektets mål

og hensikt, arbeidsmetoder, samt noe faglig om tema. Prosjektleder fra Elverum kommune bidro med erfaringskunnskap om kolspasienten i kommunen. Ressurssykepleiere bidro med kunnskap og erfaring fra sengeposten og lungepoliklinikken. Praksisrelatert undervisning til studentene om kols. Studentene fikk i oppgave å finne en forskningsartikkel, lese og vurdere denne for relevans for temaet *utfordringer ved kols*, og skrive et sammendrag på norsk til neste prosjektmøte.

**Møte 2 - 5 timer:** Arbeide kunnskapsbasert/søke forskning – Studentene presenterte sine sammendrag. De vurderte disse kritisk og diskuterte dem for relevans inn i prosjektet. Litteratursøk ble på nytt gjennomført i høgskolens bibliotek etter diskusjon i gruppa om videre behov for forskningsfunn. Studentene jobbet to og to. De benyttet nøkkelord ved litteratursøk og fant gode MeSH-termer. Gruppearbeidet ble oppsummert og studentene fikk i oppgave å skrive norsk sammendrag av ny forskningsartikkel. Mer utfyllende informasjon om arbeidet videre i prosjektet ble gitt. Studentene utarbeidet hjemme forslag til spørsmål de ønsket å stille pasienter med kols.

**Møte 3 - 3 timer:** Workshop/gruppearbeid – ressurs-sykepleier(e) deltok. Studentene presenterte artikkelsammendrag for ressurs-sykepleiere og prosjektledere og hvilke spørsmål de var kommet fram til. De ble delt inn i tre grupper à fire studenter for å jobbe videre med

spørsmålene. Ved hver gruppe deltok ressurs-sykepleier, prosjektleder eller praksislærer for å representere erfaringskunnskap. Etter gruppearbeidet ble spørsmålene fra hver gruppe gjennomgått og vi diskuterte hvilke temaer og spørsmål vi skulle gå for. Det endelige forslaget til samtaleguide ble utarbeidet med utgangspunkt i diskusjoner, i aktuell nyere forskning, i erfaringsbasert kunnskap/praksis og brukerkunnskap.

**Møte 4 - 2 timer:** Ferdigstillelse og oppsummering – Studentene arbeidet med å ferdigstille ordlyden i spørsmålene/samtaleguiden. Noen spørsmål inneholdt to ulike spørsmål og dette ble rettet opp. Et skriftlig evaluerings-skjema ble delt ut til studentene og besvart individuelt og levert i etterkant av siste prosjektmøte i en lukket konvolutt til avdelings-sykepleier.

**Avslutningsmøte** - Prosjektleder avholdt et møte med ressurs-sykepleierne med oppsummering av praksis med første studentkull. Det ble gitt rom for innspill og erfaringsutveksling, og forberedelser til neste kull studenter.

Studentene har fått erfaring med å arbeide kunnskapsbasert gjennom prosjektarbeidet. De har utarbeidet et spørreskjema som mal ved pasientsamtaler gjennom grundige søk etter aktuelle forskningsartikler. Samtalene ble gjennomført relatert til temaer og ikke med spørreskjemaet for hånden. Studentene har ført logg over pasientsamtaler gjennom å beskrive sine opplevelser og erfaringer fra samtale. Det er innhentet data fra mer enn 30 pasientsamtaler.

Det ble arrangert en fagdag/dialogseminar i april med godt oppmøte og fokus på «å bli kjent» med hverandres arbeidshverdag, og ressurs-sykepleiere og prosjektledere fikk delta ved Fagmøte for lungesykepleiere (NSF FLU) i Bodø i vår. Det ble i tillegg kjøpt inn litteratur. Prosjektleder, HINN, deltok ved Åpningsseminar, Campus Gardermoen/LHL primo juni måned. Nesten tjue stykker deltok ved en seminar dag om «Den palliative kols pasienten» i høst på Lillehammer. Prosjektleder ved HINN presenterte en poster fra prosjektet.

Det ble invitert til ny fagdag/dialogseminar i november. Den ble flyttet til februar 2019 på grunn av få påmeldte. «Kick-off» for prosjektet i 2019 er planlagt og vi håper at vi får godkjent ny prosjektsøknad. Per dags

dato jobber studentene i 3. semester og prosjektledere med en enkel innholdsanalyse av datamaterialet. Studentenes evalueringer fra prosjektarbeidet har så langt stort sett handlet om at de har lært mye og at det til tider har vært slitsomt.

### Referanser

- Alsaker, T. (2016). Samhandlingsprosjekt KOLS. Mål om forbedringer i samhandling mellom tjenestenivåene. FOUSAM-rapport (2016/2). Hentet 13.09.2017 fra: <http://hdl.handle.net/11250/2386385>
- Andenæs, R. (2006). Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). NSF's Faggruppe av Lungesykepleiere, Lungeposten 2006.
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 8(1) s. 20-33.
- Ek, K., Sahlberg-Blom, E., Andershed, B. & Ternestedt, B-M. (2011). Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*; 67(7), 1480-90.
- Folkehelsearbeid i Elverum 2013-2017 (2013). Hentet 02.06.2017 fra: <https://www.elverum.kommune.no/om-oss/planer-og-rapporter>
- Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Oslo.
- Helsedirektoratet (2005). ...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Veileder. Hentet 17.08.2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Helsedirektoratet (2011). Kols. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols. Hentet 13.09.2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (St.meld. nr. 26 (2014–2015)). Oslo: Departementet. Hentet 13.09.2017 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Morgendagens omsorg. (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet. Hentet 13.09.2017 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/sets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. LOV-2016-05-20-10 fra 01.11.2016. Hentet 13.09.2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 02.06.2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Jørgensen, L.B., Dahl, R., Pedersen, P.U. & Lomborg, K. (2013). Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet: et grounded theory-studie. *Sygeplejersken*; 9, 85-102.
- Kunnskapssenteret (2016). Gode pasientforløp. Hentet 18. august 2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring>
- Kvigne, K. & Bjørnsland, B. (2005). Samhandling og kompetanse. Samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet, Elverum kommune og høyskolen i Hedmark, avd. for helse og sosialfag. Prosjektrapport (upubliseret).
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykpleiekompetanse I hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 1(10): 24-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016). Hentet 13.09.2017 fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Simon, S.T., Higginson, I.J., Benalia, H., Gysels, M., Murtagh, F.E.M., Spicer, J., Linde, P., Voltz, R. & Bau-sewein, C. (2016). "I Can Breathe Again!" Patients' Self-Management Strategies for Episodic Breathlessness in Advanced Disease, Derived From Qualitative Interviews. *Journal of Pain and Symptom Management*; 52(2), 228-234.
- SSB (2015). Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn. Statistisk Sentral Byrå. Hentet 17.08.2017 fra: <http://www.ssb.no/264618/dognopphold-liggedager-og-gjennomsnittlig-liggetid-ved-somatiske-sykehus-etter-kjonn-sa-134>
- Tjøstolvsen, I. (2016). Trygt hjem fra sykehus. *Sykepleien*, 4: 54-57. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.57143





**GODE PASIENTFORLØP:**

# PASIENTER MED KOLS

- ønsker og behov hjemme og i sykehus

**Et kunnskapsbasert fagutviklingsprosjekt**

**BJØRSLAND, Bente<sup>1</sup>, STORSVEEN, Siw<sup>2</sup>, THALBERG, Dora<sup>3</sup>**

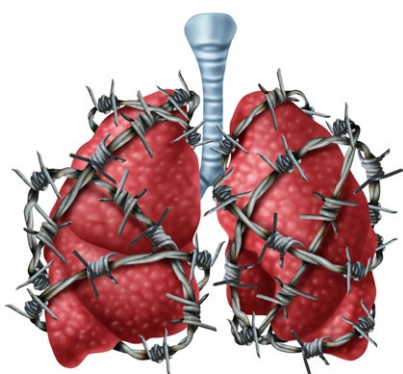
**1) Høgskolen i Innlandet. 2) Sykehuset Innlandet. 3) Elverum kommune.**

## BAKGRUNN

Pasienter med alvorlig grad av kolssykdom har ofte hjelp fra hjemmesykepleien. De blir i tillegg hyppig innlagt i sykehus med dyspné og representerer en stor andel reinnleggelsler. KOLS kan gi mange kompliserende utfordringer. Pasientenes manglende kunnskaper om egen sykdom og årsaker til pustebesvær, og manglende trygghet til å stole på egne erfaringer, kan hindre dem i å gjøre forebyggende tiltak. Derfor er kunnskap av stor betydning. Mange pasienter har behov for informasjon og støtte til egenomsorg og mestring, slik at de aktivt kan delta i helsehjelpen.

## HENSIKT

Å belyse hvordan personer med KOLS opplever sin sykdom med alvorlig pustebesvær, hva som er viktig for dem og hvilken kunnskap de trenger for å oppleve mestring og trygghet.



## DELTAKERE

Et kunnskapsbasert utviklingsprosjekt med Høgskolen i Innlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Elverum kommune, hjemmesykepleien og Sykehuset Innlandet, medisinsk avdeling E1 med følgende deltakere:

- Prosjektledere
- Studenter; 2. år sykehuspraksis og 3. år hjemmesykepleiepraksis
- Ressurssykepleiere i sykehus og kommune
- Pasienter og brukere

## METODE

4 delprosjekter over 3 år:

- Kartlegge pasientenes kunnskaper, erfaringer og behov
- Kartlegge kunnskap og kompetanse om kols blant fagutøvere
- Heve kompetansen blant fagutøvere
- Evaluere forbedringstiltak

Studentenes erfaringer med kolspasientene i fokus.

## FORELØPIGE RESULTATER ETTER FØRSTE HALVÅR

### FORSKNINGSKUNNSKAP

Ny oppdatert kunnskap om hvilke utfordringer kols gir og hvordan pasientene mestrer disse, hvor mye kunnskap de har om kols.

### MAL FOR SAMTALEN

Respirasjon - Angst - Ernæring - Mestring - Aktivitet - Sosialt nettverk - Kunnskaper - Utskrivelse.

### LOGG FRA PASIENTSAMTALER

Stress, aktivitetsnivå, tid på døgnet og behov for nytt inntak av inhalasjonsmedikamenter påvirker pusten og pustebesværet. Tungpust påvirker det meste av ADL.

# Lindrende behandling til lungesyke pasienter i sykehus

## Sølvsuper helse- og velferdssenter avd. Bølgen

Linda Therese Rathe  
Kreftsykepleier  
Sølvsuper helse- og velferdssenter avd. Bølgen

### Hvor jobber du?

Jeg arbeider ved Sølvsuper helse- og velferdssenter. Sølvsuper helse- og velferdssenter er en kommunal institusjon i Bodø. Institusjonen har korttidsplasser både for pasienter fra hjemmet og etter sykehusopphold, KAD-senger, rehabilitering- og avlastningsplasser, dagsenter, langtidsplasser for somatisk syke pasienter og for unge funksjonshemmede. Jeg er kreftsykepleier og jobber i 1. etasje ved avdeling Bølgen som er en enhet for lindrende behandling og KAD. På vår avdeling er det korttidsplasser som disponeres av kommunens tildelingskontor. Pasienter kommer til oss for tilpassing av lindrende behandling, kartlegging av tjenestebehov, oppfølging etter behandling eller i livets slutfase.

### Hvordan er lindrende behandling organisert ved din avdeling?

Ved vår avdeling har vi 11 sengeplasser. Det er 5 senger for lindrende behandling og 6 sengeplasser for KAD (kommunal akutt døgnbehandling). Vi har god sykepleiedekning. Vi er totalt 16 sykepleiere i fast stilling. Personalet har generelt lang arbeidserfaring og flere har videreutdanning; kreftsykepleie, geriatri, smertebehandling, intensivsykepleie, palliasjon, lungesykepleie og diabetes-sykepleie. Vi har 6 helsefagarbeidere



i fast stilling hvorav 2 av dem har videreutdanning innenfor lindrende behandling.

På dagvakt er det 5-6 pleiere, på kveldsvakt er det 4 pleiere og på natt er det 2 pleiere. Vi har i utgangspunktet ikke fastvakt til pasientene våre, men fordeler personalet slik at pasientene får den oppfølgingen de trenger. Ved endringer omorganiserer vi oss. Om det er behov leies det inn ekstra personale dersom driften tilsier det. Vår enhetsleder er kreftsykepleier og har tidligere jobbet ved Nordlandssykehusets palliative team. Vi har lege i 100 %. Det vil si lege fra 8-15.30 på ukedagene. Legen har ansvar for hele avdelingen, både lindrende enhet og KAD. Det er egne leger ansatt på de andre etasjene. Overordnet medisinsk ansvar ligger hos institusjonens overlege, en nevrolog. I helgene kommer legevaktens bakvakslege på daglig visitt på KAD. Ved behov for tilsyn av lindrende pasienter på helg, melder vi fra til legevakten. Våre faste leger er tilgjengelig på telefon på kveldstid i

ukedagene og i helgene ved spesielle behov.

Vi samarbeider tett med institusjonens fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hver tirsdag har vi tverrfaglig visitt med fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier. Vår lindrende enhet har fysioterapeut i 50 % stilling. Den lokale menigheten har gudstjeneste fast hver 14.dag, og prestetjenesten har vaktordning og kommer til pasientene om ønskelig. Institusjonen har avtale med fotpleier og frisør som disponerer rom på Sølvsuper HVS. Fotpleier og frisør kan komme på pasientrommet om ønskelig.

Nordlandssykehuset Bodø somatikk ligger ca 1 km fra vår institusjon. Vi opplever et svært godt samarbeid med NLSH. Vi har fast samarbeid med palliativt team ved NLSH. Overlegen der er på tverrfaglig visitt hos oss annenhver uke. Hun kommer også innom oftere ved behov.

Vi samarbeider også med Behandlingshjelpemidler ved NLSH. De bistår oss med behov for utstyr eller oppdatering/reparasjoner. Dette kan være O2-utstyr, Optiflow, PleurX-dren, infusjonspumper og ernæringspumper.

Nordlandssykehusets KOLS-sykepleier bistår oss ved oppfølging av felles pasient.

Våre lokaler er relativt nye. Institusjonen ble bygget for snart 5 år siden. Pasientene har enerom på ca 25 m<sup>2</sup> inkludert bad. Det er god plass for pasienten, besøkende og utstyr. Pasientene beskriver avdelingen som et rolig sted å være.

Vi ønsker at tiden hos oss skal være så god som mulig og et ønsket mål er å føle velvære. I 2.etasje har vi treningsrom og bad med boblebadekar. Dette kan

pasientene benytte sammen med pårørende eller assistanse av personalet ved behov.

Vi ønsker at pårørende skal være en naturlig del av pasientens tid. Det er hovedsakelig deres tid. Vi har generelt pasienter som i redusert form og som ønsker å benytte rommet sitt størsteparten av dagen. Dette fører til at det er god plass for besøkende til å benytte fellesarealet. Det kan være godt både for pasienten og pårørende at de kan trekke seg litt ut fra pasientrommet. Vi har leker, tegnesaker, spill og Play Station som besøkende kan benytte. Det er mulighet for pårørende å overnatte, enten i feltseng på rommet eller på et pårønderom i 2.etasje. Vi ønsker at avdelingen vår skal være et godt sted å være både for barn og voksne besøkende.

### **Hva er din avdeling gode på med hensyn til lindrende behandling?**

Vår avdeling fokuserer på pårørendearbeid og fokus på god informasjon. Vi tenker at når pasienten er trygg og pårørende føler seg ivaretatt, har vi gode forutsetninger for å nå målet om god lindring. Smerte og ubehag kan ha så mange dimensjoner både fysisk, psykisk, sosial, eksistensiell og åndelig. Vi tenker at det er en pasient og en hel familie som er berørt av sykdom. Regelmessige samtaler med pasient og pårørende vektlegges. Vi har både planlagte og spontane samtaler.

Avdelingen har en sykepleier med ansvar for «Barn som pårørende». I tillegg til å være sykepleier har hun utdanning og arbeidserfaring som førskolelærer.

Vi tenker helhetlig rundt fysiske og psykiske plager og opplever at vi oppnår lindring i de fleste tilfeller. Vi har opparbeidet oss god erfaring på kartlegging og lindring av ubehag.

### **Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder lindrende behandling til lungesyke pasienter?**

Mange lungesyke er bekymret for opplevelsen av lufthunger. Vi opplever som oftest at de lindres godt med morfin og/eller midazolam. Dersom det er behandlingsmessige utfordringer, opplever vi god støtte og veiledning fra legene ved Nordlandssykehuset. Sykehusapoteket strekker seg langt for å hjelpe oss.

For pasienter som ikke greier å ligge i sengen, ønsker vi oss en bedre hvilestol. Dette er på ønskelisten vår til kommunen.

## **Lungemedisinsk avdeling, St. Olavs hospital.**

Karina Slettebak Wangen  
Lungesykepleier, St. Olavs hospital

### **Hvor arbeider du?**

Lungemedisinsk avdeling,  
St. Olavs hospital.

### **Hvordan er lindrende behandling organisert ved din avdeling?**

Vi har en egen sjekklister for kolspasienter når de er innlagt, et punkt på listen omhandler palliasjon. Dette hjelper til å gjøre både sykepleiere og leger oppmerksomme på om lindrende behandling kan være aktuelt for pasienten.

### **•Hva er din avdeling god på med hensyn til lindrende behandling?**

Vi prøver å sette oss inn i hva som kan virke lindrende på dyspné hos den enkelte pasient, enten det er en pasient med kols, lungefibrose, cystisk fibrose eller astma.

Vi har blitt flinkere til å vurdere om kolspasienter kan dra nytte av morfinbehandling som ledd i lindring av dyspné.

Vi tilbyr subcutan smertepumpe til de pasientene som kan være aktuelle for det.

### **•Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder lindrende behandling til lungesyke pasienter?**

Det kan være vanskelig å vite når man burde begynne palliativ behandling, spesielt til kolspasienter på grunn av ofte langt og uforutsigbart endestadie av sykdommen.

Det kan være vanskelig å lindre dyspné, eller følelsen av dyspné.

Vanskelig med de kolspasientene som er svingdørspasienter og som føler seg aller tryggest innlagt på lungeavdelingen. De blir gjerne sendt hjem marginale respiratorisk, men i sin habituelle tilstand og kommer raskt inn igjen på grunn av dårlig mestring av tungpustanfall i hjemmet. I endestadiet av sykdommen, som ofte kan strekke seg over et helt år, kan innleggelsene komme med kun dager eller ukers mellomrom.

Lindrende behandling til pasienter med cystisk fibrose kan være spesielt vanskelig når de har kommet på transplantasjonslisten. På den ene siden er det fint at de har kommet på listen, men på den andre siden er de gjerne svært unge mennesker som man begynner å gå tom for behandlingsmuligheter til. De står med en fot i graven, og i møte med dem må vi være både realistiske i forhold til alvorlighetsgraden av sykdommen, men samtidig optimistiske.

## Lungemedisinsk sengepost, Ullevål, Oslo universitetssykehus

Line Muri, fagsykepleier

### Hvor arbeider du?

Lungemedisinsk sengepost, Ullevål, Oslo universitetssykehus

### Hvordan er lindrende behandling organisert ved din avdeling?

Lindrende behandling er i hovedsak individualisert til hver enkelt pasient, der pasient, sykepleier og lege i dialog kartlegger og diskuterer hvilke tiltak man mener pasienten har eller vil ha behov for i den siste tiden.

### Hva er din avdeling god på med hensyn til lindrende behandling?

Sengeposten møter mange pasienter i endestadiet av sin lungesykdom. Sånn sett får vi god mengdetrening i å kartlegge og tolke ulike symptomer og tegn som kan være viktig for å sikre god lindrende behandling.

### Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder lindrende behandling til lungesyke pasienter?

Mange av våre pasienter er i stor grad plaget med dyspne og



angst. Det er alltid en utfordring å finne de rette palliative tiltakene til hver enkelt pasient. Ofte vil det være en kombinasjon av flere tiltak som ivaretar både de psykiske og de fysiske plagene.

### Også neste år arrangerer NSF skriveverksted for sykepleiere som ønsker veiledning i arbeid med publikasjoner.

Årets verksted avholdes 8.-15. september 2019, ved Metochi studiesenter på Lesvos, Hellas.

Deltakere må ha minimum mastergradskompetanse og være medlem av NSF.

Professor Ellen Karine Grov (Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet) og professor Bengt Karlsson (Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sør-Norge) har hovedansvar for det faglige kursinnholdet, sammen med universitetslektor Frank Oterholt og førstelektor Kari Elisabeth Bugge.

Her kan du få god veiledning både på individuelt nivå og i gruppe. I tillegg settes det av mye tid til



selvstendig skriving.

Deltakere dekker egne reisekostnader og en egenandel på kr 1000,- som dekker kost, losji, veiledning og transport t/r studiesenter.

Det er begrenset antall plasser, og «førstemann til mølla»-prinsippet gjelder.

## Kunngjøringer:

### Tildeling av kursstøtte for 2019

I år er det 40 som har fått tildelt kursstøtte, hvorav 35 til Landskonferansen, 4 stipend til videreutdanning og 1 til master i avansert klinisk sykepleie.

### Vinneren av vervekampanjen 2017 er Marit Leine.

Vi gratulerer Marit som får dekket kursavgiften til en Landskonferanse.

Vi vil også takke alle som deltok i fjorårets vervekampanje. Dere bidrar til at faggruppen vår vokser.

**Vennlig hilsen**  
**Styret NSF FLU**

### VALG NSF FLU STYRET 2019

Styret i NSF FLU består av leder, nestleder, 3 medlemmer og 2 varamedlemmer.

2 medlemmer og 1 varamedlem står på valg i 2019, valgperiode 4 år.

### ØNSKER DU Å STILLE TIL VALG ELLER HAR DU FORSLAG TIL KANDIDATER?

For spørsmål eller melding av kandidatur, kontakt medlemmer av nominasjonskomiteen:

Elise Austegard: [elise.austegard@gmail.com](mailto:elise.austegard@gmail.com)

Hanne Fjäll Larssen:  
[hanne.larssen@hotmail.com](mailto:hanne.larssen@hotmail.com)

Karin Danielsen: [khdanie86@gmail.com](mailto:khdanie86@gmail.com) / [karin.danielsen@vestreviken.no](mailto:karin.danielsen@vestreviken.no)

Lise Østgård Monsen:  
[lise.monsen@hotmail.com](mailto:lise.monsen@hotmail.com) / [lise.monsen@helse-bergen.no](mailto:lise.monsen@helse-bergen.no)

Synnøve Sunde: [synnove.sunde@stolav.no](mailto:synnove.sunde@stolav.no)

Takk!

På vegne av nominasjonskomiteen  
Elise Austegard, Leder

## Minner om generalforsamling



### NSF's FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

Det innkalles herved til generalforsamling i NSF's Faggruppe av Lungesykepleiere.

**STED:** Clarion hotell Ernst, Kristiansand

**TID:** Torsdag 4.april, 2019, kl. 16.15 – 18.30.

Generalforsamlingen er faggruppens høyeste myndighet. Den avholdes hvert andre år i samsvar med NSF's landsmøteperiode.

Generalforsamlingen er åpen for de av faggruppens medlemmer som har meldt sin tilstedeværelse innen den frist styret fastsetter.

### SAKSLISTE:

1. Registrering av antall stemmeberettigete
2. Oppnevning av ordstyrer
3. Godkjenning av sakslisten
4. Oppnevning av tre medlemmer til å underskrive protokollen
5. Oppnevning av utvalg for oppdrag under generalforsamlingen
6. Gjennomgang av faggruppens virksomhet, årsberetning og regnskap for 2017 og 2018.
7. Godkjenning av faggruppens overordnede satsingsområder og økonomiske føringer.
8. Valg til styret og nominasjonskomite.

**Saker til generalforsamlingen må være styret i hende senest mandag 04.mars, 2019.**

På vegne av styret

**Gerd Gran**  
Leder NSF FLU

# Kveldsmøte NSF FLU Hordaland

Vi i Hordaland NSFFLU bestemte oss for å starte året 2019 med et kveldsmøte med futt i!



Hele 60 deltakere var med denne kvelden

Skrevet av Leder i NSF FLU Hordaland,  
Agethe Krekvik

**D**enne kvelden hadde vi valg å ha fokus på KOLS. De nye GOLD retningslinjene var et av emnene vi hadde. Ola Tjeldflåt, lungelege ved Haraldsplass diakonale sykehus kunne klargjøre mye for oss i forhold til endringer og nye områder som nå ble trukket frem i denne utgaven av GOLD guide-lines. Videre var vi heldige å få en innføring i KOLS-kalkulatoren av en av gründerne, lungelege Bjarte Nore. Han tok oss fint igjennom KOLS som sykdom og behovet for en enkel algoritme til medisiner og annen behandling av KOLS.

Vi var også heldige å hadde med oss to firma. AstraZeneca og Chiesi som fortalte om sine produkter. Noe jeg personlig ble svært overasket over var informasjon om ulikheter av inhalasjons medisiner ved generiske bytter. Der feil bruk kunne ha mye å si og hvor effekt av medisinen da ble tilsvarende dårlig. Dette er noe vi som sykepleiere må være oppmerksomme på ved nye inhalasjons-preparater til pasientene skrives ut.



Bjarte Nore om kols-kalkulator

Vi hadde inviterte sykepleierne fra videre utdanning i Lunge sykepleie og alle våre andre medlemmer til Kveldsmøte på det flotte ny oppussende Hotell Norge. Det var supert oppmøte, og et møte som vi hadde tenkt kom til å ha ca 45 deltakere hadde til sammen 60 stykker! Da var det ekstra stas at vi hadde vært så heldige å bli sponset av AstraZeneca og Chiesi slik at vi kunne avslutte kvelden med en deilig middag sammen alle sammen!



Bjarte Nore Agathe Krekvik og Ola Tjeldflåt

## Videreutdanning i Klinisk sykepleie - Lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet

Med denne videreutdanningen får du som er sykepleier spesialkompetanse i å informere, veilede, behandle og følge opp pasienter med lungesykdommer og/eller respiratoriske problem forårsaket av andre sykdommer eller skader. Pasientgruppen omfatter kronisk syke, akutt kritisk syke og kreftpasienter.

### Utdanningsinformasjon

Helsetilstanden til befolkninga er i endring, og tallet på personer med kroniske lungesykdommer øker. Insidensen av kronisk obstruktiv lungesjukdom (Kols) og lungekreft vil øke mot 2030. Kols er ventet å bli den femte største årsaken til tapte leveår og helsetap (DALY) i 2020. De siste årene har det vært stor utvikling innenfor fagfeltet lungesykdommer, respirasjonssvikt og underventilering forårsaket av andre sykdommer eller skader. Nye behandlingsmuligheter medfører store utfordringer og krever kunnskap, samarbeid og koordinering for å oppnå kvalitet, trygghet og tilgjengelighet i helsetjenestene. God fagutøvelse krever evne til å integrere tilgjengelig kunnskap fra forskning med erfaringsbasert kunnskap, kombinert med brukerkunnskap.

Målgruppen for studiet er sykepleiere som arbeider med lungepasienter i spesialist- og kommunehelsetjenesten eller innen andre relevante helsetjenestetilbud i Norge og Norden.

### Hva blir du kvalifisert til?

Når du har gjennomført studiet, er du kvalifisert til å arbeide som spesialsykepleier i lungesykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innenfor andre relevante helsetjenestetilbud.

### Master i klinisk sykepleie - Lungesykepleie

Det arbeides nå med at de kliniske videreutdanningene i sykepleie ved Høgskulen på Vestlandet skal bli en del av master i klinisk sykepleie og vi har et håp om at dette skal bli en realitet om ikke så lenge.



## NSF FLU ønsker velkommen til kveldsseminar

**Dato:** Tirsdag 29. januar 2019  
**Sted:** Hotell Norge  
**Tidspunkt:** kl. 18.00 - 21.00  
**Tema:** KOLS

### PROGRAM:

Kl. 18.00 - 18.10 Velkommen v/leder Agathe K. Govertsen  
 Kl. 18.10- 18.50 Kolskalkulatoren v/ Bjarte Nore  
 Kl. 18.50 - 19.30 De Nye GOLD retningslinjene 2018 v/ Ola Tjeldflåt  
 Kl. 19.30 - 19.45 Produkt informasjon fra AstraZeneca  
 Kl. 19.45 - 20.00 Produkt informasjon fra Chiesi  
 Kl 20.00 - ..... Middag på Hotell Norge

Medlemmer av NSF FLU gratis!

Ikke-medlemmer kr 50,- (Vipps 94265)

Gratis for dem som melder seg inn i faggruppen ved inngangen

Påmelding innen 22. januar til:

agate.krekvik.govertsen@helse-bergen.no

eller her på påmeldingslisten:

# Program NSF FLU Landskonferanse Kristiansand, 2019

## Torsdag 04. april

Kl. 08.00 – 09.00	Registrering
Kl. 09.00 – 09.30	Åpning og velkommen
Kl. 09.30 – 10.30	Lungekreft Kvaliteten i utredningen kan påvirke utredningstiden v/lungelege Dan Lærum Utviklingen av lungekreftbehandling v/ seksjonsoverlege lunge, Guri Hoven
Kl. 10.30 – 11.00	Pause med besøk i utstillingsområdet
Kl. 11.00 – 11.30	Lungefokus i Frisklivssentralen v/ sykepleier Thea R. Eigestad
Kl. 11.30 – 12.00	Sykepleieintervensjoner ved tung pust hos pasienter med kols v/ Simen Alexander Steindal, førsteamanuensis LDH/sykepleier på sengepost for lindrende behandling, OUS
Kl. 12.00 – 13.00	Lunsj og besøk i utstillingsområdet
Kl. 13.00 – 13.30	Kostnadseffektivitet av pasientopplæring v/forskningssjef Frode Gallefoss
Kl. 13.30 – 14.00	Viktige momenter ved individuell røykeavvenning v/forskningssjef Frode Gallefoss
Kl. 14.00 – 14.30	Pause med besøk i utstillingsområdet
Kl. 14.30 – 15.15	Oppfølging av kolspasienter på sykehus og i kommunen v/ sykepleier Inger Alice N. Ås og Kurt Hatløy SSK, Trine Sandnes og Anne Berhus Irgens Sørlandsparken legesenter
Kl. 15.15 – 16.00	Sekretmobilisering v/fysioterapeutene Marianne Smith og Ingfrid Gordeladze
Kl. 16.15 – 18.30	Generalforsamling NSF FLU
Kl. 20.00	Festmiddag på Ernst Hotell

## Fredag 05. april

Kl. 08.30 – 08.45	God morgen!
Kl. 08.45 – 09.45	Å finne sin egen Sydpol v/Astrid Furholt, sykepleier og polfarer
Kl. 09.45 – 10.15	Pause med besøk i utstillingsområdet
Kl. 10.15 – 10.45	Lungetransplantasjon i et lokalsykehus perspektiv v/lungelege Terje Skraastad
Kl. 10.45 – 11.15	Organtransplantasjon i et pasientperspektiv v/Katrine Håkstad
Kl. 11.15 – 12.15	Lunsj og besøk i utstillingsområdet
Kl. 12.15 – 13.00	Hyposensibilisering – ny vaksineringsmetode? v/ seksjonsoverlege ØNH, Sverre Steinsvåg
Kl. 13.00 – 13.30	Pause
Kl. 13.30 – 13.50	Oksygenkontaktnettverket – samhandling gjennom mer enn 20 år v/ sykepleier Margaret F. Jacobsen og Marit A. Moland
Kl. 13.50 – 14.15	Kols E-læring i ny drakt v/sykepleier Kurt Hatløy
Kl. 14.15 – 14.30	Avslutning og premieutdeling

*Med forbehold om endringer*



# NSF FLU Agder

*inviterer til*

## Landskonferanse

4. og 5. april 2019

i Kristiansand

KOMMER DU, SÅ KOMMER Æ!



*for alle med  
interesse for lungefaget*

**Landskonferansen arrangeres på Ernst Hotell i Kristiansand sentrum**

Vi kan friste med:

Frode Gallefoss – Røykeslutt og helseøkonomi

Sverre Steinsvåg – Revolusjonerende hyposensibilisering?

Astrid Furholt – Å finne sin egen sydpol

Thea Eigestad – Lungefokus på frisklivssentralen



TRELEGY Ellipta er indisert for vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kols som ikke er tilstrekkelig behandlet med ICS/LABA eller LAMA/LABA

# DEN ENESTE TRIPPELBEHANDLINGEN MOT KOLS I ÉN INHALATOR SOM GIS KUN ÉN GANG DAGLIG<sup>1,2</sup>

**IMPACT-studien - InforMing the PAtHway of COPD Treatment<sup>3</sup>**

**NY  
STUDIE**  
vs. ICS/LABA  
og LAMA/LABA<sup>3</sup>

Les mer her:  
[gskpro.no/trelegy2](http://gskpro.no/trelegy2)

**Refusjonsberettiget bruk:** Refusjon ytes kun til vedlikeholdsbehandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV<sub>1</sub> < 50 % av forventet verdi), som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av ICS og LABA. Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols. Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. Økt forekomst av pneumoni er sett hos kolspasienter som bruker ICS, inkludert Trelegy Ellipta. Brukes med forsiktighet ved trangvinkelglaukom, urinretensjon og ustabil eller livstruende kardiovaskulær sykdom. Seponeres umiddelbart dersom paradoksal bronkospasme oppstår. Les preparatomtalen før forskrivning av Trelegy.

ICS: inhalert kortikosteroid, LABA: langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist, LABA: langtidsvirkende beta<sub>2</sub>-agonist



**TRELEGY** ELLIPTA  
flutikasonfuroat/umeklidinium/vilanterol

## ▼ Trelegy Ellipta «GlaxoSmithKline»

**C Kortikosteroid + antikolinergikum + adrenergikum ATC-nr.: R03A L08**

**T INHALASJONSPULVER 92 µg/55 µg/22 µg i Ellipta:** Hver dose inneh.: Flutikasonfuroat 100 µg (tilsv. avgitt dose 92 µg), umeklidiniumbromid tilsv. umeklidinium 65 µg (tilsv. avgitt dose 55 µg), vilanterol (som trifrenat) 25 µg (tilsv. avgitt dose 22 µg), laktose, magnesiumstearat. **Indikasjoner:** Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), som ikke er tilstrekkelig behandlet med en kombinasjon av inhalert kortikosteroid og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist eller en kombinasjon av langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist og langtidsvirkende muskarinerg antagonist. **Dosering:** **Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 1 inhalasjon 1 gang daglig til samme tid hver dag. **Glemt dose:** Neste dose bør tas til vanlig tid neste dag. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Brukes med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering. **Barn og ungdom <18 år:** Ikke relevant. **Administrering:** Til inhalasjon vha. inhalatoren Ellipta. Inhalatoren har en doseteller som angir hvor mange doser som er igjen. Når lokket åpnes, klargjøres dosen automatisk. Ved oppbevaring i kjøleskap, la inhalatoren ligge i romtemperatur i minst 1 time før bruk. For instruksjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Akuttbehandling:** Skal ikke brukes ved astma, i behandling av akutte episoder av bronkospasme eller akutt kols-eksaserbasjon (anfallsmedisin). Økende bruk av korttidsvirkende bronkodilatorer for å lindre symptomer kan indikere sykdomsforverring. Dersom kols forverres under behandlingen bør pasienten vurderes på nytt. Preparatet bør ikke seponeres uten legetilsyn, da symptomer kan komme tilbake. **Livstruende paradoksal bronkospasme:** Kan inntreffe, med en umiddelbar hvesing og tungpustethet etter inhalasjon. Preparatet må da seponeres umiddelbart. Pasienten må vurderes og alternativ behandling påbegynnes om nødvendig. **Kardiovaskulære effekter:** Kardiovaskulære effekter som hjertearytmier, f.eks. atrieflimmer og takykardi, kan sees etter bruk av muskarinreseptorantagonister og sympatomimetika. Brukes med forsiktighet ved ustabil eller livstruende kardiovaskulær sykdom. **Kortikosteroider:** Ved moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon bør pasienten følges opp mht. systemiske kortikosteroidrelaterte bivirkninger. Systemiske effekter kan forekomme ved bruk av kortikosteroider til inhalasjon, spesielt ved høye doser brukt over lang tid. **Synsforstyrrelser:** Synsforstyrrelser, inkl. grå stær, grønn stær eller mer sjelden sentral seros korioretinopati (CSCR), er rapportert etter systemisk og topikal kortikosteroidbruk. Ved tåkesyn/andre synsforstyrrelser bør øyelege evaluere mulige årsaker. **Forsiktighet ved spesielle sykdommer:** Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, tyreotoksikose, uvanlig følsomhet overfor  $\beta_2$ -agonister, pulmonær tuberkulose, kroniske/ubehandlede infeksjoner, trangvinkelglaukom eller urinretensjon. Pasienten bør informeres om symptomer på akutt trangvinkelglaukom, og om å seponere behandlingen og kontakte lege umiddelbart hvis noen av disse symptomene opptrer. **Pneumoni:** Økt forekomst av pneumoni, inkl. pneumoni som krever sykehusinnleggelse, er sett hos kolspasienter som bruker inhalasjonskortikosteroider. Vær oppmerksom på ev. utvikling av pneumoni, da symptomene kan ligne symptomer på kols-eksaserbasjoner. Risikofaktorer for pneumoni hos kolspasienter inkluderer røyking, høy alder, lav kroppsmasseindeks (BMI) og alvorlig kols. **Hypokalemi;**  $\beta_2$ -agonister kan gi betydelig hypokalemi som potensielt kan gi kardiovaskulære bivirkninger. Reduksjon av serumkalium er vanligvis forbigående og krever ikke tilskudd. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av andre legemidler som kan gi hypokalemi. **Diabetes mellitus:** Økning i blodsukkerverdier ved diabetes er rapportert, noe som bør vurderes ved forskrivning til diabetespasienter. Plasmaglukosenivået bør følges nøye opp hos diabetespasienter ved behandlingsoppstart. **Hjelpetoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Klinisk signifikante legemiddelinteraksjoner er lite sannsynlig pga. den lave plasmakonsentrasjonen som oppnås ved inhalasjon.  $\beta_2$ -blokkere kan svekke eller blokkere effekten av  $\beta_2$ -agonister. Hvis betablokkere er nødvendig bør kardioselektive betablokkere vurderes, men forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av både ikke-selektive og selektive betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av sterke CYP3A4-hemmere, pga. mulig økt systemisk eksponering for både flutikasonfuroat og vilanterol. Samtidig bruk bør unngås hvis ikke fordel oppveier økt risiko for systemiske kortikosteroidbivirkninger, og pasienten skal da følges opp for systemiske kortikosteroideffekter. Samtidig bruk med andre langtidsvirkende muskarinantagonister eller  $\beta_2$ -agonister er ikke studert og anbefales ikke, da

bivirkningene kan forsterkes. Samtidig behandling med hypokalemiske legemidler som metylxantinderivater, steroider eller ikke-kaliumsparende diuretika kan forsterke mulige hypokalemiske effekter av  $\beta_2$ -agonister, og forsiktighet bør utvises. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Begrensede data. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet ved eksponering som ikke er klinisk relevant. Behandling av gravide bør kun vurderes dersom forventet nytte for moren oppveier potensiell risiko for fosteret. **Amming:** Utilstrekkelige data om utskillelse i morsmelk, men andre kortikosteroider, muskarinerge antagonister og  $\beta_2$ -agonister er påvist i morsmelk. Risiko for nyfødte/spedbarn kan ikke utelukkes. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Data mangler. Dyrestudier har ikke vist effekter på fertilitet. **Bivirkninger:** **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ):** Gastrointestinale: Forstoppelse. Infeksiøse: Pneumoni, øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, faryngitt, rhinitt, sinusitt, influensa, nasofaryngitt, candida i munn og svelg, urinveisinfeksjon. Luftveier: Hoste, orofaryngeale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, ryggsmarter. Nevrologiske: Hodepine. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $<1/100$ ):** Gastrointestinale: Munntørhet. Hjerne/kar: Supraventrikulære ekstrasystoler, takykardi, atrieflimmer. Infeksiøse: Virale luftveisinfeksjoner. Luftveier: Dysfoni. Muskel-skjelettsystemet: Frakturer. **Ukjent frekvens:** Øye: Tåkesyn. **Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** En overdose kan gi tegn, symptomer eller bivirkninger assosiert med de ulike komponentene. **Behandling:** Generell støttende behandling og overvåkning. Kardioselektiv betablokkering bør kun vurderes ved omfattende effekter av vilanteroloverdose. Kardioselektive betablokkere bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har hatt bronkospasme. Se Giftnormasjonens anbefalinger for glukokortikoider H02A B side c, for antikolinergika R03B B side c og selektive  $\beta_2$ -agonister R03C C side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kombinasjon av kortikosteroid (flutikasonfuroat), langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist (umeklidinium) og selektiv langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist (vilanterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonfuroat virker antiinflammatorisk på flere celletyper involvert i inflammasjon. Umeklidinium virker bronkodilaterende ved kompetitiv hemming av binding av acetylkolin til muskarinerge reseptorer på glatt muskulatur i luftveiene. Vilanterol stimulerer det intracellulære enzymet adenylatsyklase som katalyserer omdannelsen av ATP til syklisk AMP. Økt syklisk AMP-nivå forårsaker relaxering av glatt muskulatur i bronkiene, og hemmer frigjøring av mediatorer forbundet med øyeblikkelig hypersensitivitet fra cellene, spesielt fra mastcellene. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet for flutikasonfuroat, umeklidinium og vilanterol til inhalasjon er i gjennomsnitt hhv. 15 %, 13 % og 27 %. Steady state nås for flutikasonfuroat og vilanterol innen 6 dager og umeklidinium innen 7-10 dager. **Fordeling:** Gjennomsnittlig  $V_{d_{ss}}$ : Flutikasonfuroat: 661 liter. Umeklidinium: 86 liter. Vilanterol: 165 liter. **Halveringstid:** Plasma  $t_{1/2}$  for flutikasonfuroat etter inhalasjon av flutikasonfuroat/vilanterol er i gjennomsnitt 24 timer. Plasma  $t_{1/2}$  for umeklidinium etter gjentatte inhalasjoner i 10 dager er i gjennomsnitt 19 timer. Plasma  $t_{1/2}$  av vilanterol etter gjentatte inhalasjoner i 10 dager er i gjennomsnitt 11 timer. **Metabolisme:** Flutikasonfuroat: Primært via CYP3A4 til metabolitter med betydelig redusert kortikosteroidaktivitet. Umeklidinium: Primært via CYP2D6 til metabolitter med enten redusert eller ukjent farmakologisk aktivitet. Vilanterol: Primært via CYP3A4 til metabolitter med signifikant redusert  $\beta_1$ - og  $\beta_2$ -agonistaktivitet. **Utskillelse:** Flutikasonfuroat: Primært i feces,  $<1$  % i urin. Umeklidinium: Primært i feces,  $<1$  % i urin. Vilanterol: Urin (70 %) og feces (30 %). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Oppbevar inhalatoren i den forseglede folieboksen for å beskytte mot fuktighet. Holdbarhet etter åpning av folieboksen er 6 uker. **Pakninger og priser:** 30 doser: 706,50, 3x30 doser: 2047,10. **Refusjonsberettiget bruk:** Refusjon ytes kun til vedlikeholdsbehandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig kols (FEV<sub>1</sub>  $< 50$  % av forventet verdi), som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av ICS og LABA. **Refusjonskode:** ICPC: R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom Vilkår nr. 90 ICD: J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkår 90: Refusjon ytes kun til pasienter med etablert kols: Diagnosen må være verifisert ved spirometri. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres må årsaken journalføres. **Sist endret:** 13.11.2018. **Basert på SPC godkjent av SILV:** 31.10.2018.

**Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00.**

**Referanser:** 1. TREGY Ellipta preparatomtale avsnitt 4.2 (13.11.2018). 2. Trimbaw preparatomtale avsnitt 4.2 (07/2017). 3. Lipson DA, Barnhart F, Brealey N *et al.* Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD. *N Engl J Med* 2018; 378:1671–1680.

TRELEGY Ellipta er utviklet i samarbeid med INNOVIVA

© 2019 GSK Group of Companies or its licensor.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies

NOR/TLY/0055/18 februar 2019

## Sa nei til ny kreftbehandling: – For kostbar

**Beslutningsforum for nye metoder vendte mandag tommelen ned for å tilby en ny kombinasjonsbehandling for lungekreft i det offentlige.**

Behandlingen er en kombinasjonsbehandling for den vanligste typen lungekreft, og består av som består av cellegift og immunterapien pembrolizumab, og tilbys i dag som andrelinjebehandling.

Mandag hadde Beslutningsforum saken på sitt bord. De vil ikke tilby behandlingen i førstelinjebehandling norske offentlige sykehus, fordi den er for dyr, sier leder Stig Slørdahl til Dagens Medisin. Den totale kostnaden for helsetjenesten blir for stor, sier Slørdahl.

Han mener løsningen nå ligger hos industrien:

– Dette er et medikament som vi gjerne vil at industrien vurderer prisnivået på, sier han.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/02/25/sa-nei-til-kreftmedisin/>

## Fire av fem alvorlig syke lungekreftpasienter får ikke den beste behandlingen

**– Mange pasienter rekker ikke å få behandling fordi sykdommen forverrer seg, eller de dør. Det blir færre pasienter, kortere behandling – og mindre dyrt for samfunnet.**

Dette sier onkolog og leder Odd Terje Brustugun i Norsk lungekreftgruppe. Han reagerer sterkt på Beslutningsforums siste vedtak: Nei til å innføre en ny behandling for lungekreft.

Vedtaket vekker oppsikt i fagmiljøene fordi behandlingen omfatter en stor gruppe pasienter, som nå ikke får tilbudet i det offentlige.

Kilde: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/10/-fire-av-fem-alvorlig-syke-lungekreftpasienter-far-ikke-den-beste-behandlingen/>

## Sykehustalen 2019

15. januar holdt Helseminister Bent Høye årets Sykehustale. En av overskriftene i talen var persontilpasset medisin. Pasienter med kreft på samme sted i kroppen skal ikke nødvendigvis ha den samme behandlingen. Svulster har ulike forskjellige genetiske egenskaper som gjør at behandlingen ikke nødvendigvis skal være lik.



Ved diagnostisering av lungekreft gjøres det nå molekulære undersøkelser som gjør at man kan tilpasse medisin til genetikken i svulsten.

«Vi har startet behandling med persontilpasset medisin på kreftområdet. Gjennom systemet for nye metoder bruker vi nå legemidler for lungekreft for pasienter med en bestemt genetisk profil. De får tilgang til behandling som med større sikkerhet har effekt, og vi unngår at pasienter får uvirksom behandling som bare gir bivirkninger.» Bent Høye.

Lungekreft er en av krefttypene som har vist seg å være en av de krefttypene som persontilpasset medisin har effekt.

**Kilde: Regjeringen.no**



**NSF FLU har egen Facebookside, flott hvis flest mulig besøker denne siden. Det kan være hyggelig og matnyttig.**

## LHLs podkast - om helse Helsepodden LHL

Gjennom en lyttevennlig plattform ønsker LHL å gi pasienter, pårørende og helsepersonell en ny arena å tilegne seg etterlengtet informasjon og kunnskap.



Du kan høre den i iTunes eller i din podkast-app.

Målet er å produsere og skape god faglig informativ helseinformasjon som er tilgjengelig uavhengig av tidspunkt når brukerne/lytterne trenger det mest.

Dette prosjektet er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.

### Målgruppene for podkasten

Mennesker som er rammet av hjerte, kar eller lungesykdom.

Pårørende i form av partner, familie, arbeidsgiver/kolleger.

Barn som sitter inne med mange spørsmål når mor eller far blir rammet.

Helsefaglige Studenter/Helsearbeidere.

LHLs podkast er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering

## Podkast: Sykepleieprat

Rådet for sykepleieetikk sin Podcast «sykepleieprat» kommer regelmessig ut med med forskjellige bidtagere og temaer som vil være aktuelle for de fleste sykepleiere.

Temaet fra august 2018 er sikkert aktuelt for mange av våre medlemmer i lungefaggruppen

The screenshot shows the website for the Norwegian Nurses' Association (NORSK SYKEPLEIERFORBUND). The article title is "Behandling med hjemmerespirator: utfordringer og etiske dilemmaer" by Berit Liland, dated August 23, 2018. The article discusses challenges and ethical dilemmas related to home respiratory treatment. A photo of Berit Liland is visible on the right side of the article preview.

## Astma- og Allergiforbundet med egen podkast

Astma- og Allergiforbundet lanserer sin første podkast. I de fem neste ukene vil det komme en ny episode hver mandag som tar for seg relevante temaer innen astma, allergi og overfølsomhet. Sjekk oss ut på iTunes, Spotify eller din podkastapp under navnet "Sjukt frisk". Husk at du kan abonnere så får du oppdatering om når det kommer ny episode.

Kilde: <https://www.naaf.no/aktuelt2/podkast-sjukt-frisk/>

## Trening hjelper

The collage features a main headline: "SÅ BRA ER TRENING MOT KREFT". Below it, a sub-headline reads: "Trening kan forebygge kreft, redusere bivirkninger av behandlingen og føre til færre senskader." The images show people participating in various physical activities like cycling, walking, and stretching in a gym or community center setting. There are also small text snippets and a large number '58' visible in the collage.

## Aktiv mot kreft har nå etabler såkalte Pusterom, et treningsrom, på 16 sykehus rundt om i landet. 400 Aktiv-instruktører et utdannet.

- Trening gjør at kreftpasienter tåler behandlingen bedre, de kommer seg raskere etter behandling og de slipper mange av bivirkningene, sier Helle Aanesen, en av grunnleggerne bak Aktiv mot kreft. De har et mål om at Pusterom skal bli en del av behandlingsforløpet ved kreft, i tillegg til at pasientene får for eksempel 10 klipp med veiledet trening etter endt behandling.

Kilde: <http://web.retriever-info.com/go/>

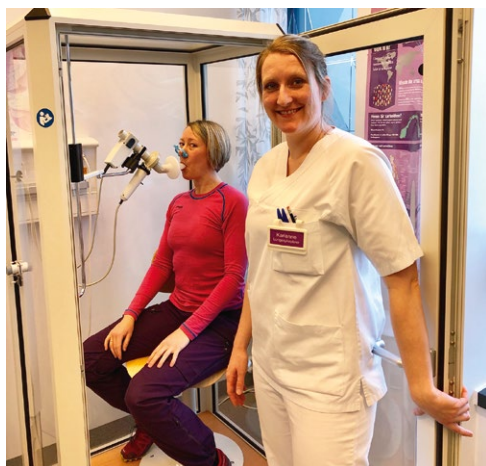
# Kurs og konferanser 2019:

Landskonferansen NSF FLU Kristiansand 4.-5. April 2019

Landskonferansen 2020

20 års-jubileum i Bergen

Radisson Blue Royal hotell 23.-24. april 2020



**Kurs I respirasjonsfysiologi og måleteknikk  
14.-15. november 2019 i Bodø.**

The 49th  
Tallinn • Estonia  
12-14 June  
2019

**NORDIC  
LUNG  
CONGRESS**



**49th Nordic Lung Congress  
Tallin, Estland 12.-14. Juni 2019**



**ERS International Congress  
Madrid, Spain  
28. September- 2. October**

**Styremedlem i NSF FLU,  
Simen A. Steindal står for ett av mange  
interessante foredrag på Nordisk  
Kongress i Tallin**



**SIMEN ALEXANDER STEINDAL** is RN and associate professor. His research areas are COPD, breathlessness, symptom management and living with chronic illness. Steindal has previously worked at a hospital lung ward.

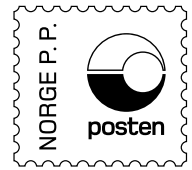
Effectiveness of nursing interventions to manage breathlessness in COPD

Even though interventions to control breathlessness take a multidisciplinary approach for patients with COPD, these interventions are often led, coordinated or delivered by nurses. A systematic review with meta-analysis was conducted to provide a broader understanding of the effectiveness of specific tasks applied by nurses and interventions that could be implemented in clinical practice. Three categories of nursing interventions were identified: interventions performed at home, in a clinic with home follow-up, or in a clinic.



**Returadresse:**

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



**EASYHALER®**

**INHALE.  
 EXHALE.  
 EASYHALE.** 1-4

BUFOMIX  
 EASYHALER®

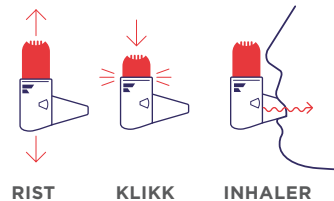
(BUDESONID/  
 FORMOTEROL)



**BUFOMIX EASYHALER.  
 BEHANDLINGSALTERNATIV VED  
 KOMBINASJONSBEHANDLING  
 AV ASTMA OG KOLS<sup>5</sup>**

- En inhalator som gir en jevn dose<sup>6</sup> og er enkel å bruke<sup>7</sup>.
- Bioekvivalent med Symbicort Turbuhaler.<sup>5</sup>

Bufomix Easyhaler inneholder budesonid og formoterol og finnes i tre styrker: 80/4,5 mikrogram<sup>8</sup>, 160/4,5 mikrogram og 320/9 mikrogram.<sup>5</sup>



**SIKKERHETSINFORMASJON** | DET ANBEFALES AT DOSEN TRAPPES GRADVIS NED DERSOM BEHANDLINGEN SKAL AVSLUTTET. BEHANDLINGEN BØR IKKE AVSLUTTET BRÅTT. DERSOM PASIENTEN MENER BEHANDLINGEN IKKE ER EFFEKTIV, ELLER BRUKER DOSER SOM OVERSTIGER DEN HØYESTE ANBEFALTE DOSEN BUFOMIX EASYHALER, MÅ LEGE OPPSØKES. PASIENTEN BØR RÅDES TIL Å HA AKUTTINHALATOR TILGJENGELIG TIL ENHVER TID. BEHANDLING MED BUFOMIX EASYHALER SKAL IKKE INITIERES UNDER EN EKSASERBASJON ELLER VED SIGNIFIKANT FORVERRING ELLER AKUTT FORVERRING AV ASTMA.<sup>5</sup>

