

# Fagblad

## for lungesykepleiere

Nr 1. – 2022



Foto: VisitOslo/Thomas Johannessen

## INNHALDET:

Kjære alle medlemmer!.....	2	Lungekreft og livskrise – hva gjør sosionomen? .....	24
-Hva ønsker du å lese om i Fagblad for lungesykepleiere? 3		Lindrende dagbehandling – et tilbud til personer med	
Hvorfor har noen allergi på høsten? .....	6	alvorlig lungelidelse.....	28
Inhalasjonsveiledning: teori og praksis .....	8	3 Måter lungesykepleiere kan bidra ved	
Oppfølging av pasienter med astma .....	12	forhandssamtaler .....	32
NSFs faggruppe for sykepleiere i astma og allergi .....	14	Palliative forløp i kommunehelsetjenesten –	
Kompani-Covid .....	20	helsepersonells roller og ansvar.....	37

# Kjære alle medlemmer!

Nå er vi inni sommermånedene og enten har dere eller skal ha en meget velfortjent sommerferie. Tusen takk for flott innsats for pasientgruppen vår under Koronapandemien og for at dere er medlemmer av faggruppen.

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

Det er et spennende og variert faglig program, og det er en flott anledning til å møte kollegaer fra andre steder i landet og tidligere medstudenter fra videreutdanningen i Lungesykepleie. Mer informasjon om Landskonferansen med program og påmelding finner dere på [www.lungesykepleiere.no](http://www.lungesykepleiere.no), på nettsiden hos NSF og her i Fagbladet. Dere har også fått invitasjon tilsendt på nyhetsbrev fra oss og e-post fra kongressfirmaet.

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

Aktivitetene lokalt har begynt å ta seg opp igjen, og dere finner tilbakemelding fra de lokalgruppene som har hatt fagkvelder her i Fagbladet.

Nordisk Lungekongress ble avholdt 01. – 3. juni i København og vi var fem fra styret som deltok på kongressen. Det var en flott kongress både faglig og sosialt. Første dagen var det et nordisk sykepleiermøte med deltakere fra Danmark, Island, Sverige og oss fra Norge. Hovedtema på møtet var nordisk samarbeid og tilbud om videreutdanning innen Lungesykepleie. Vi er det eneste landet i Skandinavia som har etablert en master- og videreutdanning. Danmark holder på med kartlegging av behov og har et klart ønske om å etablere tilsvarende utdanning som den vi har.

Neste Nordiske Lungekongress skal være i Helsinki i 2024, og det planlegges å ha flere sykepleiefaglige presentasjoner på denne kongressen.

Har dere saker som dere ønsker at styret skal ta tak i, ønsker om tema i Fagblad for lungesykepleiere,

eller det er noe annet dere vil formidle til oss så ta gjerne kontakt. Kontaktinformasjonen finner dere på neste side her i bladet eller på nettsiden.

Vi minner også om at **VERVEKAMPANJEN** fortsetter, verver du medlemmer til faggruppen er det flotte vervepremier til de 2 som verver flest i 2022. Se eget innlegg i Fagbladet om hva du kan vinne i premie. **NB!** Melder den du verver seg inn før nyttår, kan de søke om kursstøtte allerede i 2022!

*Vi ønsker dere alle en flott sommer og en riktig god sommerferie.*

*Sommerhilsen fra alle oss i styret v/leder Gerd Gran.*

## Utgivelsesplan 2022-2023:

2022	Matr.frist	Utgivelse
Nr. 2 2022	1. november	desember
<b>2023</b>		
Nr. 1 2023	1. mai	juni
Nr. 2 2023	1. november	desember

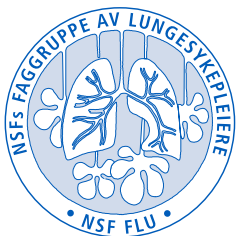
## Gjeldende annonsepriser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	9000,-	4650,-
1/2 side	4600,-	2850,-
Bakside	9900,-	

Alle priser er uten mva.

NSFS FAGGRUPPE AV  
LUNGESYKEPLEIERE





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

**NSF FLU nettsider:**

<https://www.lungesykepleiere.no>

[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

E-post: [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)

**Styret 2021-2023 består av:**

**Leder: Gerd Gran**

Seksjon for pasientsikkerhet  
Haukeland Universitetssjukehus

**Nestleder: Tonje Spjelkavik**

Medisinsk poliklinikk,  
Nordlandssykehuset i Bodø

**Sekretær: Agathe Krekvik Govertsen**

Yrkesmedisinsk avdeling,  
Haukeland Universitetssjukehus

**Kasserer: Ida Mørkesdal**

Intensiven ved Sørlandet sykehus  
Kristiansand

**Redaktør fagblad og nyhetsbrev ansvarlig:**

**Simen Alexander Steindal**

Lovisenberg diakonale høyskole  
VID vitenskapelige høyskole

**Lokalgruppeansvarlig:**

**Kristin Degnes**

Sykehuset Innlandet HF Divisjon  
Elverum – Hamar

**Webansvarlig: Liga Timermane**

Stavanger kommune,  
Hillevåg og Hinna helse og sosialkontor

**Adresseforandringer og annen  
kontakt-informasjon kan endres på**

«min side» på sykepleierforbundets  
nettsider, eller det kan meldes

til: [medlemsadministrasjon@  
sykepleierforbundet.no](mailto:medlemsadministrasjon@sykepleierforbundet.no).

Søknadsfrist for stipend og kursstøtte er  
31. august 2022.

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:**

Foto: VisitOslo/Thomas Johannessen

**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)



Simen Alexander Steindal

## -Hva ønsker du å lese om i Fagblad for lungesykepleiere?

Har du innspill på tematikk som du ønsker at fagbladet skal skrive om, jobber du eller noen du kjenner med prosjekter eller utvikling av retningslinjer, har du erfaringer du ønsker å dele med fagbladets lesere eller har du skrevet en oppgave som har relevans for lungesykepleie, ta kontakt med NSF FLU eller redaktøren på e-post.

Det er viktig for oss at fagartiklene i fagbladet bidrar med relevant og viktig kunnskap. Vårt mål er å presentere det som skjer i lungesykepleiemiljøet i hele landet fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. For noen kan terskelen for å skrive noe mange skal lese være høy. Har du noe du ønsker å formidle, grip muligheten. Vi kan tilby veiledning og hjelp med skriving av fagartikler. Alle som publiserer fagartikler i fagbladet, får et gavekort. Vi publiserer også debattinnlegg og kronikker. Send oss gjerne også forslag til tema for Tett på 3.

NSF FLU har et eget forskningsnettverk som ledes av førsteamanuensis og seniorforsker Christine R. Borge og professor Simen A. Steindal. Forskningsnettverket har fått støtte fra NSF til å videreutvikle forskningsnettverket og utvikle et nytt forskningsprosjekt. For å være

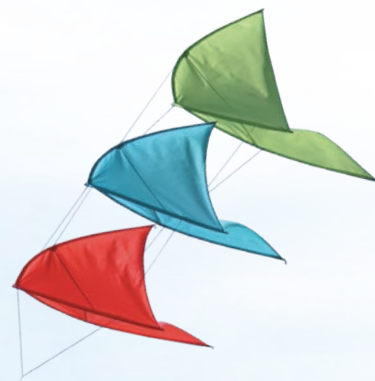
medlem av forskningsnettverket må du være medlem av NSF FLU og ha minimum mastergrad. I forskningsnettverket kan du lære mer om forskning og bli kjent med andre som er opptatt av forskning innen lungefaget.

I dette nummeret av fagbladet kan du lese om hvorfor noen har allergi på høsten, om inhalasjonsveiledning og Kompani-Covid som er et tverrfaglig mestringstilbud for personer som sliter med senfølger etter covid-19. I dette nummeret presenterer vi NSFs faggruppe for astma og allergi. Du finner også en artikkel om hva sosionomer kan bidra med i oppfølging av pasienter med lungesykdom. Videre kan du lese artikler som omhandler palliativ omsorg til personer med lungesykdom. En artikkel handler om dagbehandling ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp, en annen om hvordan lungesykepleiere kan bidra ved forhåndssamtaler og en siste artikkel handler om palliative forløp i kommunehelsetjenesten.

*God sommer!*

*Simen A. Steindal, redaktør*

# NYHET



## Trimbow® nå i pulverinhalator NEXThaler

(beklometasondipropionat/formoterol/glykopyrronium)

- Ekstrafine partikler til pasienter med moderat til alvorlig KOLS\*
- Tre substanser i én inhalator - 3 i 1
- Inhalasjonsteller som teller ned når en full dose er inhalert<sup>1</sup>



## Trimbow® NEXThaler®

beklometasondipropionat/formoterolfumaratdihydrat/  
glykopyrronium

\* For fullstendig indikasjon se produktinformasjon i teksten et annet sted i bladet.

Referans: 1. Trimbow pulverinhalator (NEXThaler) SmPC, 2022.

Chiesi Pharma AB | Klara Norra Kyrkogata 34, SE-111 22 Stockholm  
www.chiesi.no | infonordic@chiesi.com

## Trimbow (formoterol/beklometason/glykopyrronium)

Kortikosteroid + adrenergikum + antikolinergikum. ATC-nr.: R03A L09.

Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel.

INHALASJONSPULVER 88 µg/5 µg/9 µg i Nexthaler inhalator.

**Indikasjoner:** Kols: Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende  $\beta$ -agonist eller en kombinasjon av en langtidsvirkende  $\beta$ -agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist (for effekt på symptomkontroll og forebygging av eksaserbasjoner, se Egenskaper og SPC). **Dosering:** Voksne inkl. eldre: 2 inhalasjoner (doser) 2 ganger daglig er anbefalt dose og maks. dosering. Nedsatt leverfunksjon: bør brukes med forsiktighet og pasienten må overvåkes for potensielle bivirkninger. Nedsatt nyrefunksjon: Kan brukes ved anbefalt dose ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller nyresykdom i siste stadium som krever dialyse, spesielt hvis det er assosiert med signifikant vektreduksjon, skal bruk bare vurderes hvis forventet nytte oppveier potensiell risiko, og pasienten må overvåkes for potensielle bivirkninger. **Administrering:** Til inhalasjon, for instruksjon se pakningsvedlegg/SPC. Pasienten bør vises riktig bruk av inhalatoren, og inhalasjonsteknikk bør kontrolleres regelmessig. Etter inhalasjon skal pasienten skylle munnen, gurgle med vann uten å svelge det, eller pusse tennene. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Ikke indisert for behandling av akutte episoder av bronkospasme eller akutt sykdoms eksaserbasjon. Ved tegn på allergiske reaksjoner, spesielt angioødem, urticaria eller hudutslett, må behandlingen seponeres umiddelbart, og alternativ behandling iverksettes. Paradoksal bronkospasme kan oppstå med umiddelbar økning i hvesing og kortpustethet, og må behandles umiddelbart med hurtigvirkende inhalert bronkodilatator (lindring). Behandlingen må seponeres umiddelbart, pasienten undersøkes og alternativ behandling iverksettes om nødvendig. Behandling skal ikke stoppes brått. Økt bruk av bronkodilatator som anfallsinhalator indikerer eksaserbasjon av underliggende sykdom, og behandlingen bør revideres. Pga. den langtidsvirkende  $\beta$ -agonisten og den langtidsvirkende muskarinantagonisten må forsiktighet utvises ved hjertearytmier, spesielt 3. grads AV-blokk og takyarytmier, idiopatisk subvalvulær aortastenose, hypertrofisk obstruktiv kar-diomyopati, alvorlig hjertesykdom, okklusive karsykdommer, arteriell hypertensjon og aneurisme. Forsiktighet bør utvises ved kjent eller mistenkt forlengelse av QTc-intervallet. Forsiktighet må utvises ved tyreotoksikose, diabetes mellitus, feokromocytom og ubehandlet hypokalemi. Økt forekomst av pneumoni er sett ved bruk av inhalasjonskortikosteroider. Systemiske kortikosteroideffekter kan forekomme, spesielt ved høye doser foreskrevet over lang tid. Det er viktig at pasienten vurderes regelmessig. Preparatet bør administreres med forsiktighet ved aktiv eller latent tuberkulose og sopp- og virusinfeksjon i luftveiene. Utvis spesielt stor forsiktighet ved alvorlig sykdom, da effekten kan intensiveres av hypoksi. Hypokalemi kan også intensiveres av samtidig behandling med andre legemidler som kan forårsake hypokalemi, f.eks. xantin-derivater, steroider og diuretika. Forsiktighet ut-

vises ved bruk av flere bronkodilatatorer som anfallsmedisin, serumkaliumnivåene må da overvåkes. Inhalasjon av formoterol kan gi økt blodsukkernivå. Forsiktighet må utvises ved vinkelblossglaukom, prostatahyperplasi eller urinretensjon. Pasienten må informeres om å søke legehjelp ved symptomer på akutt vinkelblossglaukom. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker, som grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs korioretinopati (CSCR). Inneholder laktose. Kan inneholde små mengder melkeproteiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Glykopyrronium: Langvarig samtidig bruk av andre antikolinergika er ikke studert, og anbefales derfor ikke. Beklometason: Forsiktighet bør utvises og nøye overvåkning anbefales ved samtidig bruk av potente CYP3A-hemmere. Formoterol: Ikke-kardioselektive betablokkere (inkl. øyedråper) skal unngås. **Graviditet og amming:** Graviditet: Glukokortikoider kan forårsake effekter i tidlig gestasjonsfase, mens formoterol har tokolytiske effekter. Det anbefales å unngå bruk under graviditet og fødsel. Skal bare brukes hvis forventet nytte oppveier potensiell risiko for fosteret. Spedbarn og nyfødte som fødes av mødre som mottar anselige doser, må observeres for adrenalsuppresjon. Amming: Beklometasondipropionat og dets metabolitter utskilles i morsmelk. Ukjent om formoterol eller glykopyrronium utskilles i morsmelk, men de er påvist i melken til diegivende dyr. Antikolinergika som glykopyrronium, kan undertrykke laktasjon. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Infeksiøse: Faryngitt, nasofaryngitt<sup>1</sup>, oral candidiasis, pneumoni (hos kols-pasienter)<sup>1</sup>, urinveisinfeksjon<sup>1</sup>. Luftveier: Dysfoni. Nevrologiske: Hodpine. <sup>1</sup>Bivirkninger sett ved bruk av minst én av de individuelle komponentene. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C. Oppbevar inhalatoren i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet og ta den bare ut fra posen umiddelbart før første gangs bruk. Etter første åpning av posen: Må brukes innen 6 uker og oppbevares på et tørt sted. **Pakninger og priser (pr. 01.02.2022):** 120 doser (inhalator) kr. 714,40. 3 x 120 doser (inhalator) kr. 2056,80. **Blå resept:** Ja. **Byttbar:** Nei. **Refusjon:** R03A L09 Formoterol, glykopyrroniumbromid og beklometason. **Refusjonsberettiget bruk:** Vedlikeholdsbehandling ved kols, i henhold til preparatomtale. Refusjonskode: ICPC: R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom. ICD: J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. Vilkår: Ingen spesifisert. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 07.04.2021. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Italia, **Repr.:** Chiesi Pharma AB, Klara Norra Kyrkogata 34, SE-111 22 Stockholm, Sverige Telefon: 00 46 8 753 35 20 E-post: medinfonordic@chiesi.com, www.chiesi.no

Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

Sist endret: 15.02.2022

#02-2022

433-2021-MARK

Chiesi Pharma AB | Klara Norra Kyrkogata 34, SE-111 22 Stockholm | [www.chiesi.no](http://www.chiesi.no)



## NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE VERVEKAMPANJE 2022

Har du en kollega eller en sykepleier du kjenner som er interessert i lungefaget? Da vil vi oppfordre deg til å verve han/hun til vår faggruppe. Dette gjelder om de jobber i sykehus, kommunehelsetjenesten eller privat helsetjeneste. Om de jobber med de alvorligste syke eller med de som lurer på om de er syke. Vi, lungesykepleiere, er med pasientene våre fra de starter utredning av eventuell sykdom, til de sykeste dør. Det er et stort spenn i faget hvor lungesykepleiere er viktige for pasientene. NSFs Faggruppe av Lungesykepleiere arbeider for bedre kvalitet på sykepleie til lungepasienter, stimulere til utvikling, utdanning og forskning innen lungefaget og fremme samarbeid på tvers.

### VI TILBYR:

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

De to som verver flest medlemmer får vervepremie.

### Vervepremier i 2022:

- **1. premie:**  
Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen 2023 og kr. 5000,- til en annen konferanse, eller reise og opphold til Landskonferansen.  
Vedkommende må minimum ha vervet 3 personer.
- **2. premie:**  
Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen 2023.

Send epost til [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)

og fortell hvor mange og hvem du har vervet.

Vervekampanjen varer fra 01.01. – 31.12.2022.

Se vår nettside - [www.nsf.no/fg/lungesykepleiere](http://www.nsf.no/fg/lungesykepleiere)  
og følg oss på Facebook.

SEND INNMELDINGEN TIL:

[medlemstjenester@sykepleierforbundet.no](mailto:medlemstjenester@sykepleierforbundet.no)  
eller ring tlf. 02409  
(be om medlemstjenester)

# Hvorfor har noen allergi på høsten?

## Kan allergi mot bjørkerustsopp være forklaringen?



Martin Sørensen, seksjonsleder /seksjonsoverlege, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, Barne- og Ungdomsavdelingen, Martin.Sorensen@unn.no

**Luftveisallergier inndeles i helårsallergier og sesongallergier.**

Typiske eksempler på helårsallergier er allergi mot husstøvmidd og pelsdyr. Ved sesongallergi har pasientene symptomer i avgrensede perioder som sammenfaller med sesongavgrenset spredning av allergener.

De vanligste sesongallergiene i Norge er allergi mot pollen fra trær på våren og gress på sommeren. De vanligste symptomene er nysing, tett rennende nese (rhinitt) og røde kløende, rennende øyne (konjunktivitt). Noen får allergisk utløst astma og eksem og de som er mest plaget får også energimangel, nedsatt konsentrasjon og redusert kapasitet til arbeid og skole.

Noen pasienter har sesongavgrensede allergiske symptomer i siste halvdel av august og hele september, etter at pollensesongene er over. Det har vært en uløst gåte hva som er årsaken til sesongallergi på denne tiden av året. Det har vært spekulert i om det kan skyldes rester av pollen eller sporer fra sopp som det er mye av på høsten.

En pasient ved regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet

(RAAO) ved universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har hatt store plager med allergiske symptomer fra nese, øyne, nedre luftveier (astma) og eksem i august og september i flere tiår. Plagene forsvinner som dugg for solen når løvet har falt og frosten kommer. Han er overbevist om at hans plager skyldes allergi mot bjørkerustsopp og lanserte denne hypotesen under en legekonsultasjon på RAAO i desember 2018. Vi var mildt sagt skeptisk til den forklaringen men avtalte at han kunne komme tilbake i sesongen mens han hadde sine plager. Neste høst dukket han opp med nevene fulle av bjørkeløv med bjørkerustsopp. Av dette lagde vi en prikktest som ga kraftig utslag på pasienten, men ikke på meg som kontrollperson. De påfølgende ukene gjorde vi det samme på 3 andre pasienter som også fikk positive tester. Kanskje han har hadde rett?

Bjørkerustsopp er en parasitt som ses som små gule knopper på undersiden av bjørkeløv på høsten. Når sporene spres kan det ses som gult støv/belegg som bl.a. legger seg på vannoverflater. Man kan få det på klærne når man går i skogen og det kan legge seg som et belegg på biler, terrasser og andre overflater. Det er betydelig mere bjørkerustsopp i Nord-Norge og i fjelltraktene i Sør-Norge enn det er i lavlandet i Sør-Norge.

Bjørkerustsopp har aldri vært beskrevet som årsak til allergi, men det finnes noen veldig gamle vitenskapelige artikler som mener at beslektet rustsopp på hvete-, frukt- og kaffeplanter kan forårsake allergi.

Basert på pasientens hypotese gjennomførte vi høsten 2020 pilotstudien Tromsø bjørkerustallergi studie (Tro-BRA) med 31 pasienter med høstallergi og 17 kontrollpersoner uten allergi. De registrerte type og grad av allergiske symptomer som ble

sammenlignet med hvor mye sporer fra bjørkerustsopp som var i luften. Det siste måles i pollenfellene som benyttes til pollenvarslingen i Norge. Det viste at pasientenes symptomer økte jo mere bjørkerustsopp det var i luften mens kontrollpersonene ikke hadde allergiske symptomer. Vi påviste også at IgE antistoffer i pasientenes blod reagerte mot allergen i bjørkerustsopp. I tillegg hadde et lite utvalg av pasientene positiv prikktest mot bjørkerustsopp, mens kontrollene som ble testet hadde negativ test. Vi hadde dessverre ikke nok tester til å teste alle deltakerne. Pilotstudien ga likevel sterke holdepunkter for at pasienten vår har rett:

Bjørkerustsopp kan forårsake sesongavgrenset allergi på høsten. Det kreves imidlertid en større studie for å kunne bekrefte dette og får å utvikle gode tester for å påvise allergi mot bjørkerustsopp. En slik studie egner seg godt til forskningssamarbeid i Nord-Norge da det er her vi har mest bjørkerustsopp. Norsk bjørkerustallergi studie (Nor-BRA) har mottatt forskningsmidler fra Helse Nord til å gjennomføre studien som et klinisk regionalt forskningssamarbeid. Forskere fra sykehusene i Tromsø, Kirkenes, Bodø og Mo i Rana samarbeider i denne studien som starter i august 2022. Responsen har vært overveldende med henvendelser fra svært mange pasienter over hele landet som ønsker å delta. I denne studien har vi valgt å kun inkludere pasienter fra Nord-Norge fordi forekomsten av bjørkerustsopp er størst her og pga økonomi og logistikkhensyn. Nesten 300 deltakere (200 pasienter og 100 kontroller) skal være med på studien.

Alle skal registrere type og grad av allergiske symptomer gjennom hele bjørkerustsesongen og symptomene skal sammenlignes med spredningstall for bjørkerustsopp der

det finnes pollenfeller. Vi skal samle inn store mengder bjørkeløv med bjørkerustsopp som skal brukes til å lage allergitester. I tillegg håper vi å få laget en test som kan dryppes i nesen får deretter å registrere om det tilkommer allergisk reaksjon i nesen (nasal provokasjonstest)

Det er mye som tyder på at allergi mot bjørkerustsopp i større grad enn pollenallergiene gir allergiske astmasymptomer. Det kan forklares med at soppsporene er mindre enn pollenpartiklene og dermed kommer lengre ned i luftveiene og forårsaker symptomer fra nedre luftveier. For å undersøke dette nærmere skal alle deltakerne gjennomføre lungefunksjonsundersøkelser (spirometri) både i og utenfor bjørkerustsesongen. I sesongen med en såkalt reversibilitetstest og utenfor sesongen før og etter den nasale provokasjonstesten.

I vår kontakt med aktuelle deltakere har vi også fått et inntrykk av at det er flere som opplever forverring av eksem som et symptom enn vi er vant med fra pollenallergiene. Vi har ingen forklaring på dette men vil undersøke det nærmere med kartlegging av eksem i og utenfor sesong.

Nå venter vi med spenning på bjørkerustsesongen 2022 og håper på store forekomster av bjørkerustsopp. Vi håper og tror på ny verdifull kunnskap. En viktig lærdom kan bli at det lønner seg å høre godt etter hva pasientene har å fortelle.

# Inhalasjonsveiledning: teori og praksis

Espen Skarstein Kolberg, klinisk farmasøyt, Sykehusapoteket Trondheim, Espen.Skarstein.Kolberg@sykehusapoteket.no

**I**nhalasjonsmedisin er svært god egnet for behandling av obstruktive lungesykdommer; det gir rask og god effekt i målorganet, minimal systemisk eksponering og få bivirkninger (Laube et al., 2011). Det er imidlertid beheftet med en hake. Adekvat effekt forutsetter riktig inhalasjonsteknikk (GOLD, 2022); en inhalator er en farmasøytisk *leverinsteknologi* som krever langt mer av pasienten enn for eksemplet en depottablett.

Riktig inhalasjonsteknikk forutsetter at pasienten har fått god opplæring i bruk, men også at det er valgt en inhalator som er *tilpasset* den enkeltes behov og evner (GOLD, 2022). Helsepersonell må derfor kjenne prinsippene for riktig bruk og hvilke faktorer som er begrensende for bruken og formidle dette på et egnet måte til pasienten. Dette oppsummeres godt i den internasjonale retningslinjen for behandling av KOLS (GOLD): «*the importance of education and training in inhaled device technique cannot be overemphasized*» (GOLD, 2022).

Det finnes i dag to hovedtyper inhalatorer. Vi kan dele dem inn i våtinhalatorer og tørrstoffinhalatorer. Førstnevnte lager dråpepartikler, enten ved hjelp av en drivgass, som sprayaerosolene, eller ved hjelp av en mekanisk fjær, som soft mist-inhalatorene (respimat). Tørrstoffinhalatorene lager på sin side tørre partikler, analogt med støvkorn (Labiris & Dolovich, 2003).

Enten det er snakk om dråper eller

støvkorn, må disse partiklene klare å følge den turbulente luftstrømmen ned i de perifere luftveiene. Deretter må de avsettes i epitelvevet slik at de gir ønsket effekt. Det er dermed to naturkrefter som er avgjørende for hvor god effekt pasienten vil få av sin inhalator: Treghet og tyngdekraft (Labiris & Dolovich, 2003). Treghet kan beskrives som en gjenstands motstand mot å få sin bevegelsesbane endret. Hvor stor tregheten er bestemmes av størrelsen og hastigheten til denne gjenstanden. Jo større hastighet og/eller masse, jo større treghet. For partiklene som genereres av en inhalator vil dette si at store og raske partikler avsettes høyere opp i lungene. Dette fordi tregheten deres gjør at de ikke klarer å følge luftstrømmen når luftveiene tar en brå sving (Labiris & Dolovich, 2003). På den annen side må partiklene med legemiddel kunne avsettes i lungevevet når de har nådd fram dit de skal. Dette er det tyngdekraften som sørger for. For at dette skal skje, må de derfor ikke være for små. De minste partiklene vil med letthet nå langt ned i lungene, men vil pustes ut igjen før de rekker å gi effekt (Labiris & Dolovich, 2003).

Dette er forhold som dels bestemmes av inhalatorens egenskaper, men også av pasientens teknikk. Våt-inhalatorene genererer partikler enten ved hjelp av en drivgass (spray) eller en mekanisk fjær (soft mist). Riktig bruk av disse innebærer derfor rolig og behersket inhalasjon av den utløste dosen, siden partiklene allerede har fått fart nok fra inhalatoren. En vanlig

feil er at pasienten inhalerer for raskt. Dette vil gi partiklene ytterligere treghet og kunne føre til redusert effekt i de perifere luftveiene (Labiris & Dolovich, 2003).

Mange sprayaerosoler lager mange store og raske partikler. En stor andel av dosen vil derfor ikke være i stand til å nå fram, uavhengig av hvor god teknikk pasienten har (Laube et al., 2011). Dette kan man forbedre ved å bruke sprayen sammen med et inhalasjonskammer. Inne i kammeret vil partiklene miste noe av farten og fordamping vil sørge for at de blir mindre. Bruk av kammer gir også bedre effekt under en akutt forverring: pasienter som ikke klarer å mobilisere til én, lang rolig inhalasjon, kan i stedet puste rolig inn og ut av kammeret 4-5 ganger (Laube et al., 2011).

Enkelte av de nyere sprayaerosolene kan ifølge produsentene brukes uten kammer. Et ankepunkt mot dette er at dette er basert på studier utført på selekterte populasjoner som får svært god oppfølging. Det er derfor ikke nødvendigvis overførbart til den generelle pasientpopulasjonen eller under akutte forverringer. En bør dermed ha som hovedregel at sprayaerosoler alltid bør brukes sammen med kammer (Laube et al., 2011).

Soft mist-inhalatorene har en mer gunstig partikkelprofil enn sprayene og det er i utgangspunktet ikke nødvendig å bruke disse sammen med kammer. Det er imidlertid ikke noe i veien med å kombinere dem med et kammer hvis pasienten selv foretrekker dette (Kushnarev et al., 2017).



I motsetning til våtinhalatorene har ikke tørrstoffinhalatorene noen innebygd mekanisme for å frigjøre legemiddelet. Det er pasientens egen innpust gjennom inhalatoren som genererer dosen. Dette skjer ved at inhalasjonen lager turbulens som virvler pulveret opp til små partikler som følger pusten ned i lungene. Jo kraftigere innpust, jo mer energi overføres til pulverdosen og jo mindre blir partiklene (Labiris & Dolovich, 2003). For denne typen inhalator er dermed inhalasjonsteknikken diametralt forskjellig fra våtinhalatorene. Det er *kraftig inhalasjon* som er riktig bruk av tørrstoffinhalator. Det er også viktig at pasienten ikke puster ut og inn i inhalatoren før inhalasjon. Dette vil kunne overføre fukt som gjør pulveret vanskeligere å bryte opp i partikler (Sulaiman et al., 2017).

Her kan man innvende at *for* kraftig innpust vil kunne lage *for* raske partikler med stor treghet og dårligere effekt. Dette stemmer kanskje for yngre, friske astmapasienter, men for KOLS-pasienter generelt er det nok svært vanskelig å overstige denne terskelen (Sulaiman et al., 2017).

Ikke alle pasienter klarer inhalere kraftig nok til å kunne bruke en tørrstoffinhalator. Dette gjelder hovedsakelig pasienter med langtkommen KOLS. Disse vil ofte ha mer nytte av våtaerosoler, eller eventuelt forstøver (Laube et al., 2011). En bør derfor kontrollere pasientens inhalasjonskraft for å sikre seg at inhalatoren kan brukes optimalt. Til dette formålet finnes det forskjellige hjelpemidler hvor motstanden i ulike inhalatorer kan simuleres. En får da testet den inhalatoren som er aktuell for den enkelte pasient. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at pasienten også skal kunne bruke inhalatoren under en forverring og en derfor bør tenke worst-case-scenario ved testing.

For å hjelpe tyngdekraften med å avsette dosen bør alle pasienter holde pusten i minst 10 sekunder etter endt inhalasjon. Dette gjelder for både våt- og tørrstoffinhalatorer. Utpust rett etter inhalasjon vil føre til mindre deponering og redusert effekt (Labiris & Dolovich, 2003).

Dette var de overordnede prinsippene for riktig inhalasjon. Detaljer knyttet til den enkelte inhalator er tilgjengelig i videoformat for de aller fleste inhalatorer i Norge på felleskatalogen.no. Det anbefales at man konsulterer disse i forkant av hver pasientveiledning.

Så langt har vi snakket om teori og praksis bak riktig inhalasjonsteknikk. Men hvordan skal vi snakke med *pasientene* om dette?

Pasienten selv kjenner svært godt hvordan sykdommen virker på kroppen, men har kanskje ikke alltid like god innsikt i bruk av eller hensikten med sine medisiner. Et stikkord for å bedre etterlevelsen av inhalasjonsmedisin er derfor å gi pasienten «eierskap» til sin inhalator.

I så henseende er det nyttig å gi pasienten innsikt i fysikken bak riktig teknikk, da det kan bidra til å «avmystifisere» og gjøre bruken mer intuitiv. En bør bruke et billedlig språk som gjør at pasienten kan visualisere det som skjer. For eksempel, for å gjøre treghetsbegrepet mer håndgripelig kan det sammenlignes med en bil i fart; eksempelvis «det er vanskeligere for en stor lastebil i høy hastighet å følge svingene, enn for en liten personbil i 30 km/t». Bruk gjerne figurer, eller tegn og forklar underveis.

Ved bruk av sprayaerosoler eller soft mist-inhalatorer, hvor det essensielle er rolig og behersket innpust, kan man be pasienten se for seg at en ved hjelp av pusten skal føre en tåkedott

forsiktig ned gjennom luftveiene. For kraftig innpust vil rive denne skyen fra hverandre. En må også forklare hvorfor det er en stor fordel å bruke sprayaerosolene sammen med kammer og henviser til hva som skjer med tregheten, igjen med referanse til personbilanalogien over («I kammeret blir det færre raske trailere og flere saktegående personbiler» og lignende).

For tørrstoffinhalatorene kan man be pasienten forestille seg at en ved bruk av egen innpust skal lage en sandstorm inne i inhalatoren. Denne sandstormen skal så bevege seg med pusten ned i luftveiene. Jo kraftigere sandstorm, jo bedre.

Når en har etablert det teoretiske rammeverket bak riktig teknikk er neste steg å la pasienten prøve dette ut i praksis. En bruker her den såkalte «teach back-metoden», hvor pasienten først demonstrerer sin bruk, hvorpå denne bekreftes eller korrigeres av den som gir opplæring (GOLD, 2022). Her er det viktig å forsøke å hekte forklaringen på fysikken, slik at det igjen bygges bro mellom teori og praksis.

Riktig bruk handler om etterlevelse. I dette ligger ikke bare riktig teknikk, men også hvorvidt pasienten følger legens forskrevne dosering. For å bedre etterlevelsen, er det viktig at vi forsøker avdekke hvilke forventninger pasienten har til sin inhalator. Erfaringsmessig ser mange KOLS-pasienter for seg umiddelbar symptomlindring. De glemmer dermed langtidsperspektivet og den forebyggende effekten på forverringer. Dette kan føre til dårlig etterlevelse, siden inhalatoren for mange ikke lever opp til forventningene. En samtale rundt dette temaet bør derfor også inngå i pasientveiledningen.

Manglende umiddelbar effekt kan

for øvrig også være et tegn på en dårlig tilpasset inhalator eller dårlig teknikk; en må altså ha et helhetlig bilde før en kan konkludere (GOLD, 2022). Riktig inhalasjonsteknikk er et håndverk som det kreves både tid og tålmodighet å beherske.

Avslutningsvis er det viktig å understreke at det er pasienten selv som må føle seg trygg på sin inhalator. Vi som helsepersonell kan veilede, forklare og peke i riktig retning med hensyn til hva som er den best egnede inhalatoren, men det er til syvende og sist pasienten selv som sitter med nøkkelen.

#### Referanser

GOLD. (2022). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GLOBAL STRATEGY

FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD: 2022 Report. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)

Kushnarev, V., Nagel, M., Doyle, C., & Suggett, J. (2017). Delivery of RespiMat Soft Mist inhaler (SMI) from a Valved Holding Chamber (VHC). *European Respiratory Journal*, 50(suppl 61), PA3947. <https://doi.org/10.1183/1393003.congress-2017.PA3947>

Labiris, N. R., & Dolovich, M. B. (2003). Pulmonary drug delivery. Part II: the role of inhalant delivery devices and drug formulations in therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *Br J Clin Pharmacol*, 56(6), 600-612. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.01893.x>

Laube, B. L., Janssens, H. M., de

Jongh, F. H. C., Devadason, S. G., Dhand, R., Diot, P., Everard, M. L., Horvath, I., Navalesi, P., Voshaar, T., & Chrystyn, H. (2011). What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. *European Respiratory Journal*, 37(6), 1308-1417. <https://doi.org/10.1183/09031936.00166410>

Sulaiman, I., Seheult, J., Sadasivuni, N., MacHale, E., Killane, I., Giannoutsos, S., Cushen, B., Mokoka, M. C., Bhreathnach, A. S., Boland, F., Reilly, R. B., & Costello, R. W. (2017). The Impact of Common Inhaler Errors on Drug Delivery: Investigating Critical Errors with a Dry Powder Inhaler. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*, 30(4), 247-255. <https://doi.org/10.1089/jamp.2016.1334>

## Forfatterveiledning for fagartikler

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

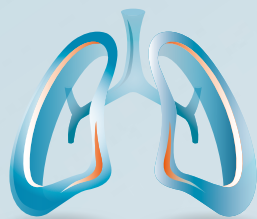
Fagartiklene må omhandle tematikk som er relevant for lungesykepleie og kan omhandle klinisk lungesykepleie, faglige og etiske utfordringer, pedagogikk, simulering, presentere funn fra fagutvikling- og forskningsprosjekt og beskrivelse av oppdaterte prosedyrer og kliniske undersøkelser.

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

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

#### Krav til fagartikler

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



## INDIKASJON

**OPDIVO (nivolumab) i kombinasjon med YERVOY (ipilimumab) er indisert til førstelinjebehandling av ikke-resektebar malignt pleuralt mesoteliom hos voksne.**

\*Behandlingen er foreløpig ikke vurdert av Beslutningsforum for Nye Metoder

# Første behandling med immunterapi til 1L malignt pleuralt mesoteliom (lungehinnekreft).<sup>1</sup>

Over 15 år siden en ny behandling ble godkjent for malignt pleuralt mesoteliom.<sup>2</sup>

**Anbefalt dose er 1 mg/kg ipilimumab administrert intravenøst over 30 minutter hver 6. uke i kombinasjon med 360 mg nivolumab administrert intravenøst over 30 minutter hver 3. uke. Behandling fortsettes i opptil 24 måneder hos pasienter uten sykdomsprogresjon.<sup>1</sup>**

1. OPDIVO (nivolumab) SPC . 2. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. J Clin Oncol 21:2636-2644, July 15 2003.

### OPDIVO (nivolumab)

Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. VIKTIG SIKKERHETS- OG FORSKRIVNINGSGRUPPEINFORMASJON

### Indikasjoner

**Ikke-småcellet lungekreft (NSCLC):** I kombinasjon med ipilimumab og 2 sykluser med platinabasert kjemoterapi til førstelinjebehandling av metastatisk ikke-småcellet lungekreft hos voksne som har tumorer uten sensitiviserende EGFR-mutasjoner eller ALK-translokasjoner. Som monoterapi til behandling av lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft etter tidligere kjemoterapi hos voksne.

**Malignt pleuralt mesoteliom (MPM):** I kombinasjon med ipilimumab til førstelinjebehandling av ikke-resektebar malignt pleuralt mesoteliom hos voksne. For fullstendig oversikt over godkjente indikasjoner, fullstendig forskrivningsinformasjon se preparatomtale for Opdivo (nivolumab) og Yervoy (ipilimumab) på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). Bivirkninger og frekvensen av disse er avhengig av krefttype, dosering og

eventuell kombinasjon med andre legemidler mot kreft, se preparatomtale. Som for all immunterapi kan immunrelaterte bivirkninger oppstå i alle kroppens organer både under og etter avsluttet behandling. Immunrelaterte bivirkninger som påvirker mer enn ett system i kroppen, kan oppstå samtidig. Ved kombinasjonsbehandling med Opdivo og Yervoy (ipilimumab) kan immunrelaterte bivirkninger oppstå tidligere og i flere organsystemer samtidig sammenliknet med Opdivo monoterapi. Les mer om bivirkninger i preparatomtalene for Opdivo og Yervoy.

Alt helsepersonell som forskriver immunterapi må ha kunnskap om behandlingsalgorimer for immunrelaterte bivirkninger og hvordan disse klassifiseres. Tidlig identifisering og håndtering av immunrelaterte bivirkninger er viktig, og pasienter som behandles med immunterapi skal ha tett oppfølging både under og i etterkant av behandling. Pasientkort finnes tilgjengelig på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no) eller ved å kontakte BMS. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning til Statens Legemiddelverk på [www.legemiddelverket.no/meldeskjema](http://www.legemiddelverket.no/meldeskjema).

[www.legemiddelverket.no/meldeskjema](http://www.legemiddelverket.no/meldeskjema). Bivirkninger bør også meldes til BMS på telefon 23 12 06 37. Opdivo gis som intravenøs infusjon og doseres ulikt avhengig av tumortype og hvorvidt behandlingen gis i monoterapi eller i kombinasjon med andre legemidler mot kreft, se preparatomtalen.

**Pakninger, priser, refusjon Opdivo:** 10 mg/ml 4 ml (hettegl) 5390.40 kr 10 ml (hettegl) 13415.20 kr 24 ml (hettegl) 32145.80 kr Yervoy: 5 mg/ml 10 ml (hettegl) 44626.20 kr 40 ml (hettegl) 178397 kr. LIS anbud 2021/2022 PD1/PD-L1 hemmer og legemidler i kombinasjon med disse. For fullstendig oversikt over godkjente indikasjoner inkludert restriksjoner innført av Beslutningsforum for nye metoder se link [www.nyemetoder.no](http://www.nyemetoder.no). Bristol Myers Squibb Norway Ltd., Lysaker Torg 35 1366 Lysaker [www.bms.com/no](http://www.bms.com/no)

Versjon 6.

\*Behandlingen er foreløpig ikke vurdert av Beslutningsforum for Nye Metoder.

# Oppfølging av pasienter med astma

Navn: Karianne Aanes Hansen  
 Stilling: Sykepleier  
 Arbeidsted: Lungepoliklinikk ved Nordlandssykehuset i Bodø

## Hvordan følger sykepleierne opp Astma-pasientene hos dere?

På Nordlandssykehuset i Bodø har vi startet opp sykepleierdrevet poliklinikk. Dette er et tilbud hvor både pasienter med astma og KOLS kan komme til kontroll hos sykepleier. Det er 3 erfarne sykepleiere med videreutdanning innen lungefaget som bytter på å ha poliklinikken. Astmapasientene som kommer til sykepleierkontroll er gjerne de som har vært til diagnostisering hos lungelege, fått diagnosen og startet med inhalasjonsmedisiner. Etter 3-6 mnd kommer de til kontroll hos oss. Da sjekker vi hvordan pasienten har det etter oppstart av behandling. Vi tar spirometri og pasienten fyller ut et skjema som heter astma-kontroll-test. Astma-kontroll-test skjemaet beskriver symptomene til pasienten. Om man får en høy poengsum har man god astma-kontroll, ved lav poengsum har man en dårlig astmakontroll. Vi sjekker inhalasjonsteknikk på de inhalatorene pasienten har fått forskrevet, pasienten demonstrerer hvordan han tar medisinen også gjør vi korrigeringer om det er noe som ikke fungerer. Det er viktig at pasientene har god informasjon om sykdommen og behandlingen sin. Vi bruker god tid på informasjon. Vi kan komme med tips til medisiner, trening, kosthold, inneklima, røykeslutt og slim-mobilisering. Hvis pasienten ønsker det kan vi henvise til astma-skole. Hvis pasienten har god astma-kontroll avslutter vi og han kan følges videre hos fastlegen sin. Har



pasienten ikke har god astma-kontroll, kartlegger vi hva som kan være årsaken til dårlig astma-kontroll. Det kan være at pasienten ikke tar medisinen sine, feil inhalasjonsteknikk, yrke/arbeidsmiljø, forhøyede eosinofile i blod, eller at han blir utsatt for ulike irriteranter. Vi kan da ta pasienten inn til ny kontroll hos sykepleier eller lungelege. Pasienten bør da føre astma-dagbok og måle daglig PEF slik at vi får en god kartlegging i hva

som kan trigge astmaen, og hvilke endringer man kan gjøre for å hjelpe pasienten.

## Hvordan gjennomføres astma-skole på din arbeidsplass?

På Nordlandssykehuset i Bodø har vi tilbud om Astma-skole for barn, ungdom og voksne. Barneavdelingen har ansvar for Astma-skole for de minste, Astma-skole for ungdom er et samarbeid mellom

lungepoliklinikk og barneavdelingen, mens lungepoliklinikken har ansvar for Astma-skole for voksne. Det er en sykepleier på lungepoliklinikken som er ansatt i 50% stilling for å ha astma og KOLS-kursene. Astma-skolen går over to kursdager hvor målet er at pasienten og pårørende skal få best mulig grunnlag for å mestre hverdagen sin med astmatisk sykdom og behandling. Gjennom erfaringsutveksling med andre som har astma og møte med helsepersonell skal pasienten få en bedre forståelse av sykdommen og hva som påvirker den. Lungelege foreleser om «hva er astma? Årsak og behandling» Pasientene får opplæring i egenmålinger (PEF), medisiner, anfallsmestring, inhalasjonsteknikk, sanering og allergi. Fysioterapeut gir informasjon om trening, og hvorfor det er viktig at personer med astma burde trene, de får opplæring i pusteteknikk, hosteteknikk og slimmobilisering.

På Astma-skolen møter de andre som har astma og kan dele erfaringer. Astmaskolen går over 2 dager. På astma-skolen møter pasienten lungelege, sykepleier, fysioterapeut og sosionom. Pasientene får hver sin astmadagbok de skal fylle ut etter kurset med symptomregistrering og Pef-målinger. Etter 6-8 uker kommer pasienten til individuell samtale hos sykepleier hvor han man går igjennom PEF- målingene og utarbeider en egen-behandlingsplan. På egen-behandlingsplanen står det hvordan inhalasjonsmedisiner pasienten bruker, og hvordan pasienten kan øke på sine medisiner ved økte symptomer og når pasienten skal starte på Prednisolon tabletter. Pasienten får god opplæring i hvordan han skal bruke behandlingsplanen, også får pasienten resept på prednisolon skal han kan ha i beredskap hjemme i tilfelle astmaforverring.

### Hvilke erfaringer har du med astmapasienter som behandles med ANTI IL-5?

Det har vært spennende å følge de dårligste astma-pasientene som man ikke kommer i mål med ordinær inhalasjonsbehandling på. Flere av de som har startet med il-5 hemmer har opplevd å få et helt nytt liv. Vi hadde en pasient som kunne glede seg over å endelig oppleve å bli svett på trening. Tidligere hadde pusten tatt henne før hun rakk å bli svett. En annen kunne endelig ta trappene på jobben, og fravær på jobb ble betydelig redusert. Vi ser at mange av pasientene får bedre livskvalitet etter årevis med dårlig astmakontroll. Det at de kan behandle seg selv hjemme etter oppstart av il5 gjør det hele enkelt. Mange setter også stor pris på at antall forverringer reduseres betraktelig, og de slipper hyppige prednisolon-kurer. Det blir spennende å se hvordan utviklingen av type-2 astma behandling blir framover.

## Oppfølging av pasienter med astma

Navn: Aida Constance Escobar Kvitting

Stilling: Lungesykepleier

Arbeidssted: Lungepoliklinikk og sengepost ved Haukeland Universitetssykehus

### Hvordan følger sykepleierne opp astma-pasientene?

På lungepoliklinikken er vi så heldig å ha et tverrfaglig astmateam bestående av leger, farmasøyter og sykepleiere. Som sykepleier følger jeg opp astmapasienter som får biologisk behandling, med medikamenter som Xolair, Nucala, Fasentra eller Dupixent.

I oppstarten av astmateamet og en god tid etter hadde vi mange pasienter som kom fast til oss for injeksjoner, med ulike intervaller avhengig av medikamentet. Nå har vi noen få faste pasienter som ønsker å fortsatt få injeksjoner av enten sykepleier eller farmasøyt, men stort sett gir vi opplæring til selvadministrering som

gjøres hjemme etter to injeksjoner gitt på poliklinikken.

### Hvordan gjennomføres astmaskole på din arbeidsplass?

Vi har dessverre ikke astmaskole lenger. I stedet gir farmasøyt individuell inhalasjonsveiledning etter en legekonsultasjon på poliklinikken. I tillegg gjennomfører enten lege, farmasøyt og/eller sykepleier samtaler med pasientene.

### Hvilke erfaringer har du med astmapasienter som behandles med anti il-5?

Det er veldig individuelt hvilken effekt behandlingen har. Mange har så god effekt at de umiddelbart får en positiv endring i funksjonsnivå og



bedring i sin astma. Hos andre kan det ta litt lengre tid. For noen kan det være behov for å gjøre et skifte i den biologiske behandlingen på grunn av enten bivirkninger eller manglende effekt.

# NSFs faggruppe for sykepleiere i astma og allergi (NSF Astma-Allergi)

**F**aggruppen samler sykepleiere med interesse for de allergiske sykdommene, med hovedvekt på astma, allergi og atopisk eksem. Dette er sykdommer som rammer store deler av befolkningen, og de rammer ofte tidlig i livet. Det bidrar til enorme konsekvenser for samfunnsøkonomien, og betydelige konsekvenser for pasientenes livskvalitet. Selv om pasientgruppene er store, er det få sykepleiere som arbeider kun med de allergiske sykdommene.

Faggruppen samler allergiinteresserte både fra kommunehelsetjenesten, fra privat praksis, fra sykehus, og fra universitet, høyskoler og forskning. Faggruppen er åpen for alle sykepleiere som har spesiell interesse for allergologi, og som er medlem av NSF, også studentmedlemmer. Det er ikke nødvendig å være spesialsykepleier for å bli medlem, interessen for allergi finner vi over alt der det finnes helsepersonell, og kompetansen innen allergologi bidrar faggruppen til å oppnå.

Faggruppens historie startet i 1990 som SIGA, Sykepleiernes interessegruppe for Astma og Allergi. Vi ble godkjent som egen faggruppe i NSF i 2006 og har over tid tilpasset både navn, vedtekter og arbeid i samsvar med NSFs retningslinjer. Vi er en liten faggruppe på i overkant av 120 medlemmer, og har god nytte av samarbeidet med øvrige faggrupper som vi får gjennom å delta i Sentralt Fagforum i NSF.

Faggruppen har hatt flere store prosjekter innen pasientundervisning og veiledning, og samarbeider tett med aktuelle brukerorganisasjoner.



*Faggruppestyret (fra venstre):*

*Thomas Westergren (Universitetet i Agder), nestleder Heidi Seljord Barvik, (SiV), sekretær Anne Munkvold (UNN), kasserer Nina Særvold (Haukeland), Webredaktør Turi Nestegård (Vestre Viken), Leder Ingvild Gaare-Olstad (OUS) og Seminaransvarlig Liv Bjerke Rodal (St.Olavs). (Ikke tilstede: Elisabeth Lange, OUS)*

Blant de store prosjektene faggruppens medlemmer har bidratt i, kan vi nevne Hel Hud – nasjonal eksemskole, og Nasjonal plan for astmaskoler med den siste videreføringen til barn gjennom «Bronky viser vei» fra 2021. I tillegg bidrar vi aktivt med innspill til veiledere og høringer innen vårt fagområde. Vi holder årlig fagseminar, og har under pandemien startet webinarer sendinger ca annen hver måned med forskjellige tema innen allergisykepleie.

Da vi er få i Norge som får fordype oss spesielt i allergi, har vi satset på internasjonalt samarbeid, og har gjennom dette dannet Nordic Allergy Nurses Association, som er et nettverk med våre søsterorganisasjoner i Norden.

Saker som omhandler allergiske sykdommer får stor oppmerksomhet i media, og vi ser et stort

kunnskapsbehov både i samfunnet og blant sykepleiere og samarbeidende helsepersonell. Vi har medlemmer over hele landet som uttaler seg om allergi og allergisykepleie til media og til lokale og sentrale myndigheter og institusjoner.

Vår viktigste medlemsfordel er innpass i vårt fagnettverk, og muligheten til deltakelse på våre fagseminarer. Medlemmer kan også søke midler til kongresser og hospitering, samt til fagutvikling og prosjekter gjennom faggruppen. Medlemsbrev sendes ut jevnlig, med blant annet informasjon om aktuelle kurs og konferanser. Medlemsavgiften er på 250 kr i året, som inkluderer fri deltakelse på vårt årlige fagseminar.

Vi er en liten faggruppe med et stort samfunnsoppdrag, som vi gjerne samarbeider med Lungesykepleierne om å oppfylle!



## AirView™ for ventilasjon: Forandrer håndteringen og behandlingen av ventilerte pasienter

Effektiv pasientadministrasjon gjennom rask fjerntilgang til klinisk detaljinformasjon og pasientrelaterte beskjeder.



Enklere å prioritere

Identifisere pasienter med særskilte behandlingskrav gjennom avanserte funksjoner som "Monitorering".



Detaljerte kurver og trender

AirView for ventilasjon hjelper deg til å forvandle klinisk innsikt til velbegrunnede avgjørelser.



Nær omsorg på avstand

Forbedre pasientomsorgen og øke behandlingskvaliteten gjennom å raskt kunne identifisere avvik og sykdomsprogresjon.

Les mer om AirView for ventilasjon her





# NSF FLU

## Landskonferanse

### Oslo 2022



**VELKOMMEN TIL**  
**NSF FLU LANDSKONFERANSE**  
**3 - 4 NOVEMBER 2022**

---

**HOTEL BRISTOL**

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

[www.lungesykpleiere.no](http://www.lungesykpleiere.no)





## NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

# Program NSF FLU Landskonferanse i Oslo 3. og 4. november, 2022

### Torsdag 3. november

- Kl. 09.00 – 09.20** Åpning og velkommen med musikalisk innslag v/Ellen Kive og Gerd Gran
- Kl. 09.20 – 10.15** Seksualitet og lungesykdommer v/ Sexolog Randi Gjessing
- Kl. 10.15 – 10.45** Pause med besøk i utstillingsområdet
- Kl. 10.45 – 11.30** Etikk, prioritering og dilemma i forhold til lungetransplantasjon v/Seksjonsoverlege Are Holm
- Kl. 11.30 – 12.00** Faglig innlegg v/ Transplantasjonssykepleier fra Rikshospitalet
- Kl. 12.00 – 12.15** Nytt fra industrien
- Kl. 12.15 – 13.15** Lunsj og besøk i utstillingsområdet
- Kl. 13.15 – 13.45** Palliasjon til pasienter med idiopatisk lungefibrose v/Sykepleier Saida Overgaard
- Kl. 13.45 – 14.15** Mot til å møte - empatisk kommunikasjon v/Palliativ sykepleier Heidi Skutlaberg Wiig
- Kl. 14.15 – 14.** Pause med besøk i utstillingsområdet
- Kl. 14.45 – 15.15** NIV behandling til Kols pasienter v/Overlege dr. med. Sigurd Aarrestad
- Kl. 15.15 - 15.45** Maskebehandling v/Lungesykepleier Anne Louise Kleiven
- Kl. 15.45 – 16.15** Digital hjemmeoppfølging (MILA) v/ Rådgiver Anne-Gunnvor Nystrøm og Msc. Sykepleier Bendik Hegna
- Kl. 19.30** Middag på Bristol Hotel

### Fredag 4. november

- Kl. 09.00 – 09.30** Jakten på ladestasjoner v/ Kreftkompasset, Sykepleier Lotta Våde
- Kl. 09.30 – 10.00** Multiresistent tuberkulose v/ Overlege Mogens Jensenius
- Kl. 10.00 – 10.30** Pause med besøk i utstillingsområdet
- Kl. 10.30 – 11.00** Oppfølging av Covid pasienter v/ Overlege dr. med. Morten Melsom
- Kl. 11.00 – 11.30** Arterielle blodgasser v/ Overlege dr. med. Morten Melsom
- Kl. 11.30 – 12.00** Sarkoidose v/Lungelege Eirill Schalit
- Kl. 12.00 – 13.00** Lunsj og besøk i utstillingsområdet
- Kl. 13.00 – 13.45** Dagbehandling kolspasienter - palliativ fase v/Sykepleier Anine Dagestad
- Kl. 13.45 – 14.15** Pause med besøk i utstillingsområdet
- Kl. 14.15 – 14.45** Erfaringer fra opprettelse og drift av NIV intermediærkohort for Covid pasienter v/ Msc. Sykepleier Danielle Wagenheim
- Kl. 14.45 – 15.15** Motivasjonsforedrag
- Kl. 15.15 – 15.30** Avslutning og premieutdeling

*Med forbehold om endringer*

FOR HELSEPERSONELL

# TRIXEO®

(BUDESONID/GLYKOPYRRONIUM/FORMOTEROL)

## TRIPPELBEHANDLING FOR PASIENTER MED MODERAT TIL ALVORLIG KOLS\*<sup>1</sup>

## SIGNIFIKANT REDUKSJON AV MODERATE OG ALVORLIGE FORVERRINGER<sup>1,2</sup>

Ikke indisert til å behandle akutte tilfeller av bronkospasme, dvs. som akuttbehandling<sup>5</sup>



# 24%

REDUKSJON (RRR)

I RATEN AV MODERATE ELLER ALVORLIGE FORVERRINGER vs LAMA/LABA (formoterol/glykopyrronium)<sup>2</sup>

(95% CI: 17, 31; p<0,0001).

Frekvens: 1,08 vs 1,42 hendelser/pasientår<sup>2</sup>

TRIXEO vs ICS/LABA (budesonid/formoterol) viste en reduksjon på 13%. RR: 0.87; (0.79–0.95), p=0,003<sup>2</sup>

# 20%

REDUKSJON (RRR)

AV SYKEHUSINNLEGGELSER ELLER DØD vs ICS/LABA<sup>1,2</sup>

(95% CI: 3,34; p=0,002) sammenlignet med budesonid/formoterol MDI.

Frekvens: 0,13 vs 0,16 hendelser pr. pasientår.

Ingen reduksjon av sykehusinnleggelses eller død vs LAMA/LABA (formoterol/glykopyrronium)<sup>2</sup>

RRR: relative risikoreduksjon. ICS=inhalert kortikosteroid, LAMA=langtidsvirkende muskarinreseptorantagonist, LABA=langtidsvirkende beta2-agonist

\* Indikasjon for Trixio: Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kols som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende  $\beta$ 2-agonist, eller med en kombinasjon av en langtidsvirkende  $\beta$ 2-agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist.

## TRIXEO - VIKTIG INFORMASJON:

**Indikasjon<sup>1</sup>:** Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kols som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende  $\beta$ 2-agonist, eller med en kombinasjon av en langtidsvirkende  $\beta$ 2-agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist.

**Dosering<sup>2</sup>:** Anbefalt og maks. dose er 2 inhalasjoner 2 ganger daglig (2 inhalasjoner morgen og 2 inhalasjoner kveld).

**Vanlige bivirkninger<sup>4</sup>:** Oral candidainfeksjon, pneumoni, hyperglykemi, angst, insomni, hodepine, palpitasjoner, dysfoni, hoste, kvalme, muskelspasmer, urinveisinfeksjon.

**Forsiktighetsregler (utvalg)<sup>5</sup>:** Brukes med forsiktighet hos pasienter med klinisk signifikante ukontrollerte og alvorlige kardiovaskulære sykdommer. Systemiske effekter kan forekomme, særlig ved høye doser forskrevet over lange perioder, slik som Cushings, binyresuppresjon, nedsatt bentetthet, katarakt og glaukom. Ved forverring av sykdom anbefales det ikke å stoppe behandlingen brått. Utvis forsiktighet når andre betaadrenerge legemidler forskrives samtidig.

**For fullstendig informasjon, les SPC 08.02.2021 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)**

**Refusjonsberettiget bruk<sup>6</sup>:** Vedlikeholdsbehandling ved kols, i henhold til preparatomtale. Refusjonskoder, ICPC: R95 kronisk obstruktiv lungesykdom, ICD: J44 annen kronisk obstruktiv lungesykdom. Reseptgruppe C.

**Pakninger og priser<sup>6</sup>:** Trixeo Aereosphere 5  $\mu$ g/7,2  $\mu$ g/160  $\mu$ g: 120 doser (inhalator) kr. 735,90. 3 x 120 doser (inhalator) kr. 2051,60

**Referanser: 1.** Trixeo Aerosphere<sup>®</sup> SPC 08-02-2021, pkt 4.1. **2.** Trixeo Aerosphere<sup>®</sup> SPC 08-02-2021, pkt 5.1. **3.** Trixeo Aerosphere<sup>®</sup> SPC 08-02-2021, pkt 4.2. **4.** Trixeo Aerosphere<sup>®</sup> SPC 08-02-2021, pkt 4.8. **5.** Trixeo Aerosphere<sup>®</sup> SPC 08-02-2021, pkt 4.4. **6.** Trixeo Aerosphere [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no) (sjekket 11.01.2022)



AstraZeneca AS · [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)  
Box 6050 Etterstad · 0601 Oslo



NO-8943-04-2022-TRX

**Vi ønsker dere alle en flott sommer  
og en riktig god sommerferie.**

**Sommerhilsen  
fra alle oss i styret i NSF FLU**

# Kompani-Covid, eit tverrfagleg behandling- og meistringstilbod for personar som slit med seinfølgjer av Covid-19

Mariell Solberg Medås, Bergen kommune, fysioterapeut, e-post: mariell.medas@bergen.kommune.no  
Oda Mølmesdal Flaten, Bergen kommune, ergoterapeut. e-post: oda.flaten@bergen.kommune.no

**Tilbodet er utvikla av Mariell Solberg Medås og Oda Mølmesdal Flaten. Tilbodet hadde oppstart i mars 2021 og per mars 2022 har nærmare 150 personar blitt tilvist og 70 personar har fullført rehabiliteringa. Tilbodet føregår i Ergo- og fysioterapitjenesten Sør og Vest, avdeling Fyllingsdalen og Laksevåg, men er eit byomfattande tilbod for innbyggjarane i Bergen kommune.**

**B**akgrunn og hensikt: Undervegs i den pågåande koronapandemien har fleire tusen personar i Bergen kommune fått påvist Covid-19. Eksakt prosentdel er framleis usikkert, men nokon av desse får seinfølgjer i etterkant av smitte. Typiske seinfølgjer kan vere: utmatting, nedsett kognitiv funksjon og tungpust. Andre opplevde seinfølgjer er; følelsmessige problem, hovudpine, brystmerter («trykk i brystet»), søvnproblem, nedsett smak- og luktesans, svimmelheit, muskelsmerter, kløe på kroppen og lydsensitivitet.

Hensikten med Kompani-Covid er å jobbe mot tidlegare fysisk, psykisk og kognitiv funksjon. Gruppetilbodet vil tilby brukarane ein plass der dei kan

møte andre i same situasjon, utveksle erfaringar, utfordre seg i trygge rammar og få betre forståing for eigen situasjon. På denne måten får dei ein «reiskapskasse» som kan gjere dei i betre stand til å meistre kvardagen. Målgruppa for Kompani-Covid er dei med mildt/moderat sjukdomsforløp som ofte har «falt mellom to stolar». I tillegg ønskjer vi å gi eit tilbod til dei som har hatt alvorleg sjukdomsforløp og som har vore på rehabilitering i spesialisthelsetenesta, men som framleis opplev vanskar med å meistre kvardagen. Omtrent 80% av dei tilviste har hatt mildt/moderat sjukdomsforløp, medan resterande har hatt alvorleg forløp.

Aldersspennet på dei tilviste er frå tidleg 20-åra til midten av 70-åra,

der den største andelen er født på 70-tallet. Dei fleste er i yrkesaktiv alder og av dei tilviste i Kompani-Covid er omtrent 85% sjukemeldt i større eller mindre grad. Ein klassisk person vi får tilvist er: Kvinne, 40 år, småbarnsmor, tidlegare i full jobb, sosialt og aktivt liv, ingen underliggende sjukdomar frå før av. Smitta av covid-19, mildt sjukdomsforløp, har vore til fastlege og har ingen funn på medisinske undersøkingar, opplev seinfølgjer og er 100% sjukemeldt frå jobb. Tar kontakt med Kompani-Covid for rehabilitering.

**Framgangsmåte:** Kompani-Covid er eit gruppebasert tilbod som føregår over åtte veker. Før oppstart får alle potensielle deltakarar ein tverrfagleg kartlegging med fysioterapeut og ergoterapeut.

Kartlegginga er todelt; første del er ein samtaledel for å bli betre kjent med brukar og saman med finne ut om Kompani-Covid er eit passande tilbod eller ikkje. Andre del av kartlegginga er delt i to, der fysioterapeuten

utfører følgende fysiske testar med pulsoksymeter; 6MWT, hand-grip, 30 sek reise/sette seg og trappetest. Deretter har ergoterapeuten ein kartleggingssamtale med brukar med fokus på aktivitet og deltaking, der brukar fyller ut pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS), samt kartlegging av kognitive utfordringer via samtale. I tillegg er det ein felles samtale om ferdig utfylt spørjeskjema Promis29, EQ5D5L (del to) og eigenprodusert skjema for seinfølgjer, livskvalitet og jobb. Vi har også eit samarbeid med fastlege via elektroniske meldingar i forkant, for at brukar skal bli medisinsk klarert til gruppa.

Vekene i Kompani-Covid består av trening av mobilitet, styrketrening, uthaldstrening, pusteteknikk og avspenning, samt samtalegrupper og undervisning. Tema som blir tatt opp er; «lunge/pust», «meistring og mental helse», «fatigue og aktivitetsregulering», «kognitive utfordringer» og «vegen vidare». Vi har også samarbeid med ein tidlegare gruppedeltakar som bistår i samtalegruppe og delar sin erfaring. Etter endt gruppe blir det gjennomført re-testing like etterpå, etter fire månader og etter 12 månader. Fastlegane får tilbakemelding etter endt gruppe med status.

**Foreløpige resultat:** Hittil har vi ført statestikk på resultat frå gruppe 1-4. Deltakarane i Kompani-Covid har auka sjølvrapportert evne til å utføre viktige aktivitetar, både etter gruppa og fire månader etter (PSFS). På spørjeskjema Promis29 som omhandlar utmatting er det fleire individuelle forskjellar, men deltakarane går i gjennomsnitt frå moderat grad av utmatting før gruppa, til moderat/lett etter gruppa og lett/normal fire månader etter. Gjennomsnittleg auka deltakarane sin fysiske kapasitet i samtlege fysiske



testar etter gruppa, og har klart å vedlikehalde eller auke framgangen fire månader etter endt gruppe. I følgje sjølvrapportert spørjeskjema Promis 29 angående angst og depresjon går gruppa frå moderat/lett grad av vanskar før gruppa, til normalt etter gruppa og deretter normalt/lette vanskar fire månader etter. Deltakarane blei også spurde om å vurdere eiga helse og livskvalitet, som viser ei betydeleg betring etter gruppa og fire månader etter. Ved spørsmål om kor nøgd deltakarane var med gruppetilbodet, rapporterer dei gjennomsnittleg 9,3/10.

**Konklusjon:** Deltakarane i behandling og meistringstilbodet Kompani-Covid har hatt god framgang i samtlege testar og rapporterer auka livskvalitet og meistringsevne, samt nytteverdi av tilbodet. Vi takkar for godt samarbeid, tolmod og velvilligheit, både i eigen etat og til alle våre samarbeidspartnarar.

For meir informasjon, samarbeid eller ønske om å få tilsendt fullstendig rapport, ta gjerne kontakt.



## SenTec V-Sign™

Digital transkutan CO<sub>2</sub> monitorering. Overvinne begrensninger av arterielle blodgasser, etCO<sub>2</sub> og SpO<sub>2</sub>-overvåking.

Kontinuerlig | Ikke-invasiv | Enkel å bruke | Pålitelig | Korrekt

**PCO<sub>2</sub> | SpO<sub>2</sub> | PR**



## Vyntus IOS Impuls Oscillometri

IOS er en pasientvennlig målemetode hvor pasienten kun puster tidalpust og egner seg for små barn, eldre og pasienter som ikke klarer å utføre spirometri.

IOS er tilgjengelig som stand-alone utstyr kombinert med spirometri måling (Vynuts IOS/APS) eller som opsjonsdel til for de som har MasterScreen.



- besøk oss på vår stand!  
for mer informasjon besøk [www.timik.no](http://www.timik.no)

# DEN NYE VORTEX®

Nå enda mer brukervennlig

**ANTISTATISK METALLKAMMER**  
sørger for pålitelig dosering

**BEDRE INNSYN I UTÅNDINGSVENTILEN**  
for enkel visuell kontroll under inhalasjonen

**SYKLONVIRVELPRINSIPPET**  
forbedrer transporten av de små aerosoldråpene

**KAN DESINFISERES OG STERILISERES OG ER NÅ OGSÅ EGNET FOR OPPVASKMASKIN**  
for alle typer hygienekrav

**NY OG BEDRE UNIVERSALADAPTER**  
passer til alle vanlige doseringsaerosoler

**NY: ENDA ENKLERE BRUK TAKKET VÆRE ÉNHÅNDSBETJENINGEN**



Authorized  
Distributor

Mediplast AS

Tollbugata 115, 3041 Drammen

tlf: + 47 32 80 11 00

mediplast@mediplast.no

**MEDIPLAST**

mediplast.com

# Lungekreft og livskrise – hva gjør sosionomen?

Sven André Haug, sosionom med videreutdanning i palliativ omsorg, Haukeland Universitetssjukehus, mc-andre@live.com

**«En sosionom er en som svarer på spørsmål jeg ikke har tenkt på» – sitat fra pårørende**

**S**osionomen har en tre-årig utdannelse som gir en bachelorgrad i sosialt arbeid (1). En sykehus-sosionom arbeider med de praktiske oppgavene som medfølger en innleggelse og med det psykososiale arbeidet som kartlegging og oppfølging av pasienten. Undervisning for pasienter, pårørende og ansatte er også viktige arbeidsområder (2). Fellesorganisasjonen (FO) sitt yrkesetiske grunnlagsdokument er en viktig rettesnor i sosialt arbeid (3).

Kartleggingsarbeid av pasientens livssituasjon og livskvaliteten bidrar til å finne de løsninger som er best mulig for pasienten (3). Det kreves god kjennskap til velferdsstatens systemer som ivaretar individet fra fødsel og til død. Som helsepersonell har vi også ansvar for ivaretagelse av pårørende og barn (4).

***Agnethe er 59 år, hun er samboer og har 3 voksne barn og 3 barnebarn. Hun er ansatt i privat virksomhet. Agnethe har hatt et utfordrende liv, hun går jevnlig i kirken. Samboer vet at hun har et særkullsbarn, noe de 2 voksne felles barna ikke vet.***

***Agnethe har vært sykemeldt i 42 uker når hun blir innlagt på Lungeposten og har spørsmål som gjelder sin sykemelding. Sykepleier oppfatter at hun nok har andre problemstillinger også.***

Kartlegging og tverrfaglig tilnærming er viktige verktøy. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) skjema (5) kan gi like god informasjon til en sosionom som til en sykepleier om symptomer som angst, matlyst, søvn m.m. Bruk av ESAS skjema over en periode, gir en god indikator på pasientens tilstand i med hensyn til disse symptomene.

Vi må kartlegge Agnethes situasjon i arbeidslivet og i privatlivet. Har Agnethe et nettverk, er økonomien under kontroll? Når utløper Agnethes sykemeldingen? Er den utløpt må det sørges for ny sykemelding. Mottar Agnethe sykepenger fra NAV, blir de utbetalt slik de skal eller er det stadig rot i utbetalingene? Vet Agnethe at feriepengegrunlaget blir drastisk redusert når NAV utbetaler sykepenger? Har det vært holdt dialog-møter mellom Agnethe, arbeidsgiver, fastlege og NAV?

Dersom det var en pasient uten arbeid; må vi spørre om pasienten mottar ytelse fra NAV? Dersom pasient mottar arbeidsavklaringspenger (AAP); sender pasienten meldekort og når skal neste meldekort sendes? Er pasienten i en slik tilstand at det er mer hensiktsmessig at NAV overtar innsending av meldekort (6)? Et spørsmål som ofte dukker opp, er om pasienten fyller vilkårene for AAP (7) og om uføretrygd (8) er en bedre ytelse for pasienten?

Agnethe har ikke et enkeltpersonforetak eller sitt eget AS – da trenger man ikke å avklare om innbetalinger av forskuddsskatt (9), mva. (10) og andre avgifter er avklart, ei heller informere om at selvstendig næringsdrivende har andre sykepengerrettigheter (11).

Agnethe er samboer og han ønsker å være ved Agnethes side mesteparten av tiden. Kan samboerens reiseutgifter dekkes via Pasientreiser (12), eller har sykehuset retningslinjer som kan dekke reise og opphold for pårørende? Kan han sykemeldes, eller bruke velferdspermisjon (13)?

Underveis i behandlingen viser det seg at Agnethes lungekreft kan være asbestrelatert, noe som kan utløse erstatning med hensyn til yrkesskade/yrkessykdom. Kartlegging for å finne frem til eventuell(e) arbeidsgiver(e) pasienten har hatt samt innhenting av informasjon fra Arbeidstilsynet (14) og NAV (15) vil være viktig.

Agnethe ber om samtaler med sosionomen – hennes behov for



samtaler er ikke bare relatert til innleggelsen, men også om «godsnaakk og skitsnaakk». Agnethe har ønske om å få hunden Mia på besøk, hun ønsker en gresk salat, hun vil lytte til Aerosmith, hun vil lage seg et testament. Noen ganger ønsker Agnethe bare en hånd å holde i, en taus samtale og bekreftelse på å bli sett som Agnethe og ikke som pasient. Det er viktig å fange opp om Agnethe har behov for psykisk tilsyn eller en samtale med en trosfelle fra menigheten. I min tid som sosionom har jeg opplevd pasienter som har mistet sin gudstro pga. sykdom («Hvorfor straffer Gud meg slik, jeg som har holdt med ham i så mange år»), og de som uredd går døden i møte i trygg forvisning om å møte sin frøler.

Dersom Agnethe eller hennes eller pårørende har tanker om at det har vært foretatt feilvurderinger i behandlingen, og at pasientskade og pasientskadeerstatning skal vurderes er det viktig å henvise til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) (16) for å starte prosessen med vurdering av evt. skadeomfang og erstatningsplikt.

Å være pasient omhandler ikke bare den medisinske pleie, men også å se mennesket og diagnosen(e) i en helhetlig og tverrfaglig sammenheng. For hva hjelper det med paralgin forte,

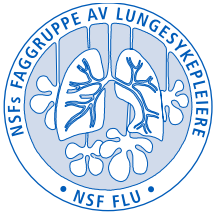
når kontoen er tom og boliglånet forfaller?

#### Referanser

- 1) <https://snl.no/sosionom>
- 2) <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>
- 3) <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- 4) <https://www.helsedirektoratet.no/tema/parorende>
- 5) [https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/ESAS/ESAS-r/ESAS\\_r\\_NORWEGIAN\\_version\\_final1\\_180112.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/ESAS/ESAS-r/ESAS_r_NORWEGIAN_version_final1_180112.pdf)
- 6) <https://www.nav.no/no/person/arbeid/dagpenger-ved-arbeidshet-og-permittering/meldekort-hvordan-gjor-du-det/slik-fyller-du-ut-meldekortet-arbeidsavklaringspenger>
- 7) <https://www.nav.no/aap>
- 8) <https://www.nav.no/no/person/pensjon/uforetrygd>
- 9) <https://www.skatteetaten.no/bedrift-og-organisasjon/skatt/forskuddsskatt/forskuddsskatt-for-enkeltpersonforetak/>
- 10) <https://www.skatteetaten.no/bedrift-og-organisasjon/avgifter/mva/betale-mva/>
- 11) <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykepenger/sykepenger-til-selvstendig-naringsdrivende-og-frilansere>
- 12) <https://www.helsenorge.no/pasientreiser/rettigheter/kan-jeg-ha-med-noen/>
- 13) <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/permisjoner/>
- 14) <https://www.nav.no/yrkesskade>
- 15) <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/kjemikalier/asbest/>
- 16) <https://www.npe.no/no/>

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





## NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

# RESMED STIPEND TIL MASTER- OG/ELLER VIDEREUTDANNING I LUNGESYKEPLEIE

To stipend til Master- og/eller videreutdanning i Lungesykepleie  
av kr. 5000.- deles ut en gang i året.

### HVEM KAN SØKE:

*Stipendet gis til sykepleiere som:*

- har vært medlem i NSF FLU i minst to år.
- tar Master- og/eller videreutdanning i Lungesykepleie tilsvarende minimum 120/60 studiepoeng.
- som fordyper seg i sykepleie til pasienter med behov for ventilasjonsstøtte og/eller søvnproblematikk.

### FORDELING AV STIPEND:

Stipendet fordeles etter skjønnsmessig vurdering av styret i NSF FLU.

### FORMÅL:

NSF FLU ønsker å bidra til utvikling og utdanning innen sykepleie til mennesker med lungesykdom.

### RAPPORTERING:

Den som mottar stipend skriver en artikkel i Fagblad for lungesykepleiere i form av utdrag fra oppgaver eller prosjekter knyttet til pasienter med behov for ventilasjonsstøtte og/eller søvnproblematikk i forbindelse med utdanningen.

Artikkelen bør være levert innen 6 måneder etter avsluttet master- og/eller videreutdanning.

**SØKNADSRIST: 31. AUGUST 2022**

**SØKNADSSKJEMA** finner du på NSF FLU sin nettside eller ved å kontakte styret.

**SØKNADEN SENDES TIL:** [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)



## NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

### SØKNADSSKJEMA RESMED STIPEND

Vennligst fyll ut de hvite feltene i skjemaet nedenfor.

Navn	Adresse	Postnummer og sted
E-postadresse	Telefonnummer	
NSF medlemsnummer	Medlem i NSF FLU fra år	
Har du mottatt stipend fra NSF FLU tidligere? Hvis ja, når?		
Mottar du stipend/støtte fra andre? Hvis ja, eventuelt beløp?		
Master- eller videreutdanning	Utdanningens startidspunkt	Utdanningens varighet
Faglig begrunnelse for søknaden		
Forventede utgifter	TOTAL SUM DET SØKES OM	

Søknaden sendes som vedlegg på e-post *innen 31. august 2022* til: [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)

*Merk emnefeltet i e-posten: "ResMed Stipend – år – ditt navn"*

# Lindrende dagbehandling – et tilbud til personer med alvorlig lungelidelse

Ragnhild Monsen, Sykepleier, ph.d.-stipendiat, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sykepleier, ph.d.-stipendiat, Lovisenberg Diakonale Sykehus, monsenragnhild@gmail.com

Anine Dagestad, Spesialsykepleier og veileder, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Sykepleier, ph.d.-stipendiat, Lovisenberg Diakonale Sykehus, anine.dagestad@lds.no



Anine Dagestad



Ragnhild Monsen

## Innledning

Palliasjon er et fagområdet der målet er å lindre og gi best mulig livskvalitet til pasient og pårørende gjennom hele forløpet med alvorlig og livstruende sykdom (Helsedirektoratet, 2019). Fagfeltet startet som et lindrende tilbud i livets slutfase, men er nå utvidet til å være en pasientsentrert tilnærming

som integreres tidlig i et sykdomsforløp til personer med alvorlige sykdomsdiagnoser. Palliasjon skal hverken forlenge liv eller fremskynde død, men har som hovedmål å gi best mulig livskvalitet gjennom å etablere god kommunikasjon med pasient og pårørende, fremme fysisk aktivitet for å opprettholde mest mulig selvstendighet

gjennom sykdomsperioden og gi støtte til følelsesmessige, psykososiale og åndelige behov (Hardin et al., 2008).

Fagfeltet palliasjon har tradisjonelt vært assosiert med symptomkontroll og støtte for alvorlig syke kreftpasienter og har derfor ikke hatt samme satsning innenfor andre indremedisinske

sykdommer som lungesykdommer, hjertesykdommer, neurologiske sykdommer og nyresykdommer (NOU 2017:16, 2017). Tidligere har det også vært en oppfatning at andre alvorlige sykdommer ikke ga samme symptombyrde og plager som kreftsykdom. Denne oppfatningen er nå tilbakevist, og man konstaterer at prinsippene om pasientsentrert tilnærming og oppfølging, og kompetanse i symptomlindring, kan komme andre pasienter med alvorlig sykdom til gode. Samtidig erkjenner det palliative fagmiljøet at man i større grad trenger diagnosespesifikk kunnskap, spesielt i tidligere møter med andre diagnosegrupper enn kreft (NOU 2017:16, 2017).

### **Bakgrunn**

Kronisk Obstruktiv Lunge Sykdom (KOLS) er en multifasettert sykdom som i tillegg til å ramme lungene, involverer ulik grad av sykdomsbyrde, prognose, høy grad av komorbiditet og livsbegrensninger som reduserer livskvaliteten både fysisk, psykisk, åndelig og sosialt (Hardin et al., 2008; Maddocks et al., 2017). Pasienter med KOLS grad III-IV opplever mange av de samme symptomene som pasienter med lungekreft. Symptomer som rapporteres er dyspnoe, depresjon, angst, smerte, søvnproblemer, ernæringsproblemer, vekttap, sosial isolasjon og funksjonsnedsettelse. Pasienter med stor grad av sykdomsutfordringer og uførhet har økende bruk av helsetjenester (Hardin et al., 2008). Kartlegging og lindring av symptomer er et sentralt arbeid innen palliasjon. Det involverer bruk av pasientrapporterte spørreskjemaer for å identifisere pasientens opplevelse av symptomintensitet og alvorlighetsgrad. Planlegging og oppfølging bør utføres med en tverrfaglig tilnærming og i samråd med behandlende leger.

I en pasientsentrert tilnærming er kommunikasjon og planlegging

av nåværende situasjon og om sykdomsprogresjonen etablert for å gi støtte til både pasient og pårørende. En systematisk oversiktsartikkel (Gardener et al., 2018) viste at i studier som kartla behovet for sykdomsinnsikt og forståelse for leveutsikter, ønsket de fleste pasienter med KOLS å vite noe om prognoser og sykdommens alvorlighetsgrad. Videre ga de uttrykk for mangel på tid og rom for dype diskusjoner om prognose med ønskede hjelpetiltak. Åpenhet om framtidsutsikter, behandlingsoalternativer og omstendigheter og tiltak når alvorlig sykdom progredierer, har vært et nøkkelområde for palliativt arbeid. Med denne kompetanse og erfaringer fra pasienter med kreft, ønsket ansatte ved LLL å undersøke om det var behov for eget tilbud til pasienter med KOLS grad III og IV.

Hensikten med fagartikkelen er å beskrive dagbehandlingstilbudet til pasienter med alvorlig KOLS og erfaringer gjennom de to første årene.

### **Dagbehandling ved Lovisenberg**

#### **Lindring og Livshjelp**

Lovisenberg Lindring og Livshjelp (LLL) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, har siden oppstart i 1994 hatt et dagtilbud for kronisk syke med kreft og annen alvorlig lidelse. Lindrende dagbehandling er et tilbud til hjemmeboende pasienter i Oslo og omegn. Tilbudet er i utgangspunktet et 3 måneders opphold med oppmøte en dag i uken, hvor målsetningen er livsmestring gjennom undervisning, bevegelse og avspenning, samtalegrupper og individuell oppfølging. Dagpasientene kan ved behov tilbys ukedagsopphold på Lindrende døgnenhet for optimalisering av smerter- og symptomlindring.

Allerede i Årsmeldingen til LLL i 2005 ble det påpekt at dagtilbudet skal videreutvikles for å inkludere

personer med KOLS og neurologiske lidelser, men først i 2020 ble Lindrende dagbehandling KOLS opprettet som et eget tilbud, ved siden av tilbudet Lindrende dagbehandling kreft.

### **Lindrende dagbehandling KOLS**

KOLS pasienter lever med en potensielt dødelig sykdom. Pasientene rapporterer pustebesvær som det mest plagsomme symptomet (Bausewein et al., 2018), og et symptom som oppleves truende og som fører til store begrensninger i å spise, bevege seg og være sosial. Pustebesvær fører også til høyt nivå av angst, tap av kontroll og redsel for å dø. Å leve med en alvorlig kronisk sykdom har stor innvirkning på totalsituasjonen for pasientene. For å kunne hjelpe pasienten til mestring, og hjelp til å leve et mest mulig aktivt liv, kan et aktiv tverrfaglig samarbeid på tvers av spesialiteter bedre kvaliteten på tjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Hensikten med dagbehandlingen var å etablere et tverrfaglig tilbud rundt pasienten med sykepleier fra lungepoliklinikken, ergoterapeut og klinisk ernæringsfysiolog med erfaring fra lungesykdommer, og fysioterapeut og sykepleiere med palliasjonskunnskap.

### **Oppstart**

I januar 2020 fikk pasienter med langtkommen KOLS sykdom, stadium III eller IV, tilbud om å gå en dag i uken i KOLS dagbehandling. Pasienter som benyttet seg av lungepoliklinikken, lungetreningen og/eller lungesengeposten på sykehuset fikk informasjon om tilbudet. Før oppstart i dagbehandlingen hadde alle pasientene en individuell vurderingssamtale med sykepleier fra dagbehandlingen. I samtalen ble symptombyrden og velvære kartlagt ved hjelp av pasientrapporterte skjemaer. Det ene skjemaet er Edmonton Symptom Assessment Scale revised (ESAS-r), et selvrapporterings skjema utviklet for palliative pasienter

med kreft som vurderer symptombyrde og intensitet (Watanabe et al., 2011). ESAS-r gir en rask oversikt over symptomtilstanden og om der bør iverksettes tiltak for noen av plagene. Ved systematisk oppfølging kan symptombyrde og intensitet følges over tid. Det andre kartleggingsskjemaet var CORP Assessment Test (CAT) (<https://www.catestonline.org/patient-site-norwegian.html>), et spørreskjema for pasienter med KOLS som vurderer i hvilken grad sykdommen påvirker velvære og dagliglivet. Pasienten fikk videre mer inngående informasjon om tilbudet, og kunne takke ja eller nei. Enkelte var skeptiske til at sosialt samvær og gruppesamtaler ville ha for mye sykdomsfokus, mens andre var glad for å komme seg ut av huset, være sosiale og treffe andre i samme situasjon. Oppslutningen gjorde at dagbehandlingstilbudet ble etablert og videreført.

### Nåværende tilbud

Dagsprogrammet for KOLS dagbehandling er variert og er i dag etablert som et tilbud tilpasset KOLS pasientenes behov ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det er noen kriterier for å delta i dagbehandlingen fordi man ønsker en gruppe som kan fungere sammen. Inntakskriterier er blant annet alder, kognitiv funksjon (du må kunne delta i undervisning og samtaler), fysisk kapasitet (du må kunne klare deg selv og delta i trimgrupper) og språk (forstå norsk for å kunne samtale med andre, forstå informasjon og undervisningen). Tilbudet har en avgrensning på 3 måneder, men hver enkelt kan søke om forlengelse hvis der er behov for videre oppfølging.

Dagbehandlingen gjennomføres en dag i uken og varer i 4 timer. Alderssammensetningen har vært fra 65 til 76 år. Lindrende døgnhet har opprettet ukesopphold for pasienter i dagbehandlingen med behov for symptomkorrigerende eller

ekstra oppfølging. Når de ankommer avdelingen, blir hver pasient møtt og registrert, videre fyller alle ut ESAS-r. Det gir personalet en mulighet til raskt å fange opp hvem som eventuelt må ha ekstra oppfølging denne dagen. Personalet kartlegger også familiesituasjon og omsorgsbehov. Pasientene får tilbud om kaffe, smoothie og frukt når de kommer, fordi erfaringen viser at flere ikke orker eller har tid til å spise frokost. Deretter er det en halvtimes bevegelse og avspenning med fysioterapeut. I tematimen undervises det i ulike KOLS relaterte utfordringer, og det gis rom for refleksjon. Målsetningen med ukentlig undervisning er å øke pasientenes kunnskap om sykdom og livsmestring. Temaene varierer og holdes av de ulike faggruppene. Klinisk ernæringsfysiolog fokuserte på ernæring, bruk av næringsdrikker og praktiske løsninger for mathjemlevering. Ergoterapeuten snakket blant annet om energisparing gjennom dagen, hjelpemidler og livskvalitet.

Måltidet har en viktig funksjon i dagbehandlingstilbudet. Varm og næringsdekkende mat tilberedes av kokken ved LLL, samtidig er måltidet en arena for samtale og sosial sammenkomst. Vi fikk etter hvert høre at dette ofte var det eneste varme måltidet enkelte spiste i uken. Mange av pasientene orker ikke lage seg mat på grunn av tung pust, mangel på energi, eller på grunn av matos som forverrer pusten. Dagbehandlingen avsluttes med gruppesamtale for de som ønsker det, eller en felles avrundning med temasamtale i plenum eller et kulturelt innslag.

### Erfaringer og tilbakemeldinger

Dagbehandlingen for pasienter med KOLS ble etablert rett før pandemien og nedstengingen av landet. I de første to årene har smittevern og restriksjoner preget tilbudet ved blant annet at gruppen i perioder ble delt

i to og tilbud annenhver uke i stedet for ukentlig. Det har også vært strenge smitteverntiltak med munnbind og to meters regel. Alle aktiviteter har foregått på et konferanserom for å unngå for mange møtepunkter. Tilbudet har, til tross for dette, gått nesten som normalt. Vi opplever å få gode tilbakemeldinger. Pasientene er takknemlige for å ha et tilbud å gå til hvor de treffer andre i samme situasjon, lærer mer om sykdommen sin og håndtering av symptomer. De har fagpersoner å forhøre seg med, søke råd hos og bli vurdert av når formen er dårlig. Ved spesielle behov for de en konsultasjon med lege. De uttrykker også at det er en trygghet å kunne søkes til et ukesopphold på LLL døgn for justering av medisiner, planlegging av hjemmesituasjonen, balansere ernæringsinntaket eller rett og slett få en pause fra hverdagen.

Pandemien har ført til lav utskifting av pasientene. Det skyldes trolig at nyrekruttering har vært preget av redsel for å starte på et gruppetilbud under en pandemi. Pasientene som har gått i KOLS dagbehandling gjennom pandemien, har uttrykt et behov for å være i et sosialt fellesskap når verden for øvrig har vært nedstengt. Gruppen har derfor gått sammen over lang tid og blitt godt kjent.

KOLS dagbehandling er i dag et etablert tilbud som utvikler seg stadig innenfor tematikk og tilbud ettersom vi øker vår kunnskap om denne gruppens behov. Det er nå åpnet for at pasienter utenfor Lovisenberg sektor kan søkes inn i dagbehandlingen, og det blir spennende å følge tilbudet fremover.

**Oversikt over antall besøkende i de to første årene med dagbehandling for pasienter med KOLS. Tallene er hentet fra Årsrapportene til Lovisenberg Lindring og Livshjelp.**

	2020*	2021*
<i>Antall dager arrangert</i>	28	44
<i>Antall pasientbesøk totalt</i>	203	358
<i>Antall forskjellige pasienter</i>	24	25
<i>Gjennomsnittsalder</i>	71	72
<i>Gjennomsnitt antall besøk per pasient</i>	9	14

\*Smittevernsrestriksjoner grunnet pandemi gjorde at tilbudet i perioder var stengt.

**Referanser**

Bausewein, C., Schunk, M., Schumacher, P., Dittmer, J., Bolzani, A., & Booth, S. (2018). Breathlessness services as a new model of support for patients with respiratory disease. *Chronic Respiratory Disease*, 15(1), 48-59. <https://doi.org/10.1177/1479972317721557>

Gardener, A. C., Ewing, G., Kuhn, I., & Farquhar, M. (2018). Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 1021-1035. <https://doi.org/10.2147/copd.S155622>

Hardin, K. A., Meyers, F., & Louie, S. (2008). Integrating palliative care in severe chronic

obstructive lung disease. *Copd*, 5(4), 207-220. <https://doi.org/10.1080/15412550802237366>

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. (IS-2800). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Maddocks, M., Lovell, N., Booth, S., Man, W. D., & Higginson, I. J. (2017). Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 390(10098), 988-1002. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32127-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32127-x)

NOU 2017:16. (2017). På liv og

død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning

Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456-468.

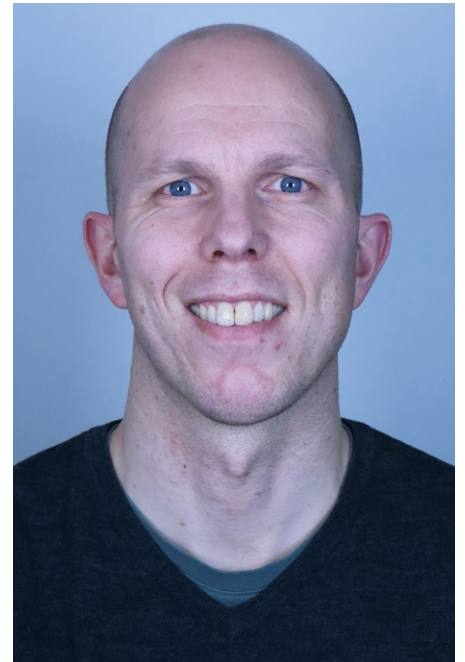
# 3 måter lungesykepleiere kan bidra ved forhåndssamtaler

Trygve Johannes Lereim Sævareid, førsteamanuensis Universitetet i Agder, postdoktor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, t.j.l.savareid@medisin.uio.no

Forhåndssamtaler hjelper pasienter til å formulere mål og preferanser for fremtidig medisinsk behandling og omsorg, og diskutere disse med helsepersonell og pårørende (1). Denne definisjonen av forhåndssamtaler forutsetter en samtykkekompetent pasient. Andre definisjoner ønsker å tilrettelegge for at pasienter som har manglende samtykkekompetanse i større grad kan delta. Felles for forhåndssamtaler er imidlertid et ønske om å ta pasienten med i beslutningsprosesser, og skal vi gjøre oss kjent med pasientens verdier og ønsker bør vi snakke med dem.

**P**årørende er ofte en stor ressurs, både for pasienten og helsepersonell. Dog bør vi som helsepersonell primært samtale med pasienten for å bli kjent med hva som er viktig for han eller henne. Dette illustreres i følgende kasuistikk, som er noe modifisert fra Jerpseth sin artikkel (2):

*Pasienten var en gammel dame på over 80 år som kom til sykehuset fra et sykehjem. Datteren som fulgte moren, sa at pasienten var blitt tiltagende glemsk den siste tiden, men hadde noen gode dager innimellom hvor hun hadde samtaler med venninner. Hun hadde fra før en diagnostisert alvorlig grad av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (GOLD grad IV). Hun ankom sykehuset med en forverrelse av sykdommen med lungebetennelse og svikt i lungefunksjonen. I mottaket ønsket legen å behandle pasienten med non invasiv ventilasjon (NIV) med maske. Hun aksepterte masken i starten, men etter et par timer fortalte sykepleieren at pasienten forsøkte å rive av seg masken. Pårørende, en datter og en sønn, satt hos henne. Sønnen var fortvilet. Han sa at han synes det var rimelig at moren fikk behandling med NIV for å muligens komme seg igjen. Datteren henviste til tidligere samtaler som hun hadde hatt med moren, hvor moren hadde sagt at hun ikke ønsket mer behandling med NIV eller respirator. Datteren mente derfor det var rimelig at moren skulle få slippe mer kurativ behandling. I journalen til pasienten sto det at hun hadde vært innlagt tre ganger siste år med uttalt forverring av sykdommen. Hun var da blitt behandlet med NIV to ganger og en gang med respirator. Pasientens preferanser eller ønsker for behandling var ikke journalført. Det sto heller ikke noe om at pasienten og pårørende hadde fått informasjon om prognosen eller behandlingsoalternativer.*



Fra kasuistikken er det flere forhold som kan ha betydning for beslutninger om behandling med NIV, eller andre livsforlengende behandlinger. Det er usikkerhet om pasientens ønsker i situasjonen. Det opplyses ikke om hvorvidt pasienten vurderes som samtykkekompetent eller i hvilken grad hun evner å uttrykke egne ønsker i situasjonen. Det er dermed vanskelig å vite hva som gjør at hun forsøker å ta av seg masken, men det kan ikke utelukkes at det er et uttrykk for at hun ikke ønsker NIV. Hun har tidligere uttrykt ønsker til datteren, men sønnen virker ikke å være innforstått med dette. Pasientens ønsker er ikke journalført, på tross av flere tidligere innleggelses, og det er uenighet blant pårørende.

For alle berørte parter i kasuistikken kunne forhåndssamtaler gjort en forskjell til det bedre. Uenigheter blant de som er berørte av behandlings-



beslutninger er nok ikke uvanlig (3). Konflikt eller uenighet kunne imidlertid vært forebygget, dersom man i fellesskap hadde samtalt om pasientens ønsker om fremtidig helsehjelp (4). Ved å samtale på forhånd kunne pårørende utviklet større kjennskap til pasientens ønsker. Denne kjennskapet til hva pasienten tidligere har ønsket kunne gjort det lettere for pårørende å forstå beslutninger som gjøres, dersom de baseres i pasientens ønsker. Beslutningen om behandling kunne blitt lettere for legen dersom han eller hun hadde blitt kjent med pasientens ønsker og verdier. Dersom legen, sykepleiere og annet helsepersonell var gjort kjent med pasientens ønsker og verdier kunne det bidratt til en behandling som var mer i tråd med pasientens ønsker (4). Pårørende kunne opplevd at beslutningsprosessen ble mindre krevende (5).

### **Forhåndssamtalenes relevans og lungesykepleieres rolle**

Lungesykepleiere har en viktig rolle i forhåndssamtaler. For dem er forhåndssamtaler et relevant verktøy i møte med flere pasienter og deres pårørende. Vi vet at blant sykehuspasienter med livstruende lungesykdom er det behov for slike samtaler (6), men vi vet også at lungepasienter i liten grad deltar i den type samtaler (7). Forhåndssamtaler er aktuelt for flere lungepasienter, for eksempel ved lungekreft og behandling av lungebetennelse hos alvorlig syke. Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) kan fremheves, ettersom de ofte har et sykdomsforløp preget av usikker prognose og hyppige forverrelser med sykehusinnleggelse (8). Overgang fra kurativ til palliativ behandling derfor glidende og individuelt forskjellig (9). For et individuelt tilpasset forløp og behandlingsnivå kan det dermed være avgjørende at pasienten involveres i beslutningsprosesser.

Gjennom å forhåndssamtale med pasienten kan sykepleieren bidra til å støtte legen i vanskelige beslutninger. Nå skal jeg peke på tre andre områder sykepleiere kan bidra ved forhåndssamtaler; å være bevisste på når man bør starte samtaleprosessen, ta initiativ til samtaler og involvere pårørende. Alle disse er relevante for kasuistikken over.

### **Når bør prosessen med forhåndssamtaler startes?**

Pasienten i kasuistikken hadde vært innlagt i sykehus tre ganger i løpet av siste året, med forverring av KOLS. Sykepleiere kunne bidratt til å starte en forhåndssamtaleprosess på et tidligere stadium. Hvorfor ble ikke det gjort? For helsepersonell kan det være vanskelig å vurdere når forhåndssamtaler bør startes (10). Det er et stort spørsmål som det finnes ulike svar til.

Invitasjon til forhåndssamtaler anbefales ved forverring av helsetilstand og økende alder (1). Mer spesifikt kan man vurdere å starte forhåndssamtaleprosessen:

- Når KOLS-pasienter kommer til det alvorligste stadiet av sykdommen (6)
- I perioder med stabil helse før akutt sykdom inntreffer (11)

### **Å ta initiativ til samtaler**

Pasienten hadde ikke samtalt med helsepersonell om sine ønsker for fremtidig helsehjelp, ut fra de opplysningene vi har fra kasuistikken. Hvem bør ha ansvaret for at pasienter kan få mulighet til å forhåndssamtale?

Deltakelse i forhåndssamtaler bør være frivillig (12), for ikke alle ønsker å delta i den type samtaler (13). For å ivareta frivillig deltakelse i samtaler bør pasienter og pårørende inviteres til samtaler, slik at de har en mulighet til å takke nei. Invitasjonen bør komme fra helsepersonell.

Pasienter, eller pårørende, kan også ta initiativ til forhåndssamtaler, men legges ansvaret for å ta initiativet hos pasienter og pårørende, vil slike samtaler i liten grad bli gjort. Pasienter og pårørende tar sjelden initiativ til forhåndssamtaler (14), og ønsker i tillegg at helsepersonell skal ha det ansvaret (15). Selv om pasienter sjelden tar initiativ, har mange ønske om å bli invitert (16).

For helsepersonell kan det være noen viktige hindringer for å ta initiativ til forhåndssamtaler. Manglende kompetanse i gjennomføring av forhåndssamtaler kan hindre helsepersonell fra å ta initiativ og delta (17). I tillegg kan det være usikkerhet om hvem i helsetjenesten som bør ta ansvaret for initiativ til samtaler (18). Lungesykepleiere kan her ta dette ansvaret. Dersom ingen tar ansvar, risikerer man at samtaler ikke gjennomføres eller starter for sent (19).

### **Involvere pårørende**

I vår kasuistikk hadde datter snakket med sin mor om hennes ønsker. Det hadde ikke sønnen. Pårørende hadde heller ikke deltatt i forhåndssamtaler. Kunne involvering av pårørende i forhåndssamtaler i en tidligere fase av forløpet bidratt til mer enighet blant de pårørende?

Fokus i forhåndssamtaler bør være pasienten, og det som er viktig for han eller henne. Men å involvere pårørende i forhåndssamtaler kan bidra både til å forstå hva som er viktig for pasienten (20), ivareta pårørendes behov, og samtidig ivareta pasientens interesser. Å forebygge uenighet blant pårørende er et eksempel på å ivareta pasientens interesser gjennom involvering av pårørende. Derfor bør lungesykepleiere involvere pårørende i forhåndssamtaler i den grad pasienten ønsker det.

## Avslutning

Den beste måten lungesykepleiere kan bidra til forhåndssamtaler er ved å gjennomføre dem. I løpet av 2022 eller 2023 kommer Helsedirektoratet til å publisere råd for gjennomføring av forhåndssamtaler. De kan være til hjelp for gjennomføringen. I denne artikkelen har jeg fremhevet tre andre og viktige måter lungesykepleiere kan bidra ved forhåndssamtaler: være bevisste på når man bør starte med forhåndssamtaler, ta initiativ til samtaler, og å involvere pårørende.

## Litteraturliste

1. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e543-e51.
2. Jerpseth H. Involvering av pårørende i beslutninger om akutt behandling av alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) – etiske implikasjoner. *Michael.* 2017;14:182-98.
3. Zwakman M, Jabbarian LJ, van Delden J, van der Heide A, Korfage IJ, Pollock K, et al. Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliat Med.* 2018;32(8):1305-21.
4. Houben CH, Spruit MA, Groenen MT, Wouters EF, Janssen DJ. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(7):477-89.
5. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Br Med J.* 2010;340:c1345.
6. Hjorth NE, Haugen DF, Schaufel MA. Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: a focus group study. *ERJ Open Res.* 2018;1-9.
7. Jerpseth H, Dahl V, Nortvedt P, Halvorsen K. Considerations and values in decision making regarding mechanical ventilation for older patients with severe to very severe COPD. *Clinical Ethics.* 2016;11(4):140-8.
8. Patel K, Janssen DJ, Curtis JR. Advance care planning in COPD. *Respirology.* 2012;17(1):72-8.
9. Helsedirektoratet. Kols - diagnostisering og behandling. Nasjonal faglig retningslinje. 2012.
10. Glaudemans JJ, Moll van Charante EP, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Family Practice.* 2015;32(1):16-26.
11. Burge AT. Advance care planning education in pulmonary rehabilitation: A qualitative study exploring participant perspectives. *Palliative Medicine.* 2014;28(8):1069-70.
12. Thoresen L, Ahlén R, Solbrække KN. Advance Care Planning in Norwegian nursing homes—Who is it for? *J Aging Stud.* 2016;38:16-26.
13. Gjerberg E, Lillemoen L, Forde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes--experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr.* 2015;15:103.
14. van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Gutschow G, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD, de Vet HC, et al. Advance Care Planning in Nursing Home Patients With Dementia: A Qualitative Interview Study Among Family and Professional Caregivers. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(11):979-89.
15. Hall A, Rowland C, Grande G. How should end-of-life advance care planning discussions be conducted according to patients and informal carers? A qualitative review of reviews. *J Pain Symptom Manag.* 2019.
16. Hjorth NE, Hufthammer KO, Sigurdardottir K, Tripodoro VA, Goldraj G, Kvikstad A, et al. Hospital care for the dying patient with cancer: does an advance care planning invitation influence bereaved relatives' experiences? A two country survey. *BMJ Support Palliat Care.* 2021.
17. Gilissen J, Pivodic L, Smets T, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2017;66:47-59.
18. Vanderhaeghen B, Van Beek K, De Pril M, Bossuyt I, Menten J, Rober P. What do hospitalists experience as barriers and helpful factors for having ACP conversations? A systematic qualitative evidence synthesis. *Perspectives in Public Health.* 2019;139(2):97-105.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 24. Lindrende behandling og omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019-2020.
20. Thoresen L, Lillemoen L. "I just think that we should be informed" a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Med Ethics.* 2016;17(1):72.

**EASYHALER®**

# INHALE. EXHALE. EASYHALE. 1-4

**BUFOMIX  
EASYHALER®**

(BUDESONID/  
FORMOTEROL)



Skann etter  
instruksjonsfilm



## **BUFOMIX EASYHALER®. EASYHALER® SORTIMENTET ER DEN FØRSTE OG ENESTE SOM ER KLASSIFISERT SOM KARBONDIOKSID-NØYTRAL.<sup>5</sup>**

- En inhalator som gir en jevn dose<sup>6</sup> og er enkel å bruke<sup>7</sup>.
- Behandlingsalternativ ved kombinasjonsbehandling av astma og KOLS<sup>8</sup>

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

\*Gjelder ikke KOLS



**Carbon  
Neutral  
Product**

**SIKKERHETSINFORMASJON** | DET ANBEFALES AT DOSEN TRAPPES GRADVIS NED DERSOM BEHANDLINGEN SKAL AVSLUTTES. BEHANDLINGEN BØR IKKE AVSLUTTES 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 EKSSASERBASJON ELLER VED SIGNIFIKANT FORVERRING ELLER AKUTT FORVERRING AV ASTMA.<sup>8</sup>

**ORION  
PHARMA**



# Palliative forløp i kommunehelsetjenesten – helsepersonells roller og ansvar

Sandra Jahr Svendsen, Kreftkoordinator i Lillestrøm kommune, sansve@live.no

Katrine Staats, Førsteamanuensis, OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, katrines@oslomet.no



Sandra Jahr Svendsen



Katrine Staats

**E**t helhetlig og pasienttilpasset forløp er et aktuelt tema i dagens helsetjeneste, både på kommune- og spesialisthelsetjenestnivå. Helhetlige pasientforløp kjennetegnes av kontinuitet, samarbeid og sømløshet, og defineres som «en helhetlig sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode» (Helsedirektoratet, 2018a). I kommunehelsetjenesten står vi overfor flere potensielle

utfordringer knyttet til dette, spesielt i større kommuner erfarer helsepersonell at det er lite kommunikasjon og samhandling mellom forvaltningsnivåene. Regjeringen presenterte i 2017 en offentlig utredning som skulle gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud (NOU 2017:16). Denne utredningen belyser nettopp det at manglende samhandling og fragmenterte helsetjenester er kjennetegn på dagens helsetjeneste. I 2020 la regjeringen frem et nytt

offentlig dokument; stortingsmelding, Meld. St. 24 «Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve» (2020). Denne skulle sikre alle pasienter som har behov for palliative tjenester et sammenhengende tjenestetilbud. Regjeringen understreker i denne meldingen spesielt betydningen av tidlig integrasjon av lindrende behandling og omsorg for å sikre et helhetlig og individuelt tilrettelagt forløp, der pasienten og pårørende får medvirke og gi uttrykk for behov

og ønsker. Det er også et overordnet mål at pasienter i palliativ fase skal kunne være hjemme lengst mulig, og mange har ønske om mer hjemmetid eller hjemmedød. Både fastlegen i kommunehelsetjenesten og sykepleier i hjemmetjenesten er, i likhet med flere andre, viktige aktører for å få dette til. Dette skaper store forventninger til helsepersonell i kommunehelsetjenesten – både når det gjelder kompetanse og ressurser, men også på personlig plan. Vi har derfor valgt å belyse helsepersonells roller og ansvar i det palliative forløpet i denne fagartikkelen.

### **Et palliativt forløp basert på trygghet og forutsigbarhet**

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Det er en tilnæringsmetode som skal bidra til best mulig livskvalitet for den syke og dens pårørende, hvor lindring av plagsomme symptomer står sentralt (WHO, 2021). Pasienter som trenger palliativ behandling, pleie og omsorg har ofte sammensatte lidelser, og det er økt risiko for kritiske hendelser, sykehusinnleggelse og død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Videre har hjemmeboende pasienter i palliativ fase ofte flere diagnoser, bor ofte alene (Hov et al., 2021) og mange ønsker å være hjemme så lenge som mulig (Bannon et al., 2018; Fringer et al., 2018). For disse pasientene, som lever i spenningsfeltet mellom å klare seg selv og å ha et omfattende hjelpebehov i kommunehelsetjenesten er det viktig å være aktivt deltakende i planleggingen av egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). For å skape forutsigbarhet og trygghet for disse pasientene fordrer det at alle aktører rundt pasienten samarbeider på en tilfredsstillende måte. Avklarte og definerte roller, samt tydelige ansvarsområder er et godt utgangspunkt for et slikt konstruktivt samarbeid. Likevel peker flere studier

på uavklarte og udefinerte roller som begrensninger for gode palliative pasientforløp (Fasting et al., 2021 og Serçu, 2015). Det er også mangelfull dokumentasjon omkring definerte roller ved samtaler som omhandler viktige beslutninger om videre hensiktsmessig behandling i hjemmet til den uhelbredelig syke pasient. Når det gjelder andre arena i helsetjenesten er dette imidlertid godt dokumentert, blant annet på sykehus hvor disse beslutningene ofte tas – dog uten at avklaringene nødvendigvis følger med pasienten videre i pasientforløpet (Kubi et al., 2020 og Dow et al. 2010). Eksempler på behandlingsavklaringer kan være behandlingsintensitet; som respirator, i.v.-administrasjon av væske/medikamenter eller HLR, eller omsorgsnivå; hjemme, kommunal institusjon eller sykehus. Slike behandlingsavklaringer betegnes ofte som ustabile eller «svingende», på lik linje som pasienter i palliativ fase blir kalt «svingdørspasienter». Dette handler om at denne pasientgruppen ofte har sammensatte og komplekse behov som også karakteriseres av et uforutsigbart forløp. I et svingende palliativt forløp er det nødvendig med behandlingsavklaring med utgangspunkt i pasientens behandlingsmål. Hva er hensikten med behandlingen som skal gis? Hvilke tiltak vil ha en lindrende effekt hos denne pasienten? Dette er viktige spørsmål å stille seg for å bidra til gode palliative forløp for den enkelte pasient.

### **Må det spesialkompetanse til for å sikre gode palliative pasientforløp?**

Tradisjonelt har behandlingsavklaringer i det palliative pasientforløpet vært en legeoppgave. Vi mener imidlertid at det er på tide med en nyorientering i dagens kommunehelsetjeneste om hva som skal være deforskjellige helsepersonells roller i palliative pasientforløp. Vi ønsker å fremheve sykepleierens rolle

i disse behandlingsavklaringene, sett i lys av at sykepleiere ofte er tettest på pasientene. Det utdannes avanserte kliniske sykepleiere (AKS) med spesialkompetanse i kartlegging, vurdering, og handlingsberedskap. I tillegg er det mange sykepleiere som velger å ta en videreutdanning for å spesialisere seg ytterligere innen ulike fagområder. For oppfølging av pasienter ved livets slutt har spesielt sykepleiere med videreutdanning innen kreftsykepleie og palliasjon viktige roller i pasientforløpene, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I tillegg har disse videreutdanningene og AKS på de fleste utdanningsinstitusjonene blitt masterprogram. Spørsmålet er om vi i dagens utfordringsbilde kan legge opp til at det må spesialkompetanse til for å bidra til helhetlige forløp i palliasjon? Det er på høy tid å videreutvikle rolleforståelsen av tittelen «sykepleier» i møte med dagens utfordringer knyttet til palliative pasientforløp. En tydeliggjøring av mulighetsrommet hos sykepleier i kommunehelsetjenesten relatert til behandlingsavklaring, og klare føringer for informasjonsutveksling og samarbeid mellom sykepleier og fastlege mener vi vil kunne bidra til forutsigbarhet i flere forløp. Vår erfaring er at kreftkoordinator ofte er involvert i prosesser rundt behandlingsavklaring og informasjonsflyt med fastlege. Etersom det er et begrenset antall pasienter som har etablert kontakt med kreftkoordinator er vi redd det blir for tilfeldig i hvilke pasientsituasjoner det gjøres viktige avklaringer med betydning for det palliative forløpet. Ved opplæring i bruk av hensiktsmessige verktøy som Forhåndssamtaler (Senter for medisinsketikk, 2017) og Palliativ plan (Helsedirektoratet, 2018b), i tillegg til systematisk veiledning og oppfølging fra eksempelvis kreftkoordinator eller AKS, mener vi sykepleiere i ordinær

kommunehelsetjeneste kan ha en mer fremtredende rolle i oppfølgingen av pasienter i et palliativt forløp. Ved å inkludere samtlige helsepersonell i et slik forløp – både de som er tett på og de som følger opp pasienten noe mer overordnet – vil det være større sannsynlighet for at et palliativt forløp i kommunehelsetjenesten oppleves som forutsigbart og sømløst for pasienten.

#### Referanser:

- Bannon, F., Cairnduff, V., Fitzpatrick, D., Blaney, J., Gomes, B., Gavin, A. & Donnelly, C. (2018). Insights into the factors associated with achieving the preference of home death in terminal cancer: A national population-based study. *Palliative & Supportive care*, 16(6), 749-755. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000876>
- Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H. et al. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliat Care* 17, 95 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Den Herder-van Der Eerden M, Hasselaar J, Payne S, Varey S, Schwabe S, Radbruch L, Groot M. How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliat Med*. 2017;31(10): 946–55. DOI: 10.1177/0269216317697898
- Dow LA, Matsuyama R, Ramakrishnan V, Kuhn L, Lamont E, Lyckholm LJ, et al. Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28 2:299-304.
- Fasting, A., Hetlevik, I. & Mjølstad, B.P. Palliative care in general practice; a questionnaire study on the GPs role and guideline implementation in Norway. *BMC Fam Pract* 22, 64 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01426-8>
- Fringer, A., Hechinger, M. & Schnepf, W. (2018). Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families—a qualitative meta-synthesis. *BMC Palliative Care*, 17(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0275-7>
- Helsedirektoratet (2018). Hva er helhetlige pasientforløp [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 08. februar 2018, lest 11. februar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop/hva-er-helhetlige-pasientforlop>
- Helsedirektoratet (2018). Pasientens palliative plan bør oppdateres i livets slutfase [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 18. september 2018, lest 19. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/pasientens-palliative-plan-bor-oppdateres-i-livets-slutfase>
- Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2017: 16. På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo; 2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Hentet fra: Meld. St. 24 (2019–2020) - regjeringen.no
- Hov R, Bjørslund B, Kjøs BØ, Wilde-Larsson B (2021). Pasienters opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2021;1(7):1-19 <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-05>
- Kubi B, Istl AC, Lee KT, Conca-Cheng A, Johnston FM. Advance Care Planning in Cancer: Patient Preferences for Personnel and Timing. *JCO Oncol Pract*. 2020;16(9):e875-e83.
- Maria Sercu, Veerle Van Renterghem, Peter Pype, Karolien Aelbrecht, Anselme Derese & Myriam Deveugele (2015) “It is not the fading candle that one expects”: general practitioners’ perspectives on life-preserving versus “letting go” decision-making in end-of-life home care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33:4, 233-242, DOI: 10.3109/02813432.2015.1118837
- Senter for medisinsk etikk. Veileder: Forhåndssamtaler i sykehjem. 2017. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/2017/veileder-forhandssamtaler.html>
- World Health Organization. Who definition of palliative care. 2021. Hentet fra: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

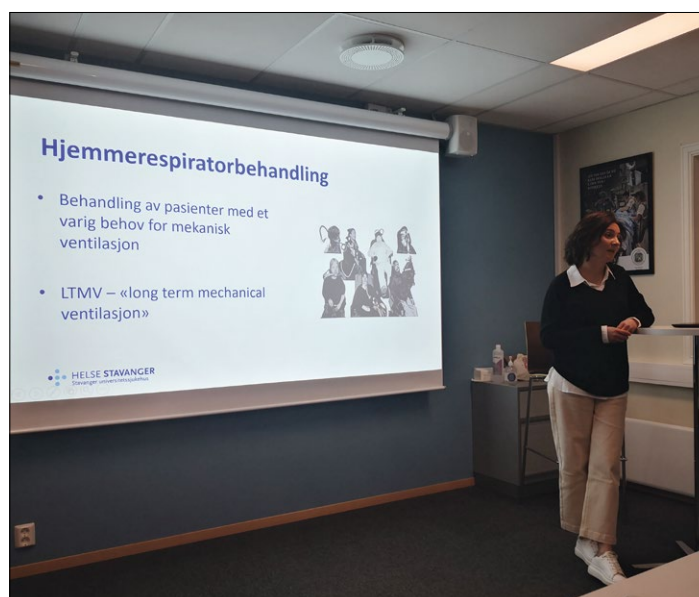
# Fagkveld i Stavanger 8. mars 2022

Liga Timermane, Lokalgruppeleder NSF FLU Stavanger, webansvarlig NSF FLU, ligat@online.no

I år kunne vi endelig ha gleden av å invitere til fagkveld igjen, og den 8. mars 2022 inviterte vi medlemmer og andre med interesse for lungefaget til fagkveld i NSF sine lokaler i Stavanger.

Tema denne kvelden var «Hjemmerespirator og lungefysioterapi hjemme». Sykepleier Agnieszka og fysioterapeut Birthe var forelesere. I tillegg hadde vi besøk i fra Dolema som demonstrerte

forstøverapparatet Aerogen Pro. Kvelden ble avsluttet med sosialisering og god mat i fra Hverdagsgodt.





# Fagkveld i Bodø 22. mars 2022

Tonje S. H. Spjelkavik, lungesykepleier, lokalgruppeleder i Nordland, nestleder NSF FLU, tonje.spjelkavik@gmail.com

**Endelig kunne vi invitere til vårt første kveldsmøte etter at pandemien slapp taket. Med 50 påmeldte var det tydelig at våre medlemmer også hadde ventet på dette.**

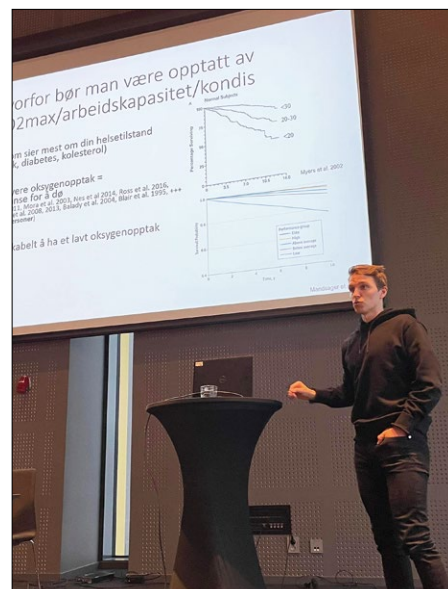
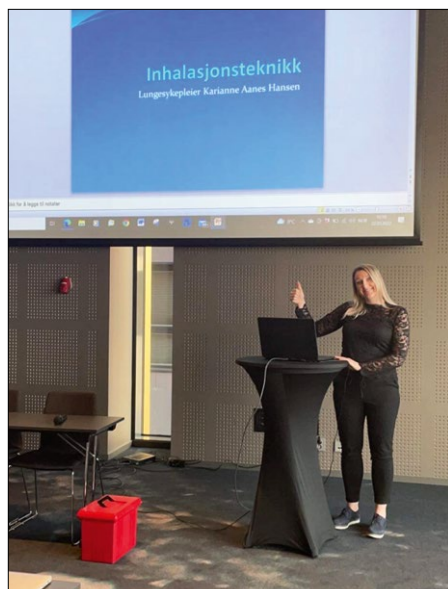
Runar Unhjem, førsteamanuensis ved Nord universitet var førstemann ut. Han holdt et innlegg om effekten av trening hos pasienter med kols. Det var nok mange som ble overrasket over hvor lite trening som har stor helsegevinst, og ikke minst hvor

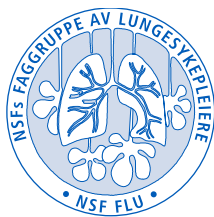
viktig parameter det er for å leve lengre.

Neste ut var sykepleierne Mariell Waleniussen Borge og Linn E. Johnson-Simonsen som fortalte om digital hjemmeoppfølging av personer med kols og covid-pasienter. De fortalte om hvordan de jobber, og hvordan de har tilpasset seg behovet for hjemmeoppfølging kontinuerlig under pandemien. Det er en utrolig jobb som gjøres av disse damene utenfor sykehuset,

og at det bidrar til å både redusere sykehusinnleggelse og fange opp dårlige pasienter tidlig er jeg helt sikker på.

Til slutt hadde lungesykepleier Karianne Aanes Hansen et innlegg om inhalasjonsmedisiner. Det er alltid like aktuelt å få frisket opp kunnskapene om inhalasjonsteknikk og hvor man kan finne korrekt informasjon man kan videreformidle til pasientene.





## NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

### RETNINGSLINJER FOR STIPEND TIL FAGLIGE ARRANGEMENT

1. Stipend kan først søkes etter minimum 1 års medlemskap, og kontingent må være betalt både for det første medlemsåret og for det året som det faglig arrangementet avholdes.
2. Et medlem kan kun tildeles stipend hvert annet kalenderår, med unntak av personer som innehar verv i faggruppen (se punkt 7).
3. Stipend fra NSF FLU gis til faglige arrangement som er relevant for søkerens arbeid innen lungefaget, og styret forbeholder seg retten til å be om supplerende begrunnelse før søknaden vurderes dersom man er usikker på arrangementets faglige relevans.
4. Den som får tildelt stipend må skrive en faglig tilbakemelding fra arrangementet (se egen mal under) som kan trykkes i Fagblad for lungesykepleiere (redaktøren velger ut hvilke tilbakemeldinger som kommer på trykk).
5. Originale kvitteringer må sendes til kasserer innen 1 måned etter at man har deltatt på arrangementet, hvis ikke bortfaller tildelingen av stipendet.
6. Det kan søkes om midler til reise, opphold og deltakeravgift på inntil kr. 3.500, -
7. Lokalgruppeledere (eller stedfortreder) som søker er garantert stipend til å reise på Landskonferansen i regi av NSF FLU.

#### SØKNADSSKJEMA FOR STIPEND TIL FAGLIGE ARRANGEMENT

Vennligst fyll ut de hvite feltene.

<b>Navn</b>	<b>Adresse</b>	<b>Postnummer og sted</b>	<b>E-postadresse</b>
<b>NSF medlemsnummer</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>Arbeidssted</b>	
<b>Medlem i NSF FLU fra år</b> <i>Dette finner du ved å logge deg inn på NSF sin nettside.</i>	<b>Nåværende verv i NSF FLU?</b> <i>(Vennligst oppgi dersom du søker om støtte til Landskonferansen som lokalgruppeleder eller representant for lokalgruppeleder).</i>		
<b>Har du mottatt stipend fra NSF FLU tidligere? Hvis ja, når fikk du forrige gang?</b>			
<b>Hva søker du stipend til?</b> <i>Legg ved kopi av program, gjelder ikke det som arrangeres av NSF FLU</i>			
<b>Oversikt over utgifter</b>			
Reise:			
Opphold:			
Deltakeravgift:			
<b>Totale utgifter:</b>			
<b>Hvor mye søker du i støtte:</b>			

Søknaden sendes **innen 31. august 2022** som vedlegg på e-post til: [NSFFLU@gmail.com](mailto:NSFFLU@gmail.com)

**Merk emnefeltet i e-posten: "stipendsøknad – år – ditt navn"**

## MAL FOR FAGLIG TILBAKEMELDING VED TILDELT STIPEND

Formålet til NSF FLU er blant annet å muliggjøre utveksling av erfaring. Vi ønsker derfor at du som har mottatt stipend skal bringe videre til dine kolleger hvorfor dette faglige arrangementet var nyttig for deg, din arbeidsplass og dine pasienter. Redaktøren i Fagblad for lungesykepleiere forbeholder seg retten til å trykke de innsendte tilbakemeldingene i redigert form.

Dersom flere personer har mottatt stipend til å reise på det samme arrangementet kan dere gjerne forfatte tilbakemeldingen i fellesskap.

## INNHold I TILBAKEMELDINGEN

### Bakgrunnsinformasjon om deg/dere:

- Navn
- Stilling
- Arbeidssted
- Utdanningsår
- Utdanningssted
- Annen relevant utdanning
- Send med et digitalt bilde av deg selv - gjerne fra konferansen/kurset

### Hva har jeg benyttet stipendet fra NSF FLU til:

- Navn på arrangementet du har deltatt på og når.
- Hva var årsaken til at du ønsket å delta på dette arrangementet?
- Hadde du et spesielt læringsmål med din deltakelse?
- NSF FLU forutsetter at dette arrangementet inneholdt tema som var av spesiell interesse for deg, din arbeidsplass og dine pasienter. Vi ber derfor om at du gir en kort oppsummering av arrangementet eller et eller flere av foredragene som du hadde spesielt godt utbytte av og at du har med hvordan dette vil få betydning i ditt arbeid og hvorfor.

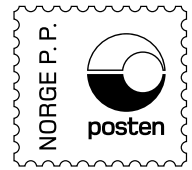
***Tilbakemelding sendes innen 2 uker etter deltakelsen på arrangementet til:***

**[NSFFLU@gmail.com](mailto:NSFFLU@gmail.com)**

***Merk e-post med «tilbakemelding stipend»***

**Returadresse:**

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

**OLYMPUS**

# #LoveForLungs

## Early Bird Catches the Worm

### Our Solution for Lung Cancer Diagnosis and Staging

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

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

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

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

#### Our Products and Solutions

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

Find out more: [www.olympus.no](https://www.olympus.no)

**OLYMPUS NORGE AS**

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | Telefon: 23 00 50 50 | [www.olympus.no](http://www.olympus.no)