



# Fagblad

for lungesykepleiere

Nr 1. – 2023

**Innføring av Helsplattformen  
St. Olavs hospital** side 4

**Døve pasienter  
i helsetjenesten** side 18

**Utfordringene står i kø** side 32



# Kjære alle medlemmer!

Tusen takk for flott innsats for pasientgruppen vår og for at dere er medlemmer av faggruppen.



Gerd Gran

Vi håper å se mange av dere på NSF FLU Landskonferansen på Hamar 2. og 3.11.2023.

Det er et spennende faglig program, og det er også en flott anledning til å møte kollegaer fra andre steder i landet, og tidligere medstudenter fra master- og videreutdanning i Lungesykepleie. Mer informasjon om programmet og påmelding finner dere på nettsiden hos NSF og [www.lungesykepleiere.no](http://www.lungesykepleiere.no) Invitasjonen er sendt til alle medlemmer som vi har e-post til og deltakere på tidligere Landskonferanser. Hvis du ikke har mottatt invitasjon er det flott hvis du sender oss en e-post til [nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com).

I år har vi generalforsamling den 02.11.23 i forbindelse med NSF FLU Landskonferansen på Hamar. Dette betyr også valg til styret og nominasjonskomiteen. Det er i år 3 styremedlemmer som står på valg. Når det gjelder nominasjonskomiteen velges de for 2 år av gangen så der skal det være valg av Leder, 2 styremedlemmer og 2 varamedlemmer.

Dere vil få en e-post med informasjon om hvordan dere kan melde inn kandidater eller dere selv til disse vervene.

**Vi minner om at søknadsfristen for å søke om kursstøtte i 2023 er den 31.08.23.**

Det første kullet på påbygg master i Lungesykepleie for studenter som tidligere har fullført videreutdanning i Lungesykepleie startet høsten 2021. De første studentene med master i Lungesykepleie er ferdig nå, og det planlegges presentasjon av masteroppgaver på Landskonferansen.

I forbindelse med utviklingsprosjektet i faggruppene i NSF så har det også vært andre delprosjekt. Ett av dem er vedrørende – Enhetlig profilering, dette vil i utgangspunktet medføre at vi endrer navnet og logoen vår noe, slik at alle faggruppene i NSF har en mer enhetlig profil. Dere vil få mer informasjon når dette er endelig avgjort.

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.

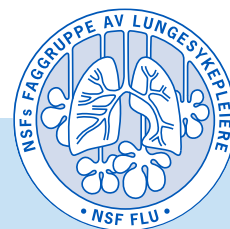
Vi minner også om at VERVEKAMPANJEN fortsetter. Verver du medlemmer til faggruppen er det flotte vervepremier til de to som verver flest i 2023.

## Vervepremier i 2023:

- **1. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen 2024 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 2024.

*Vi ønsker dere alle en riktig god sommer og sommerferie!*

Sommerhilsen fra alle i styret  
v/leder Gerd Gran



## Innhold

Innføring av Helseplattformen			
St Olavs hospital .....	4	Fagkveld Rogaland og Tønsberg .....	30
Funksjon som respiratorkoordinatør .....	7	Utfordringene står i kø .....	32
Helserelatert livskvalitet hos pasienter .....	9	Oppgaveforskyving .....	35
Med kompetanse for det komplekse .....	12	Tett på 3.....	38
Døve pasienter i helsetjenesten .....	18	Presentasjon av NSF FLU Innlandet .....	41
Overflytting av pasienter .....	24	Anestesisykepleierne i NSF .....	42



Utgitt av:  
NSFs FAGGRUPPE AV  
LUNGESYKEPLEIERE  
(NSF FLU)

NSF FLU nettsider:  
lungesykepleiere.no  
nsf.no

E-post: nsfflu@gmail.com

Styret 2021–2023 består av:

Leder: Gerd Gran

Seksjon for pasientsikkerhet,  
Haukeland Universitetssjukehus

Nestleder: Tonje Hanssen Spjelkavik

Medisinsk poliklinikk,  
Nordlandssykehuset i Bodø

Sekretær: Agathe Krekvik Govertsen

Yrkesmedisinsk avdeling,  
Haukeland Universitetssjukehus

Kasserer: Ida Mørkesdal

Intensiven, Sørlandet sykehus Kristiansand

Redaktør fagblad og nyhetsbrev ansvarlig:

Simen Alexander Steindal

Lovisenberg diakonale høgskole  
VID vitenskapelige høgskole

Lokalgruppeansvarlig: Kristin Degnes

Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Elverum – Hamar

Webansvarlig: Liga Timermåne

Stavanger kommune, Hillevåg og Hinna helse  
og sosialkontor

Adresseforandringer og annen kontaktinformasjon  
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 31.08.23.  
Søknaden sendes som vedlegg på e-post til  
[nsfflu@gmail.com](mailto:nsfflu@gmail.com)

Forsidebilde: iStock / Getty Images Plus

Design og trykk: Aksell – aksell.no

## Utgivelsesplan 2023–2024:

2023	Matr.frist	Utgivelse
Nr. 2 2023	1. november	desember
2024		
Nr. 1 2024	1. mai	juni
Nr. 2 2024	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.



# Redaktøren har ordet – lungesykepleie i fremtiden

**H**elsepersonellkommissjonen peker på en rekke utfordringer helsevesenet vil stå overfor i fremtiden. Vi blir stadig flere eldre i Norge samtidig som det vil bli mangel på helsepersonell. Ett tiltak som Helsepersonellkommissjonen foreslår er oppgavedeling. Flere har tatt til orde for at fagarbeiderne må inn i sykehus igjen.

Som ung og nyutdannet sykepleier på kirurgisk avdeling møtte jeg svært kompetente og erfarne hjelpepleiere som var uunnværlige i avdelingen. Disse hadde både erfaring og kunnskap til å fange opp endringer i pasientens helsetilstand, iverksette tiltak og rapportere videre. Slike dyktige hjelpepleiere har jeg også jobbet med på lungeavdeling. Jeg har blitt imponert over hvor dyktige disse hjelpepleierne har vært. Jeg har jobbet mange år ved lindrende avdeling. Her var vi kun sykepleiere, og de aller fleste hadde videreutdanning innen kreft, palliasjon eller intensivsykepleie. Jeg undrer meg over om dagens fagarbeidere gjennom sin utdanning har den samme kompetansen som det hjelpepleierne hadde. Klart mye kan læres gjennom systematisk opplæring og undervisning og gjennom godt samarbeid.

Når det gjelder oppgavedeling bør vi sykepleiere tenke oss godt om før vi sier ja til å utføre nye oppgaver. Når vi sier ja til noe, må vi si nei til noe annet, selv om nye oppgaver kan være gøy og gjøre arbeidshverdagen mer spennende. Når vi sier ja til oppgaver som eksempelvis å ta arteriell blodgass på sengepost, kan det bidra til å senke legenes terskel for at det skal tas arteriell blodgass? Kan dette bidra til at det tas flere arterielle blodgasser enn nødvendig? Kan det at sykepleiere selv ta blodprøver på sengepost, bidra til at det tas flere blodprøver enn det som er nødvendig?

Sykepleiere skal gjøre alt, men når skal vi si nei til å vaske gulver og senger, ta oppvasken, vaske og brette klær, vi må kanskje til og med gjøre rent toalettet eller vaske opp blodet på gulvet før renholder kan vaske over. Pappeskene blir kanskje ikke fjernet om vi ikke har brettet dem skikkelig. Om fagarbeiderne skal overta sykepleieroppgaver hvem skal da avlaste fagarbeiderne? Har de for lite å gjøre i dag? Helsevesenet og hvordan vi jobber kan organiseres annerledes. At vi alltid har gjort det slik er ikke godt argument for å fortsette som før. Det er viktig at vi sykepleiere engasjerer oss i diskusjoner om oppgavedeling og det kan jo være oppgaver som vi fint kan overlates til fagarbeiderne. Vi bør også tenke over hvem som sitter med ansvaret ved oppgavedeling. – Hva er faglig forsvarlig og til pasientens beste?

I dette nummert av fagbladet kan du lese om innføring av Helseplattformen og stilling som respiratorkoordinator. Du kan lese om fremtidens utfordringer i helsevesenet, sykepleiekompetanse og sykepleie til døve pasienter. Du finner også en artikkel om hva en avansert klinisk allmennsykepleier kan bidra med i oppfølgingen av pasienter med kols.

I dette nummeret finner du også to artikler som er kortversjoner av artikler som er publisert i internasjonale tidsskrift. Den ene artikkelen handler om helserelatert livskvalitet hos pasienter med langtids mekanisk ventilasjon, mens den andre handler overføring fra sykehus og pasientsikkerhet.

I dette nummeret kan du også bli kjent med NSF FLU Innlandet og NSFs faggruppe Anestesisykepleierne.

Hilsen  
Simen A. Steindal  
Redaktør



Trykksak  
2041 0379

# Innføring av Helseplattformen St. Olavs hospital 12.11.22

**Solfrid Meier Løwensprung**, sykepleier, lungemedisinsk poliklinikk og medisinsk og lunge overvåking St. Olavs hospital, Solfrid.Meier.Lowensprung@stolav.no

**J**eg har jobbet på lungemedisinsk avdeling siden 2005. I denne fagartikkelen skriver jeg om min mening om og erfaringer med innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital. Noen av erfaringene mine er positive, mens andre er negative til det nye journalsystemet.

## Hva er Helseplattformen?

Helseplattformen (HP) er et journalsystem for å bedre informasjonsflyten og dermed få økt pasientsikkerhet. Tanken bak HP er å effektivisere dokumentasjon via en felles plattform for St. Olavs hospital, Trondheim kommune og andre brukere (andre kommuner, legekontor med tilgang til HP). Det er Helse Midt-Norge og Trondheim kommune som eier mesteparten av HP.

## Utfordringer før innføringen av Helseplattformen

Det var flere utsettelse av innføringen av HP. Den siste utsettelsen skjedde i mai 2022 for St. Olavs hospital. Trondheim kommune innførte HP i mai 2022. Hovedgrunnen til utsettelse fra St. Olavs side var systemet for tilgangsstyring. Ansatte manglet korrekt tilgang til løsningen og kunne dermed ikke øve seg på å bruke HP, og heller ikke gjøre jobben sin etterpå.

Før innføring hadde alle ansatte hatt klasseromsundervisning i sin del av HP. I tillegg var det superbrukere blant alle personalgrupper som hadde en ekstra dag med undervisning. Mye av denne undervisningen ble gjennomført i starten av 2022. Etter utsettelsen i mai ble det satt av noe tid til felles og egenøving på temadager, men det var likevel opp

til hver enkelt hvor mye trening som ble gjort.

Det ble organisert fakkeltog og flere lese-rinnlegg i aviser som protesterte mot innføringen av Hp. Protestene omhandlet redsel for at pasientsikkerheten ikke ble godt nok ivaretatt, og at HP ikke var et godt nok journalsystem.



Solfrid Meier Løwensprung



### Innføring av Helseplattformen – Golive

Helseplattformen ble innført natt til 12.11.22. Det var mer personale på jobb for å kunne sikre god pasientbehandling og samtidig nødvendig dokumentering. Klinikkerne kjøpte inn godteri, saft og mat til ansatte for å holde humøret og blodsukkeret oppe. Turnuser ble tilpasset og vi fikk «HP tillegg» i lønna for ekstravakter. Ansatte fra USA som hadde erfaring fra systemet ble også hyret inn for å kunne bistå med den tekniske løsningen. De ble plassert på forskjellige avdelinger på sykehuset og var til hjelp de første ukene.

Et nytt journalsystem kan føre med seg mye frustrasjon og misnøye. En stor del av utfordringene kom av at vi ikke forsto hvordan vi skulle finne frem i systemet på en effektiv måte. Mye var endret siden klasseromsundervisningen, og det var noe helt annet å bruke HP på faktiske pasienter. Takket være motiverte superbrukere og tålmodige pasienter og ansatte kom vi oss gjennom den første perioden etter innføringen.

Vi har lært nye ord som f.eks. forordninger for å bestille prøver og flytte pasienter til en annen avdeling. Noe så enkelt som å bestille en ekspektoratprøve er

helt endret i HP, og når det ikke går på første forsøk blir det sure miner. Følelsen av glede og mestring av å endelig få ut prøvelapper er desto bedre. De siste månedene på jobb har vært både utfordrende og givende.

### Helseplattformen snart 6 måneder etter innføring

#### *Det positive*

I motsetning til den handskrevne kurva vi hadde før, dokumenteres alt i elektronisk kurve. Det er krøll med legemiddeladministrasjon noen ganger, men jeg savner ikke den handskrevne kurva der vi ofte måtte gjette oss til hva som sto.

Alle ansatte har eget telefonnummer og tilgjengelig telefon på jobb. I telefonen kan vi logge oss på med nøkkelbrikke og pin kode på Rover (HP appen) med tilgang til det som skal gjøres med pasienten. Dobbelsjekking av medisiner med hjelp av telefonen som skanner medisin og skanning av pasientarmbånd. Vi kan dokumentere målinger direkte i appen og slipper å vente på at kuvepapirer (før innføring av HP) eller PC blir ledig. Legen har også tilgang til samme informasjon i sanntid og trenger ikke å være på fysisk på avdelingen for å forordne medisiner, blodprøver eller annet i forbindelse med pasientbehandlingen.

PVK, thoraxdren, sår og blærekateter dokumenteres i pasientens «Avatar», en skissert fremstilling av pasienten. Der kan vi legge ved bilder av sårene, vurdere videre behov for PVK og dokumentere når disse blir seponert. ▶





Til pasienter som mottar hjemmetjeneste eller som bor på sykehjem i kommuner med HP er det mulig å se målinger og notater. Dette var ikke mulig før når det var to forskjellige journalsystemer.

#### Det negative

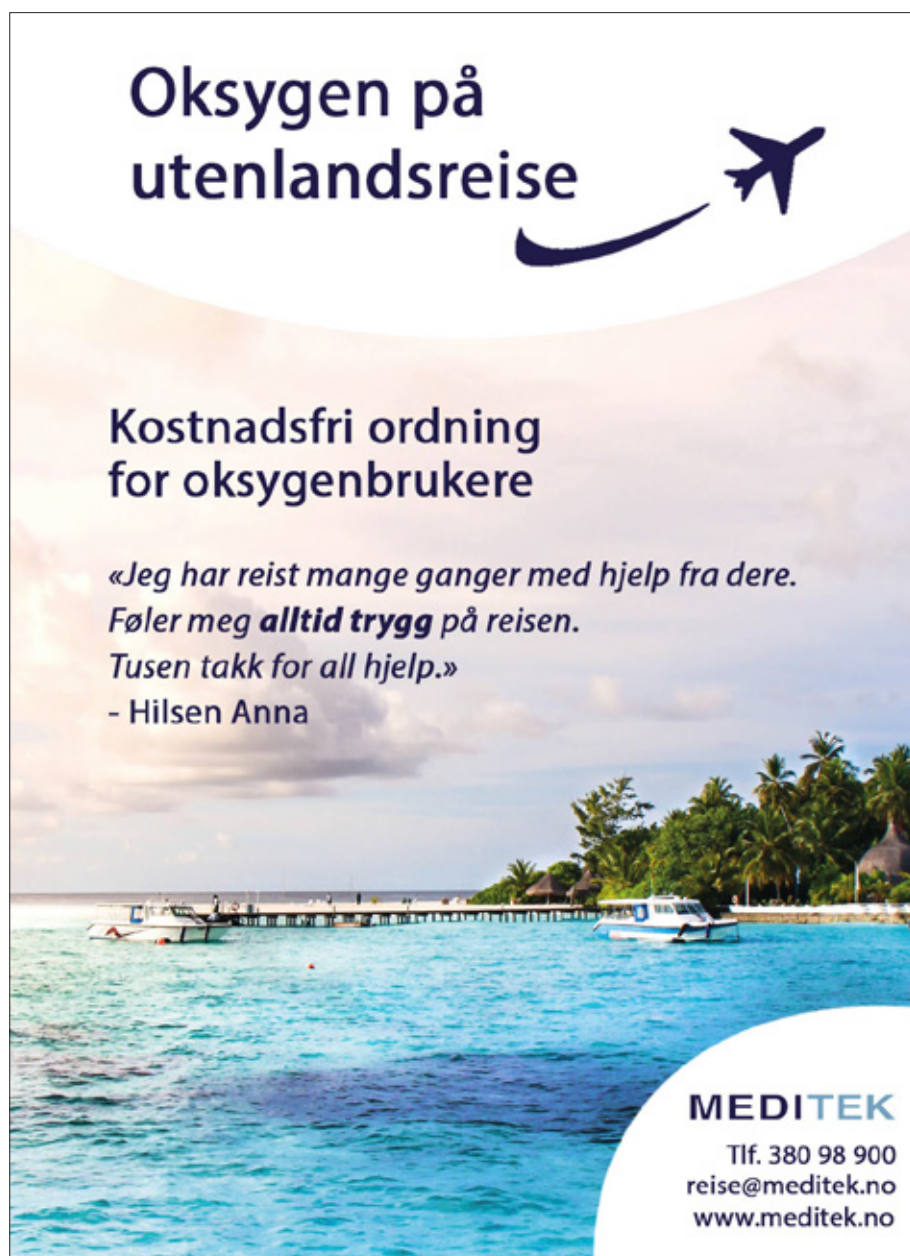
Det er fremdeles store mangler på systemet for at det skal bli en trygg og brukervennlig løsning for oss. Vi bruker mye tid på alt vi gjør i HP enda. Det er

fremdeles vanskelig å forordne prøver og mange trykk som må til for å kunne bestille. Løsningen fremstår derfor ikke som intuitiv.

Helsetilsynet har fått mange varsler og meldinger om feil og mistanke om pasientskader. Det ble derfor gjennomført et tilsynsbesøk. Helsetilsynets vurderinger ble tatt på følgende tema (beskrevet i tekstboksen). Disse temaene kjenner jeg også igjen fra mitt arbeid.

#### Eksempler på helsetilsynets vurderinger av Helseplattformen

- Ansatte opplever ofte flerbrukerkonflikter. Man kan ofte ikke jobbe med samme pasient samtidig. Journalen kan i enkelte situasjoner ikke stå åpen både hos ansvarlig sykepleier og lege
- Det er usikkerhet om at meldinger kommer til rett mottaker, dette gjelder både meldinger som er sendt internt, eksternt eller til pasient
- Legemiddeladministrasjonen kan være uklar, og det har vært avdekket avvik i forbindelse med doser og feil medikament



**Oksygen på utenlandsreise**

**Kostnadsfri ordning for oksygenbrukere**

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

- Hilsen Anna

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

Helsetilsynet konkluderer med at HP har kritiske feil som må rettes, og det er fremdeles risiko for at pasientsikkerheten kan settes i fare.

Planlagt videreføring av HP til andre sykehus er utsatt til feilene er rettet.

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

# Funksjon som respiratorkoordinatør

**Agnieszka Grazyna Tomczak**, sykepleier og respiratorkoordinatør, master i sykepleievitenskap, lungeavdelingen, Stavanger universitetssykehus, [bijosia22@op.pl](mailto:bijosia22@op.pl)

**L**angtids mekanisk ventilasjon (LTMV) eller mekanisk pustestøtte er et behandlingstilbud som gis til pasienter med kronisk alvorlig pustesvikt. Årsaken til pustesvikt kan være redusert kraft eller svekket regulering av pustefunksjonen. Man skiller mellom to hovedformer for behandling. Non-invasiv ventilasjonsstøtte som gis via maske (på nese og/eller munn, evt. via munnstykke) og invasiv ventilasjonsstøtte som vanligvis gis via trakeostomi.

Pasienter som mottar LMTV behandling har svært varierende behov for omsorg. Det er en pasientgruppe med komplekse og sammensatte tilstander som krever omfattende hjelp ofte på 24 timers basis. LMTV behandling berører ikke kun pasienten, men involverer i stor grad også de pårørende og flere aktører i helsetjenesten.

Selve LMTV behandlingen foregår utenfor sykehuset på institusjon eller hjemme (omsorgsbolig eller i privat bolig). Overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten kan i enkelte tilfeller være utfordrende, og det er derfor viktig med trygge rammer. Nasjonal veileder for LMTV beskriver de nødvendige forhold som må være på



Agnieszka Grazyna Tomczak

plass for å kunne gjennomføre behandlingen som for eksempel indikasjon for oppstart, ansvarsfordeling, valg av behandlingshjelpemidler mm. Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk NN-LTMV (tidligere NKH) er en organisasjon som jobber for at pasienter med behov for LTMV har tilgang på god kompetanse og likeverdig kvalitet i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av geografisk tilknytning.

### Nyopprettet stilling

I 2021 opprettet Stavanger universitetssjukehus funksjonen som respiratorkoordinatør for å sikre at pasienter med LMTV behandling blir korrekt i varetatt og at selve behandling blir gjennomført likt, og i samsvar med nasjonale retningslinjer. Denne funksjonen skulle i utgangspunktet fordeles på 2 ansatte, men på grunn av manglende søkere fikk jeg tilbud om 100% stilling (dagtid plus hver tredje helg). I motsetning til de

fleste andre helseforetakene, har respiratorkoordinatør ved Stavanger universitetssjukehus kun ansvar for pasienter med mekanisk ventilasjon støtte via trakeostomi (det vil si 7 pasienter i Rogaland).

### Erfaringer så langt

Jeg synes det har vært veldig spennende å begynne som respiratorkoordinatør. Jeg har blitt veldig godt kjent med alle mine pasienter, deres pårørende og ikke minst de ansatte i eksisterende respiratorteam. Ekstra artig har det vært å jobbe med simulering av akutte situasjoner relaterte til trakeostomi og hjemme-respirator. En av mine oppgaver er å følge opp eksisterende team. Ansatte i team har ofte behov for regelmessig trening med fokus på kommunikasjon. Etter gjennomgått fasilitatorkurs har jeg tatt i bruk simulering av akutte situasjoner som metode. Ved bruk av et skreddersydd scenario av for eksempel ufri-

villig dekanylering, slim propp eller sepsis trener team på både handlingsplan ved uventede hendelser og kommunikasjons verktøy som ISBAR og close loop. Selv om flere groer seg til simulering, synes de fleste at det var kjekt og nyttig og de ønsker mer trening.

De siste månedene har jeg fått mulighet til å følge opp en ny pasient med ventilasjonsstøtte via trakeostomi. Det å bygge tett samarbeid med kommunen har vært en av mine viktigste oppgaver. Jeg gleder meg veldig til å gjennomføre 2 fagdager. Den ene fagdagen består av kompetansebasert ferdighetstrening i praktiske prosedyrer som stell av trakeostomi, sug, deflatering av cuff, ventilering med bag mm. Jeg håper at overføringen av pasienten til hjemkommunen ikke blir preget av usikkerhet og manglende kompetanse hos personalet.

Det jeg synes er mest utfordrende i jobben som respiratorkoordinatør er å finne balanse mellom nasjonale retningslinjer og individuelle forskjeller mellom pasientene. Hvordan ivareta deres privatliv og integritet? Kan en pasient som har behov for ventilasjonsstøtte hele døgnet, men som fremdeles har bevart alle kroppsfunksjoner være uten kontinuerlig tilsyn av fagpersoner om natta, være i selskap med vennegjengen eller dra på hyttetur?

Det kan være veldig krevende å begynne å jobbe i nyopprettet funksjon. Det er derfor viktig å få full oversikt over arbeidsoppgaver og utfordringer og sortere og prioritere arbeidsoppgaver som haster. Det er viktig å bygge på eget nettverk og hente inspirasjon fra andre.

– Husk, du er ikke alene!

### Respiratorkoordinatør ved Stavanger universitetssjukehus har 3 funksjonsområder:

1. På sengepost: bygge kompetanse innen trakeostomi og MTU. Som mange andre avdelinger sliter også lungeavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus med stor *turn over*. Det er krevende å sørge for at ansatte på vår sengepost har nødvendig kompetanse for å kunne ivareta pasienter med hjemmerespirator til enhver tid.
2. Internt ved Stavanger universitetssjukehus: holde regelmessig undervisning om trakeostomi og hjemmerespirator for andre sengeposter i form av work shop. Jeg har også planer om å starte et forbedringsprosjekt som kan etter hvert rulleres ut på tvers av klinikker. Tett kontakt med avdeling for behandlingshjelpemidler (BHM) er en viktig del av min jobb. Etter pandemien sliter BHM med leveranse av nødvendige forbruksmateriell. I samarbeid med ingeniører, leger og sykepleiere kan pasientene trygt konverteres til et erstatningsprodukt.
3. Kommunen: fagdager for team med simulering av akutte situasjoner, oppfølging av pasienter og deres pårørende, oppstart av nytt team, nettverksmøter for teamledere.



# Helserelatert livskvalitet hos pasienter med langtids non invasiv mekanisk ventilasjon

**Anne Louise Kleiven**, lungesykepleier med master i sykepleievitenskap, Lungemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål, ANKLEI@ous-hf.no

**L**angtids mekanisk ventilasjon med maske (LT-NIV) er en effektiv og økende behandling for pasienter med kronisk respirasjonssvikt som følge av nevromuskulær sykdom, restriktive brystvegglidelser, adipositas hypoventilasjon, sentral hypoventilasjon og kronisk obstruktiv lungesykdom [1]. Målet med behandlingen er å redusere dødelighet og alvorlig sykdom, men også å øke eller opprettholde livskvaliteten [2]. For mange av disse pasientene finnes det ikke kurativ behandling. I tillegg kan maskebehandlingen oppleves som slitsom med tanke på lekkasje og sår over neseryggen [3]. Da blir trolig livskvalitet det viktigste målet for maskebehandlingen [4]. Selv om vi vet at LT-NIV fører til økt livskvalitet hos mange pasienter [3], mangler det fortsatt kunnskap om hvilke faktorer ved behandlingen som faktisk påvirker livskvaliteten. Det er få studier som har undersøkt sammenhengen mellom livskvalitet og fysiologiske parametere, som for eksempel vedvarende høy karbondioksid på dagtid



Anne Louise Kleiven

eller under søvn, korte eller lengre perioder med pustestopp og asynkrony mellom pasienten og pustemaskinen.

I vår studie ønsket vi derfor å 1) beskrive livskvaliteten i en gruppe av stabile LT-NIV pasienter og 2) å analysere sammenhengen mellom livskvalitet og vedvarende hypoksi og høyt karbondioksid og uønskede respiratoriske hendelser som pustestopp og asynkrony mellom pasient og pustemaskin.

#### Metode

Vi inkluderte 62 stabile LT-NIV pasienter som var innlagt en natt på Oslo universitetssykehus i løpet av 2013 og 2014

til å delta i denne prospektive tverrsnittstudien.

#### Datainnsamling

Livskvaliteten ble målt ved at alle pasientene svarte på spørreskjemaet Severe Respiratory Insufficiency Questionnaire (SRI). SRI består av 49 spørsmål om pasienten sine respiratoriske problemer, fysisk funksjon, søvn og tilstedeværelse, sosiale relasjoner, angst, psykologisk velvære og sosial funksjon. Poengene summeres deretter opp og livskvaliteten måles på en poengskala fra 0-100, hvor 100 er høyest mulig livskvalitet. Vi målte også grundig hvordan LT-NIV behandlingen påvirket nivået av oksygen og kar-

bondioksid. Til dette brukte vi arteriell blodgass tatt på dagtid, pulsoksymetre på natt og transcutan karbondioksidmålere. Pustestoppene og asynkroni ble målt ved hjelp av en polygrafiundersøkelse under søvn under pågående LT-NIV.

#### Dataanalyse

Vi utførte en rekke deskriptive analyser for å undersøke livskvaliteten til hele pasientpopulasjonen og om det var forskjeller basert på diagnoser, alder, kjønn og kroppsmasse indeks. For å undersøke sammenhengen mellom livskvalitet og de respiratoriske variablene brukte vi en statistisk bivariat test, kalt Pearson's r

## Invitation to training webinar Bronchial provocation tests of the lungs

The webinar is held on several different dates, and is open for technicians, nurses and physicians. There is no fee for participation. It is possible to join the course also after the event. The course will be held in Norwegian.

### Agenda for webinar

#### Provocation with methacholine PD<sub>20</sub>

- Measurement principles
- Protocol setup
- Practical procedure and common mistakes
- Cut-off values and interpretation

#### Provocation with mannitol

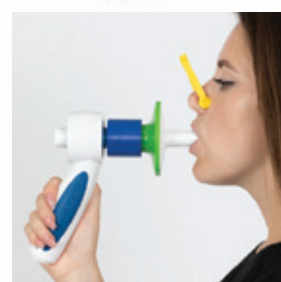
- Indication
- Practical procedure and common mistakes
- Interpretation of test results

The lecturer is Dr. Elisabeth Edvardsen, researcher in the Department of Physical Performance, Norwegian School of Sport Sciences (NIH) and Oslo University Hospital, Ullevål.



Please use the QR code for more information on dates and time, and make your registration.

webinar



og vi sammenlignet grupper med unormale respiratoriske verdier med de som hadde normale verdier gjennom en statistisk test kalt independent-sample t-test.

### Hovedfunn

Vårt hovedfunn var at pasientene hadde en livskvalitet tilsvarende det man ser i lignende studier med skår på den øvre delen av SRI-skalaen. Den høyeste skåren var i gruppen sosiale relasjoner, mens den laveste skåren var i fysisk funksjon, som også befant seg på den lave delen av skalaen. Det var ingen forskjell på livskvalitet basert på diagnoser, kjønn, alder eller kroppsmasseindeks. Det var en negativ sammenheng mellom nattlig hypoksi og undergruppene respiratoriske problemer og søvn og tilstedeværelse, som en mulig indikasjon på høyere symptombyrde i disse to gruppene. Pasienter som brukte pustemaskinen over den anbefalte verdien på 4 timer, hadde bedre skår på søvn og tilstedeværelse enn de som brukte maskinen mindre enn anbefalt.

Selv om det ikke var en sammenheng mellom de fysiologiske variablene og den totale oppsummerte skåren av livskvalitet, fant vi sammenhenger mellom lavere livskvalitet i undergruppene av SRI og hypoksi, høy karbondioksid, pustestopp og pasient-ventilator asynkrony. Vi fant en høyere grad av angst både i gruppen med høyt karbondioksid på dagtid og på natt og i gruppen med

alvorligere grad av pustestopp. I tillegg fant vi en sammenheng mellom asynkrony og lavere fysisk funksjon.

### Implikasjoner for praksis

Ved flere sykehus i Norge er lungesykepleiere involvert i etablering og oppfølging av LT-NIV, spesielt innen masketilpasning. Vår studie er en tverrsnittstudie og vi kan derfor ikke bekrefte årsaksammenhenger mellom økt forekomst av uønskede respiratoriske hendelser og lavere livskvalitet. Markussen [3] har i sin studie funnet en sammenheng mellom bivirkninger av maskebehandling og dårligere livskvalitet og oppfølging fra helsepersonell og bedre livskvalitet. Det kan derfor være nærliggende å tro at lungesykepleiere gjennom sin kompetanse og ferdigheter innen LT-NIV, kan bidra til å øke eller opprettholde pasientenes livskvalitet.

### Konklusjon

Vår konklusjon er at gruppen med LT-NIV har bevart en relativt god livskvalitet, men at sammenhengene vi fant indikerer at flere uønskede respiratoriske hendelser eller en alvorligere grad av respirasjonssvikt påvirker livskvaliteten negativt. Vi anbefaler videre større multisentre studier med prospektive intervensjonsstudier for å bekrefte den mulige sammenhengen mellom livskvalitet og vedvarende uønskede respiratoriske hendelser under behandling med LT-NIV.

### Referanser

1. Aarrestad S. Monitoring long-term nocturnal non-invasive ventilation for chronic hypercapnic respiratory failure: What are the basic tools? 2020. [dissertation on the Internet]. Oslo: University of Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/74185>
2. Aarrestad S, Fondenes O, Fritzon L. Nasjonal faglig retningslinje for langtids mekanisk ventilasjon (LTMV). 2012. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/luftveier/nasjonal-faglig-retningslinje-for-langtids-mekanisk-ventilasjon-ltmv>
3. Markussen H, Lehmann S, Nilsen RM, Natvig GK. Factors associated with change in health-related quality of life among individuals treated with long-term mechanical ventilation, a 6-year follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(3):651-65. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13472>
4. Windisch W. Impact of home mechanical ventilation on health-related quality of life. *European Respiratory Journal*. 2008;32(5):1328-36. Tilgjengelig fra: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/32/5/1328.full.pdf>

Dette er en forkortet versjon av artikkelen: Kleiven, A. L., Markussen, H. Ø., Skjønsberg, O. H., Janssens, J. P., & Aarrestad, S. (2022). Effect of respiratory events on health-related quality of life in patients treated with long-term noninvasive ventilation. *Respiration*, 101(12), 1099-1109. Dersom du ønsker å lese mer detaljert om metode og resultatene anbefales det å lese original artikkelen.



# Med kompetanse for det komplekse: Avanserte kliniske allmennsykepleie – et nytt bærekraftig tilskudd for ivaretagelse av pasienter med KOLS i kommunehelsetjenesten

**Anette Hestdal Loso**, spesialist i klinisk allmennsykepleie og høgskolelektor,, Lovisenberg diakonale høgskole, anette.hestdal.losol@ldh.no

**Marianne Kumlin**, spesialist i klinisk allmennsykepleie i Nord-Odal kommune og høgskolelektor, Lovisenberg diakonale høgskole, marianne.kumlin@ldh.no

**Elisabeth Østensen**, førsteamanuensis og programkoordinator for Masterutdanningen i Avansert klinisk allmennsykepleie, Lovisenberg diakonale høgskole, elisabeth.ostensen@ldh.no



Anette Hestdal Loso



Marianne Kumlin



Elisabeth Østensen

**F**or å styrke ivaretagelsen av pasienter med kroniske og sammensatte lidelser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kreves det økt kompetanse og tverrfaglig samarbeid. På grunn av deres unike breddekompetanse anses Avanserte kliniske allmennsykepleiere (AKS) som en viktig brikke for å oppnå ønsket kvalitet i tjenestene. I denne fagartikkelen belyser vi hva AKS er, og hvordan denne nye sykepleierollen kan være et bidrag inn i den tverrfaglige oppfølgingen av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

## Hva er AKS?

I norsk sammenheng har AKS kommet som et politisk tiltak for å imøtekomme det økende behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til personer med komplekse og sammensatte helseutfordringer, slik som pasienter med KOLS (Gagnat et al., 2022; Helsedirektoratet, 2022; Jakobsen et al., 2022). En AKS har utvidet kompetanse innen fire sentrale kjerneområder som beskrives i Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020):

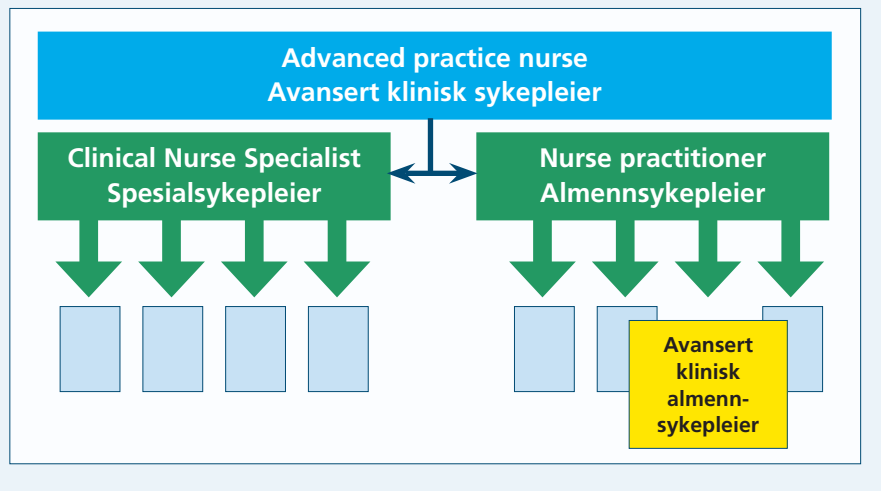
- Klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse
- Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning
- Faglig ledelse og koordinering
- Kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon

Vi ønsker med denne artikkelen å vise hvilken betydning AKS-kompetansen kan ha for ivaretagelse av kronisk lungesykke, og vi har tatt utgangspunkt i pasienter med KOLS.

## Fakta om AKS

AKS er utledet av den engelske tittelen Advanced practice nurse, og definert som en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper på ekspertnivå, har ferdigheter i kompleks beslutningstaking og klinisk kompetanse til en utvidet funksjon som utformes av konteksten og/eller autorisasjonskrav i det aktuelle land (ICN, 2020).

AKS betegnes som et «paraplybegrep» for flere undergrupper av kliniske utdanninger på masternivå. Undergruppene kan deles inn i to hovedgrupperinger; Clinical Nurse Specialist som er ulike spesialisykepleiere som jobber med definerte pasientgrupper, og Nurse Practitioner som har et allmennsykepleie-fokus og som jobber i primærhelsetjenesten, akuttavdelinger eller avdelinger for kronisk syke (ICN, 2020). Det er sistnevnte undergruppe betegnelsen avansert klinisk allmennsykepleie (forkortet som AKS) henviser til i denne artikkelen.



## Pasienter med KOLS i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Personer med KOLS kjennetegnes som kronikere med lang og kompleks sykehistorie med negativ utvikling over tid, og med ustabile helseutfordringer og derav nedsatt livskvalitet (Booth & Johnson, 2019). KOLS øker risikoen for hjerte-kar-sykdom, metabolsk syndrom og diabetes, lungekreft og infeksjoner (Gievær, 2020). I tillegg sliter pasientene ofte med vekttap, dårlig ernæringsstatus, muskelatrofi, anemi, osteoporose, søvnvansker, smerter, angst og depresjon (Gievær, 2020; Oksholm & Borge, 2021). Svekket livskvalitet henger også sammen med redusert sosialt liv, tap av funksjonsnivå og økende behov for bistand fra helsevesenet og nettverket (Booth &

Johanson, 2019; Oksholm & Borge, 2021). Oppfølgingen av denne pasientgruppen er derfor kompleks, og det er viktig å ha en helhetlig tilnærming hvor man tar pasientens totale livssituasjon med i betraktning, og jobber helsefremmende og forebyggende samtidig som man har fokus på tidlig identifisering av forverret helsetilstand (Oksholm & Borge, 2021).

Pasienter med KOLS blir på lik linje som mange andre pasientgrupper i økende grad fulgt opp og behandlet i primærhelsetjenesten (Skogen et al., 2017). Denne desentraliseringen har ført til mer spesialiserte og fragmenterte tjenester, noe som utsetter pasientene for flere overganger mellom ulike tjenester og tjenestenivåer. Både interne- og eksterne

overganger kan å true pasientsikkerheten (Fredwall et al., 2020). Derfor er det et behov for sømløse helsetjenester, tett klinisk oppfølging og rask handlingsberedskap for pasienter med langvarige lungesykdommer (Booth & Johnson, 2019). Kompleksiteten knyttet til pasienter med KOLS gjør de spesielt sårbare. Sårbarheten øker når helsetjenestene preges av mange ulike helseutøvere, liten tid til den enkelte pasient, lav pasient- og pårørendeinvolvering, uavklarte roller og ansvarsfordeling, manglende samhandling, utilstrekkelig kompetanse, stor arbeidsbelastning og utfordringer knyttet til struktur og lederstøtte (Sogstad & Bergland, 2021).

Under presenteres en pasienthistorie; et eksempel på en sårbar pasient med KOLS som følges opp av fastlege og hjemmesykepleien.

## Historien om Anne:

■ ■ Anne er 82 år, enke og bor hjemme. Anne er multisyk med diagnosene KOLS grad 3, hjertesvikt etter flere hjerteinfarkt, residiverende pneumonier, artrose i knær og hofter og lett kognitiv svikt. I tillegg har hun i mange år slitt med depresjon og angst knyttet til sin dårlige helse, noe som ble forverret etter at hun ble enke. Anne er ofte innlagt på sykehus med forverrelser av både hjertesvikt og KOLS, og gjentakende pneumonier.

I flere år ble Anne fulgt opp av lungepoliklinikken ved lokalsykehuset, men etter at hun hadde problemer med å holde avtaler ble dette tilbudet avvirket. Nå følges hun opp av kommunen med daglig tilsyn av hjemmesykepleien som bistår henne med legemiddelhåndtering i samarbeid med fastlegen. Det siste året har Anne hatt 6 innleggelses på sykehuset, noe som er en kraftig økning sammenlignet med tidligere år. Annes livskvalitet er betydelig redusert; hun er sliten av alle innleggelsene og hun er lei av å leve. Hennes pårørende er naturligvis svært bekymret, og er i stadig kontakt med hjemmesykepleien. ▶

Ettersom Anne vanligvis steller seg selv, lager seg mat og har ansvar for å ta sine faste inhalasjonsmedikamenter, har hun kun vedtak på hjemmesykepleie 5 min x 2 pr dag for å påse at hun tar tablettene fra multidosen og minne henne på inhalasjonsmedisinene. Det er mange forskjellige ansatte innom i løpet av en uke, og Anne erfarer at de har det travelt og ikke har tid til å høre hvordan hun har det. Anne ønsker å bo hjemme i sin lettstelte leilighet så lenge som mulig, men hun uttrykker at hun ikke lenger føler seg trygg. ■■

### Hvordan kan AKS bistå i en situasjon som i eksemplet med Anne?

I kommunen der Anne bor er det ansatt en AKS. Etter siste sykehusinnleggelse ber avdelingsleder AKS vurdere Annes helsesituasjon og tjenesten som gis. Ved å ta utgangspunkt i de fire overnevnte kompetanseområdene, vil vi belyse hvordan AKS kan bidra til å øke kvaliteten og kontinuiteten i oppfølgingen av Anne.

#### AKS har klinisk vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse

Det første en AKS gjør er å bruke tid på å skaffe seg et overblikk over situasjonen gjennom innhentning av pasientdata fra tidligere dokumentasjon. Ute hos pasienten, som i dette eksempelet er Anne, foretar AKS en systematisk anamnese hvor nøye symptomkartlegging inngår. Videre utføres en helhetsundersøkelse av pasientens fysiske og psykiske tilstand, og funksjonsnivå. I den omfattende kartleggingen av Anne innlemmes vurdering av ernæringen, legemiddelbehandlingen, fungering i dagliglivets aktiviteter, kognisjon, angst, depresjon og grad av skrøpeligheit. Til slutt foretar AKS en kritisk og helhetlig vurdering av

dataene, og skriver en sammenfattende rapport med forslag til tiltak for oppfølging som sendes til hjemmesykepleien og fastlege.

AKS har en avansert klinisk kompetanse som gjør de rustet til å ta et større ansvar for pasientbehandlingen (Hansen et al., 2020; Taylor, 2023), slik vi viser i eksempelet over. En økende andel multisyke pasienter kombinert med en generell legemangel taler for at man bør tenke nytt når det gjelder fordeling av oppgaver i helsetjenesten (Melby et al., 2022). I den forbindelse har man sett at AKS har kompetanse til å utføre oppgaver som går utover den tradisjonelle sykepleierollen, og på den måten avlaste legene spesielt relatert til oppfølging av kronisk syke i kommunen (Maier et al., 2017).

#### AKS skal ta faglig ledelse og koordinere helsehjelpen

Gjennom utdanningen får AKS grundig og bred kompetanse innen medisinske kunnskaper, ledelse og forståelse av pasientsituasjoner satt i en større helhet. Flere som har AKS-utdannelsen uttrykker at de har fått et nytt «blikk» på pasienter, pårørende og helsehjelpen de yter og at dette blikket får de til å se helheten pasienten befinner seg i (Hennie, 2020). Kompetansen bidrar til å treffe hensiktsmessige beslutninger på både individ- og gruppenivå, og AKS kan derfor ha en positiv innflytelse på pasientsikkerhet generelt (Helsedirektoratet, 2022), og forebygging av unødvendige sykehusinnleggelser spesielt (Mileski et al., 2020). I tillegg skal AKS ha et overblikk og kompetanse til å imøtekomme behovene for samarbeid og kommunikasjon innad i tjenesten og mellom helseaktørene i tilfeller hvor overflytting blir nødvendig (Hansen et al., 2020; Helsedirektoratet, 2022).

Overført til Annes tilfelle betyr denne kompetansen at AKS tar initiativ til et møte hvor Anne, hennes pårørende, primærkontakt og fastlegen deltar. Her diskuteres og besluttes tiltak som blant annet består av symptomkartlegging og kliniske observasjoner, monitorering av legemiddelbehandling, fysioterapibehandling i hjemmet og kartlegging av behov for hjelpemidler. Rapporten og tiltakene som er avtalt blir gjort kjent for de ansatte i hjemmesykepleien, og tiltakene blir beskrevet og satt i system. Rapporten blir lagt til grunn for økte og mer konkrete vedtak tilpasset Annes situasjon. Dersom Anne blir i behov av et høyere omsorgsnivå, som innleggelse på sykehus eller kommunal akutt døgnenhet, tar AKS initiativ til samhandling og koordinering i overføringene.

#### AKS skal sikre helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning

Kjerneelementet, og det som styrer en AKS, er møtene og innsiktene med pasienten og deres situasjon og opplevelse; altså en pasientsentrert omsorg hvor man vektlegger å fremme helse og livskvalitet (Fagerström, 2019; Jakobsen et al., 2022). Pasientsentrert omsorg er en pågående tverrfaglig prosess, og fremheves som nøkkelen til økt livskvalitet og klinisk stabilitet for en rekke pasientgrupper, deriblant alvorlig lungesyke (Booth & Johnson, 2019).

I eksempelet med Anne fokuserer AKS på det helsefremmende og sykdomsforebyggende ved å veilede Anne i inhalasjonsteknikker, informere om viktigheten av å ta inhalasjonen, og hvordan hun selv kan fange opp og håndtere endringer i sin helsetilstand. Anne og hennes pårørende får også veiledning og informasjon om viktigheten av å ha et variert og riktig kosthold, samt det å være fysisk aktiv. Ettersom Anne har uttrykt at hun



føler seg ensom og isolert, veileder og motiverer AKS henne til å gjenoppta sosialt nettverk og å komme seg ut av leiligheten, for eksempel ved å søke om plass på dagsenter.

### **AKS skal være pådriver i kunnskapsbasert fagutvikling, tjenesteforbedring og innovasjon**

I politiske dokumenter vektlegges det at AKS kan bidra til å imøtekomme behovet for økt kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020; Helsedirektoratet, 2022; NOU 2023: 4). Å satse på AKS kan i seg selv være et kompetansebyggende tiltak i kraft av den utvidede kliniske kompetansen de har og deres evne til å jobbe kunnskapsbasert (Hansen et al., 2020; Jakobsen et al., 2022). Videre vil AKS sørge for en spredning av kunnskaper og ferdigheter gjennom målrettet opplæring og veiledning av kollegaer for å kunne imøtekomme de økte behovene som utspiller seg i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2020).

I hjemmesykepleien som følger opp Anne avdekker AKS behov for opplæring og veiledning av de ansatte knyttet til klinisk vurdering og oppfølging av hjerte- og lungesyke pasienter. AKS tar derfor initiativ til opplæring og veiledning med fokus på hvordan man undersøker pasienten gjennom ABCDE-systematikk; hvilke spørsmål som er viktig å stille pasienten, hvilke observasjoner som kan avdekke endringer, samt hvordan man vurderer og håndterer disse endringene. AKS får også gjennom

avdelingsleder mandat til å organisere refleksjonsgrupper som tar utgangspunkt i ustabile, uavklarte og ressurskrevende pasienter hvor man reflektere og diskuterer over tiltak og helsegevinster. I kommunen til Anne er det et prosjekt om digital hjemmeoppfølging hvor AKS er involvert. I takt med at Annes situasjon stabiliseres, blir vurderingsbesøkene av sykepleier overført til digital hjemmeoppfølging. AKS overvåker tjenestene rundt Anne, og kobles på dersom behovene endres.

### **Oppsummering**

Vi har i denne fagartikkelen beskrevet hva AKS er i en norsk kontekst, og gitt eksempel på hvordan rollen kan benyttes og hva denne kompetansen kan bidra med inn mot oppfølging av pasienter med KOLS i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Historien om Anne er ikke unik, og den oppfølgingen vi beskriver i eksempelet kan overføres til mange andre pasientgrupper. Overskrifter i nyhetsbildet de siste årene kan indikere at mange pasienter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke opplever å få adekvat hjelp, og at tjenestene synes fragmentert. At kommunene satser på AKS og tilrettelegger for å utnytte deres kompetanser vil ikke alene løse utfordringene knyttet til de komplekse pasientene med KOLS, men AKS kan være et bærekraftig tilskudd til det tverrfaglige teamet som denne pasientgruppen trenger.

## **Valg til NSF FLU styret 2023**

Styret i NSF FLU består av leder, nestleder, 3 styremedlemmer og 2 varamedlemmer. 3 styremedlemmer/varemedlem står på valg i 2023, valgperioden er på 4 år. Valget avholdes på NSF FLU sin generalforsamling som skal være den 02.11.23 i forbindelse med NSF FLU Landskonferansen på Hamar.

### **Ønsker du å stille til valg eller har du forslag til kandidater?**

For spørsmål eller innmelding av kandidater, kontakt medlemmer av nominasjonskomiteen:

Margrete Klemmetsby: [margrete.klemmetsby@gmail.com](mailto:margrete.klemmetsby@gmail.com)

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

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

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

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



*På vegne av nominasjonskomiteén  
Margrete Klemmetsby, leder*



**NSFs FAGGRUPPE AV  
LUNGESYKEPLEIERE**

## **Program NSF FLU Landskonferanse på Hamar 2. og 3. november, 2023**

### **TORS DAG 2. NOVEMBER**

- 09:00 – 09:30** Åpning og velkommen v/leder NSF FLU Innlandet og leder NSF Innlandet
- 09:30 – 10:00** SMILE – hjemmemonitorering av Kols pasienter, Sverre Bergh, Forskningsleder, SIHF
- 10:00 – 10:30** NIV til pasienter med kols i palliativ fase, Simen Alexander Steindal, professor, sykepleier, Lovisenberg diakonale høgskole
- 10:30 – 11:00** **Pause med besøk i utstilling**
- 11:00 – 11:30** LTMV koordinator Eva Beate Espeland, Intensivsykepleier SIHF Gjøvik
- 11:30 – 12:00** EILO – Astrid Sandes, Kst. overlege SIHF Gjøvik
- 12:00 – 13:00** **Lunsj med besøk i utstillingen**

### **PARALELLESJONER**

- 13:00 – 13:30** I. Helsekompetanse hos pasienter med Kols, Christine R. Borge, PhD, sykepleier Lovisenberg diakonale sykehus
- 13:30 – 14:00** Barn som pårørende, Aina Sørum, kreftsykepleier SIHF Hamar
- 13:00 – 13:30** II. Faglige innlegg
- 13:30 – 14:00** Faglige innlegg
- 14:00 – 14:30** **Pause med besøk i utstillingen**
- 14:30 – 15:15** En lungetransplantert pasient sin historie
- 15:30 – 17:00** Generalforsamling
- 19:30** Middag

### **FREDAG 3. NOVEMBER**

- 09:00 – 09:15** Velkommen
- 09:00 – 09:15** Kompetansebroen, Torill Brekken og Brita C. Aaslie-Fjell
- 09:15 – 09:30** E-læring behandlingshjelpemidler, Magne Rønningen Nordhus, Sykehuset Innlandet
- 09:30 – 10:00** Idiopatisk lungefibrose (IPF), Helene De Luca, seksjonsoverlege SIHF Elverum
- 10:30 – 11:00** **Pause med besøk i utstilling**
- 11:00 – 11:30** Presentasjon ved utstillere
- 11:30 – 12:00** Presentasjon ved utstillere
- 12:00 – 13:00** **Lunsj**
- 13:00 – 13:30** NSF Sentralt fagforum, Ine Myren, sykepleier, koordinator, Norsk Sykepleierforbund
- 13:30 – 14:00** Lungkreft – overlevelse/utvikling i behandling, Magnus Sætereng, overlege, SIHF Elverum
- 14:00 – 14:15** **Pause med besøk i utstilling**
- 14:15 – 15:15** Pust, Audun Myskja, lege/forfatter, Senter for Livshjelp
- 15:15 – 15:30** Avslutning og premieutdeling



## Make a Lung-Term impact. Save Lives.

#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)



# Døve pasienter i helsetjenesten

*«Se for deg at du reiser til India. Du blir lagt inn på sykehus. Alle snakker indisk, ingen snakker engelsk og alt går over hodet på deg. Det er den følelsen! Det er den følelsen jeg får!»* Slik beskrev personer som er døve hvordan det oppleves å ha kontakt med helsetjenesten som døv.

**Torunn Mittet**, fagutviklingssykepleier, ØNH Sengepost, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, torunn.mittet@gmail.com



**D**enne fagartikkelen er basert på min masteroppgave: Mittet, T., Debesay, J. (2022). Med høreapparatet på stilk – døve personers opplevelser i møte med helsetjenesten. Sykepleien forskning 2022;17 (89649).

## Tegnspråk

I Norge er det ca 4-5000 personer som betegnes som døve og har norsk tegnspråk som primærspråk. Det er ikke nødvendigvis grad av hørselstap som avgjør om tegnspråk er primærspråket, men også hørselsfunksjon og identitet som hørselshemmet (Norges Døveforbund, u.å.). Tegnspråk er et visuelt språk med en annen grammatikk enn talespråk og alle land har sitt eget tegnspråk (Statped, u.å.). Språkløven (2021) slår fast at norsk tegnspråk er likeverdig med norsk talespråk og flere lover gir døve

rett til tilpasset kommunikasjon ved kontakt med helsetjenesten (Pasientloven, 1999, Helsepersonelloven, 1999). Forskning tyder imidlertid på at døve møter ulike hindringer ved kontakt med helsetjenesten (Sheppard, 2014, Løkken, 2014).

*«Det går jo på automatikk at alle hører og kommuniserer gjennom ørene. Men jeg hører med øyene ...»*

## Tolketjenesten

Tolketjenesten i Norge er organisert under NAV hjelpemiddelsentral og døve får dekket tegnspråktolk til dagligliv, arbeidsliv, skole, offentlige tjenester, sykdom, osv (NAV u.å.). Fysisk tegnspråktolk er i hovedsak tilgjengelig mellom

kl 08.00-16.00, utenom spesielle avtaler. Skjermtolk (en tjeneste der døve ringer inn til en tegnspråktolk via app på mobil/nettbrett, kan brukes til telefonsamtaler, digitale møter eller som alternativ til oppmøtetolk) er tilgjengelig mellom kl 08.00–20.00. Ved akutte behov kan akuttvakt kontaktes hele døgnet, både av døve og av andre som ønsker å få kontakt med døve. I tillegg kan døve registrere seg på [www.nodsms.no](http://www.nodsms.no) slik at kontakt med nødstatene kan foregå via SMS i stedet for via telefon (denne tjenesten er tilgjengelig for alle som er døve, hørselshemmet eller talehemmet) (Nodsms u.å.).

## Resultater fra masteroppgaven

Dette var utgangspunktet for masteroppgaven «Med høreapparatet på stilk – døve personers opplevelser i møte med

helsetjenesten» der ti personer med sterkt redusert hørsel og tegnspråk som primærspråk ble intervjuet om deres opplevelser i møte med helsetjenesten i Norge.

Hovedfunnene fra studien var at døve har behov for individuelt tilpasset kommunikasjon ved kontakt med helsetjenesten, døve opplever at helsepersonell har for lite kunnskap om døve og kommunikasjon med døve og holdningen helsepersonell har i møte med døve er av betydning (Mittet og Debesay, 2022).

Individuelt tilpasset kommunikasjon handler om at døve er forskjellige og har behov for ulik grad av tilpasning. For en person som kommuniserer via tegnspråk er det viktig å få informasjon vedrørende sin helse på tegnspråk, via tegnspråktolk. En person som nylig har blitt döv har ofte ikke lært seg tegnspråk, og har behov for all informasjon skriftlig,



via skrivefolk. Noen døve opplever at skriftlig informasjon er vanskelig å forstå, siden tegnspråk har en annen grammatikk og oppbygging enn norsk skriftspråk. Disse pasientene kan ha behov for å få skriftlig informasjon gjennomgått av tegnspråktolk. En person som er döv og blind har kanskje behov for taktiltolk der tegnspråk avleses med hendene.

Flere av deltakerne i studien uttrykte frustrasjon over at en del av kontakten med helsetjenesten krever en telefonsamtale, noe som gjør tilgjengeligheten begrenset for døve. Flere hadde også opplevd å ikke få tak i tolk på kveld og natt (Mittet, 2022).

**«Vi er jo fortsatt døve etter klokken 16, vi slutter ikke å være døve på ettermiddagen»,**

sa en av deltakerne og henviste her til tolketilbudet. ►



Flere av deltakerne fortalte om utfordringer i møte med helsepersonell som ikke er kjent med døves behov som for eksempel usikkerhet rundt hvordan man kommuniserer med døve, hvordan bestille tolk og hvordan opptre i en tolkesamtale. Deltakerne ønsket at helsepersonell fikk mer opplæring og undervisning om døve og kommunikasjon med døve (Mittet, 2022).

I intervjuene fortalte deltakerne at måten de ble møtt på av helsepersonell hadde stor betydning for deres opplevelse av situasjonen. Noen var løsningsorienterte, nysgjerrige, leste seg opp og kom med kreative løsninger, og det gjorde det til et godt møte. Andre ble nervøse, forsvant og kom ikke tilbake, begynte å snakke engelsk, ønsket ikke å skrive for å kommunisere eller antok hva den døve pasienten hadde behov for uten å spørre vedkommende. Flere fortalte om situasjoner der de hadde gitt uttrykk for behov for tegnspråktolk uten at dette ble bestilt, noe som førte til utrygghet og vonde opplevelser (Mittet, 2022).

## Tips til helsepersonell som møter døve pasienter

- Finn ut av hva som skal til for at kommunikasjonen skal fungere tilfredsstillende for den enkelte pasient.
- Ta hensyn til pasientens ønsker og behov, for eksempel om det er viktig å ha tegnspråktolk fysisk tilstede under hele sykehusoppholdet eller om det bare er nødvendig i spesielle situasjoner.
- Husk at pasienten skal ha samme informasjon som du gir til hørende pasienter.
- Tilby å bestille tolk (det finnes ofte egen prosedyre ved helseforetaket, eller gå inn på «bestille tolk» under tolketjenesten på nav sine hjemmesider).
- Dersom tolk ikke er tilgjengelig, vær løsningsorientert og gjør så godt du kan. Skriv på papir, bruk kroppen, vis bilder, snakk tydelig, ha ansiktet vendt mot pasienten.
- Vær spesielt oppmerksom på at smittevernutstyr gjør det umulig å lese av ansikt/munn, vurder om munnbind kan tas av på avstand eller bestill tegnspråktolk/skjermtolk.
- Lær gjerne noen tegn. Norsk tegnbok finnes både på nett og som app. Gå inn på <https://www.minetegn.no/Tegnordbok-2016/>, der kan du søke opp ord og få se hvordan tegnet utføres på video.

(Mittet & Debesay, 2022 og Mittet, 2022)

## Oppsummering

Døve har behov for individuelt tilpasset kommunikasjon ved kontakt med helse-tjenesten, døve opplever at helsepersonell har for lite kunnskap om døve og kommunikasjon med døve og holdningen helsepersonell har i møte med døve er av betydning. Tips til helsepersonell som møter døve pasienter er beskrevet i tekstboksen over.

## Referanser

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 12.04.23).

Løkken, M. (2014). Døve og sterkt tunghørte pasienter i somatiske sykehus: likeverdige offentlige helsetjenester? [masteroppgave]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for sosialt arbeid.

Mittet, T., Debesay, J. (2022). Med høreapparatet på stilk – døve personers opplevelser i møte med helsetjenesten. *Sykepleien forskning* 2022;17 (89649). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89649>

Mittet, T. (2022). «Med høreapparatet på stilk»: Hvordan opplever personer med sterkt nedsatt hørsel/døvhets å bli møtt av helsetjenesten? [Masteroppgave]. OsloMet.

NAV. Bestille tolk. Hentet fra [https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/tolketjenesten/bestille-tolk\\_kap](https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/tolketjenesten/bestille-tolk_kap) (nedlastet 07.04.23)

Norges Døveforbund. Tegnspråk. Hentet fra: <https://www.doveforbundet.no/tegnsprak/hva> (nedlastet 30.03.23)

NødSMS. Hentet fra: <https://www.nodsms.no> (nedlastet 07.04.23)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 12.04.23)

Språkløven (2021). Lov om språk (LOV-2021-05-21-42).

Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-05-21-42> (nedlastet 07.04.23).

Statped. Hentet fra <https://www.statped.no/horsel/tegnsprak/lar--tegn-sprak/for-du-begynner--litt-om-tegnsprak/> (nedlastet 07.04.23)

Sheppard, K. (2014). Deaf adults and health care: giving voice to their stories. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014;26(9):504–10. DOI: 10.1002/2327-6924.12087



# BEHANDLE COVID-19 HJEMMEFRA

▼ PAXLOVID®

**Behandlingen (2 ganger daglig i 5 dager) bør starte umiddelbart etter en positiv covid-19 test og ≤ 5 dager etter symptomdebut<sup>1</sup>**



Relativ risikoreduksjon for sykehusinnleggelse eller død vs. placebo i EPIC-HR studien<sup>2\*</sup>

**Referanser: 1.** PAXLOVID SPC **2.** Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with covid-19. *N Engl J Med.* 2022;386(15):1397-1408.

\*Hos pasienter som fikk behandling innen 5 dager etter symptomdebut, og som ikke fikk behandling med monoklonalt antistoff ved baseline, ble den absolutte risikoen for sykehusinnleggelse eller død redusert fra 6.4% til 0.78%, dvs med 5.62 prosentpoeng (95 % KI = -7.21, -4.03),  $p < 0.001$ .

Indikasjon: PAXLOVID® er godkjent for behandling av covid-19 hos voksne som ikke har behov for supplerende oksygenbehandling, og som har økt risiko for å utvikle alvorlig covid-19 sykdom.<sup>1</sup>

Les mer om hvilke risikogrupper som anbefales Paxlovid® ved å skanne QR-koden.



▼ Paxlovid relevant sikkerhetsinformasjon:

Anbefalt dose er 300 mg nirmatrelvir (2 rosa tabletter) og 100 mg ritonavir (1 hvit tablett), som alle tas samtidig hver 12. time i 5 dager. Fullføring av 5-dagerskuren anbefales selv om pasienten må innlegges på sykehus pga. alvorlig/kritisk covid-19. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (eGFR  $\geq 30$ - $< 60$  ml/minutt), skal dosen nirmatrelvir reduseres til 150 mg (1 rosa tablett) hver 12. time i 5 dager. Både nirmatrelvir og ritonavir er CYP3A-substrater. Samtidig behandling med andre legemidler som metaboliseres via, hemmer eller inducerer CYP3A4 kan føre til interaksjoner som potensielt kan gi alvorlige, livstruende eller fatale hendelser. **Det må derfor gjøres en fullstendig gjennomgang av pasientens legemidler, inkludert reseptfrie legemidler og kosttilskudd, og et interaksjonssøk før behandling med Paxlovid igangsettes.** Pasienter bør overvåkes for bivirkninger forbundet med de samtidig administrerte legemidlene. Paxlovid er kontraindisert ved alvorlig nedsatt leverfunksjon og ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (eGFR  $< 30$  ml/minutt). Tifeller av toksisk epidermal nekrolyse og Stevens-Johnsons syndrom har blitt rapportert. Paxlovid tabletter skal kun forskrives på blå resept (blåreseptforskriften §4) til pasienter med bekreftet smitte av SARS-CoV-2, som har høyest risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Følg faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet. Pris kr 0,-. Pakningsstørrelse 20 stk. + 10 stk. (blister). Reseptgruppe: C.

Se preparatomtale (SPC) for fullstendig informasjon.



▼ Paxlovid®  
(nirmatrelvir 150 mg tabletter | ritonavir 100 mg tabletter)

# Overflytting av pasienter

**Trine Oksholm**, *førstemanuensis og klinisk spesialist i sykepleie*,  
VID Vitenskapelige høgskole,  
trine.oksholm@vid.no

**Sidsel Ellingsen**, *førstemanuensis og anestesisykepleier*,  
VID Vitenskapelige høgskole,  
sidsel.ellingsen@vid.no

**K**ortere sykehusopphold har økt overflytting av pasienter som trenger ytterligere helsetjenester mellom ulike steder som sykehus, sykehjem eller hjemmet. Overflytningen utgjør en risiko for pasienten med fare for feilmedisinering og manglende oppfølging. Studier viser at pasienter ikke er forberedt på hva de skal gjøre etter overflytning, og mangler kunnskap om hvordan de skal mestre sykdommen og hvilket helsepersonell de skal kontakte for å få hjelp (Bucknall et al., 2020; Flink & Ekstedt, 2017; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005; Ellingsen, Roxberg, Kristoffersen, Rosland, & Alvsvåg, 2013, 2015; Kyte et al., 2019;).

For å bedre kvaliteten på overflytningen er det prøvd ut ulike intervensjoner. En intervensjon er handling som består av ett eller flere tiltak. For å få mer kunnskap om hvilke intervensjoner som er utprøvd og virkning av disse, gjorde vi en systematisk litteraturgjennomgang. Målet var å beskrive og evaluere effektiviteten av intervensjoner for å ivareta pasientsikkerhet og pasienttilfredshet ved overflytning fra sykehus til hjemmet.



Sidsel Ellingsen og Trine Oksholm

Pasientsikkerhet er aktiviteter som reduserer forekomsten av skader og feil og reduserer virkningen av skade når den oppstår» (WHO, 2021). Pasienttilfredshet sier noe om hvor godt pasientene opplever å bli ivaretatt ved overflytning og utskrivning.

## Metode

Denne studien er en systematisk litteraturgjennomgang hvor det ble utført et systematisk litteratursøk i syv databaser. Det ble funnet 10524 forskningsartikler i litteratursøket. To og to forskere leste igjennom og vurderte artiklenes relevans. Til slutt ble tjueseks artikler inkludert med totalt 5596 pasienter, antall pasienter i de inkluderte studiene varierte fra 536 til 28. De fleste pasientene hadde alvorlige sykdommer, som slag,

hjertesykdom, KOLS og nyretransplantasjon. Pasienter fra 13 ulike nasjonaliteter ble inkludert i studiene. Alle studier ble godkjent av en etisk komité eller tilsvarende. Artiklene ble kvalitetsvurdert og data analysert. Fokuset i analysen var på intervensjoner som hadde best innvirkning på pasienttilfredshet og sikkerhet ved overflytning.

## Resultater

Intervensjonene som ble brukt i studiene ble delt inn i tre hovedgrupper:

1. Systematisk pasientopplæring før utskrivning, enten strukturert utskrivningsprogram, skreddersydd pasientinformasjon eller skriftlig materiell.

2. Etablering av kontakt med det lokale helsevesenet før utskrivning, som fastlege og /eller hjemmesykepleie.
3. Oppfølging hjemme etter utskrivning av sykepleiere fra sykehuset, gjennom hjemmebesøk, telefonsamtaler eller mobilapplikasjoner.

Studiene brukte enten én intervensjon eller kombinerte to eller tre intervensjoner, som vist i tabell 1.

### **Oppfølging hjemme etter utskrivning av sykepleiere fra sykehus**

I åtte studier ble pasientene fulgt opp av sykepleiere fra sykehuset etter hjemkomst. I fem av de åtte studiene ble pasientene oppringt av sykepleierne. Hvor lenge etter utskrivning pasienten fikk telefonoppfølgingen varierte fra 72 timer til tre måneder og antall telefonsamtaler varierte mellom 1 og 14. Intervensjonen økte ikke pasientsikkerheten, men i to studier økte pasientenes tilfredshet (Braun et al., 2009; Sawatzky et al., 2013).

To studier kombinerte hjemmebesøk med telefonsamtaler (Boter, 2004; Enguidanos et al., 2012). I studien til Enguidanos et al. (2012) gjorde sykepleiere hjemmebesøk og hadde telefonsamtaler med sårbare eldre i inntil seks måneder. Sykepleierne vurderte pasientens behov og identifiserte ressurser. Dette førte til økt pasienttilfredshet og redusert bruk av helsetjenester. I den andre studien (Boter, 2004) ble slagpasienter fulgt opp med tre telefonsamtaler og to hjemmebesøk. Denne studien fant ingen innvirkning på pasientsikkerhet eller tilfredshet.

Den siste studien undersøkte effekten av et hjemmebesøksprogram til pasienter som hadde gjennomgått total kne-

protese, pasienter som fikk hjemmebesøk var mer tilfreds med behandlingen enn de som ikke fikk dette (Sindhupakorn et al., 2019).

### **Systematisk pasientopplæring før utskrivning kombinert med oppfølging hjemme etter utskrivning av sykepleiere fra sykehus**

Ni studier kombinerte systematisk pasientopplæring før utskrivning med oppfølging hjemme etter utskrivning fra sykepleiere fra sykehuset. I disse studiene var hovedfokuset på oppfølgings tiltakene etter utskrivning, da det ble gitt begrenset informasjon om opplæringen som fant sted før utskrivning.

I fire studier var oppfølgingen hjemme én telefonsamtale én til tre dager etter utskrivning. To av disse studiene rapporterte ingen innvirkning på pasienttilfredshet eller sikkerhet. To studier viste økt pasienttilfredshet, men hadde ingen innvirkning på pasientsikkerhet (Forster et al., 2005; Soong et al., 2014).

I fire av studiene fortsatte oppfølgingen hjemme fire til 24 uker, enten med hjemmebesøk eller telefonsamtale (Wong & Yeung, 2015; Naylor et al., 1999; Li et al., 2014; Hu et al., 2020). Forlenget oppfølging medførte økt pasienttilfredshet og økt pasientsikkerhet.

I den siste av de ni studiene ble pasientoppfølging utført med en mobilapplikasjon (Keng et al., 2020). Pasienter ble oppfordret til å utføre en «Daglig helse sjekk» for å rapportere om deres postoperative tilstand. Etterpå fikk pasientene tilpassede anbefalinger. 92 prosent av pasientene som prøvde ut applikasjonen var tilfreds med den.

### **Kombinasjon av intervensjoner fra alle grupper**

Fem studier kombinerte systematisk pasientopplæring, etablering av kontakt med det lokale helsetjenester før utskrivning og oppfølgings tiltak av sykepleiere fra sykehuset etter utskrivning. I den første studien (Englander et al., 2014) ble telefonsamtaler og/eller hjemmebesøk etter utskrivning igangsatt for høyrisikopasienter i 30 dager. Intervensjonen økte pasienttilfredsheten og reduserte dødeligheten, men reduserte ikke reinnleggelsesraten.

I den andre studien (Knier et al., 2015) ble det iverksatt omfattende forberedelser for utskrivning og planlegging av lege og poliklinisk behandling før utskrivning. I tillegg ringte sykepleiere pasienter 1-2 dager og 14 dager etter utskrivning. Pasientene var tilfreds, men pasientsikkerhet ble ikke målt. Den tredje studien (Zhao & Wong, 2009) brukte strukturerte hjemmebesøk og telefonoppfølging i fire uker etter utskrivning. Intervensjonen reduserte bruken av helsetjenester, men påvirket ikke reinnleggelsesrate eller pasienttilfredshet. De to siste studiene som kombinerte ulike intervensjoner, viste ingen forskjell i pasientenes tilfredshet eller sikkerhet.

### **Andre kombinasjoner av intervensjoner**

I tre studier ble det brukt en kombinasjon av systematisk pasientopplæring og etablering av kontakt med lokale helsetjenester før utskrivning, og i en studie kun systematisk opplæring før hjemreise. Studien som undersøkte effekten av et tre-dagers systematisk utdanningsprogram før utskrivning (Cajanding, 2017) viste økte pasienttilfredsheten og redusert reinnleggelsesrate. Fletcher et al. (2019) utviklet et pasientpass, som ►



oppsummerte nøkkeldetaljene for hver pasient og pasientene sa de var svært fornøyde med intervensjonen. I en annen studie (McInnes et al., 1999), ble fastlegen invitert til et besøk før utskrivning fra sykehus for å motta informasjon og forberede pasientutskrivning. Pasientene var fornøyde med intervensjonen med det hadde imidlertid ingen innvirkning på reinnleggelsesraten. Den siste studien viste ingen forskjell i pasientenes tilfredshet eller sikkerhet.

### Diskusjon

Målet med litteraturstudien var å beskrive og evaluere effekten av intervensjoner for å forbedre kvaliteten på omsorgen til pasienter som ble overflyttet fra sykehus til hjem.

### Usikker effekt av intervensjonene

Bare fire av intervensjonene økte både pasientsikkerhet og tilfredshet (Cajanding, 2017; Englander et al., 2014; Enguidanos et al., 2012; Hu et al., 2020). Syv av de tjueseks intervensjonene økte pasientsikkerheten, og det vil si at intervensjonene gav enten redusert antall reinnleggelser, bruk av helsetjenester eller dødelighet. Lignende resultat ble funnet i annen systematisk oversikt, som vurderte virkningen på pasientens sikkerhet av at sykepleiere ringer pasientene hjemme (Woods et al., 2019). Årsaken til liten målbar effekt kan være at effekten ble målt kort tid etter intervensjonene ble utført (for eksempel en måned).

Den positive effekten av intervensjonene på tilfredshet var tydeligere, og 13 av de 26 studiene økte pasienttilfredsheten. Det var imidlertid vanskelig å vurdere hvilke intervensjoner som var mest effektiv da det ble brukt 18 ulike spørreskjema for måling av pasienttilfredshet. Videre fant vi at intervensjoner som var

ganske like og med samme varighet, målte ulike effekter på pasientens tilfredshet og sikkerhet. Dette gjorde det vanskelig å finne hvilke intervensjoner som ga best pasienttilfredshet og sikkerhet.

### Årsaken til den usikre effekten av intervensjoner

Det kan være flere årsaker til at intervensjonene viser en begrenset innvirkning på pasientenes sikkerhet og tilfredshet. Ulike effekter av tilsynelatende like intervensjoner kan skyldes flere forhold som at ingen av studiene kontrollerte for forskjeller i hvilke støtte pasientene fikk fra uformelle omsorgspersoner som familie, venner og hjemmetjenesten (Meleis et

al., 2010). Forskjeller i pasientenes helsetilstand, livssituasjon, omgivelser, støtte fra pårørende og helsekompetanse kan påvirke effekten av en intervensjon.

En annen årsak bak den begrensede effekten av intervensjonene kan være at standardoppfølging ved overflytning ikke er beskrevet. Hvis standardoppfølging og intervensjon er for lik, kan det føre til at det ikke blir målt en effekt (Crow et al., 2002). I tillegg var ikke intervensjonene tilpasset pasientens sykdom, helsetilstand og livssituasjon. Overflytting er en kompleks prosess, og det å tilby samme intervensjon til ulike pasienter med ulike behov kan gi ulik effekt. Intervensjoner bør tilpasset

TABELL OVER INTERVENSJONER

Detaljer om intervensjon (antall studier)	1.Systematisk pasientopplæring før utskrivning	2.Etablering av kontakt med det lokale helsevesenet før utskrivning	3.Oppfølging hjemme etter utskrivning av sykepleiere fra sykehuset
Telefon oppfølging hjemme (5 studier)			X
Hjemmebesøk og telefonkontakt (2 studier)			X
Hjemmebesøk (1 studier)			X
Systematisk pasientopplæring og én telefonsamtale (4 studier)	X		X
Systematisk pasientopplæring og flere telefonsamtaler (4 studier)	X		X
Systematisk pasientopplæring og mobil app (1 studie)	X		X
Kombinasjon av intervensjoner fra alle grupper (5 studier)	X	X	X
Systematisk pasientopplæring og etablering av kontakt med det lokale helsevesen (3 studier)	X	X	
Systematisk pasientopplæring før utskrivning (1 studie)	X		

pasientens behov, det sparer ressurser og får pasientene til å føle seg ivaretatt.

### Implikasjoner for praksis

- Pasienter innlagt på sykehus må forberedes på hjemreise.
- Systematisk opplæring før hjemreise kan øke pasientsikkerhet og tilfredshet.
- Oppfølging etter utskriving i hjemmet, enten av sykepleiere fra sykehuset eller av det lokale helsevesenet, kan både forbedre pasientsikkerhet og tilfredshet.

### Konklusjon

Det er et stort behov for å sørge for en sikker og tilfredsstillende overgang ved utskriving til hjem for pasienter med fortsatt behov for oppfølging. Intervensjoner som oppfølging av sykepleiere fra

sykehuset, systematisk pasientopplæring før hjemreise og etablering av kontakt med det lokale helsevesenet før utskriving kan forbedre pasientsikkerhet og tilfredshet ved utskriving. Imidlertid viste få av intervensjoner målbar effekt på pasientsikkerhet. Intervensjoner som øker pasientsikkerhet er ikke sammen-

fallende med økt pasienttilfredshet, og det er derfor viktig å måle begge deler for å sikre høy kvalitet på pasientoverføring til hjem. For å sammenligne virkningen av intervensjoner i nye studier er det viktig å bruke standardiserte spørreskjema for pasienttilfredshet. ►

Dette er en norsk kortversjon av en artikkel som vi skrev sammen med syv kolleger: Mirjam Tonheim Augestad, Irene Hunskår, Anne Kari Hersvik Aarstad, Karen Rosnes Gissum, Sigrun Drageset, Kristin Kyte og Kari Stensletten. Dersom du ønsker å lese mer detaljert om metode og om de ulike intervensjonene så anbefales det å lese hele artikkelen som du finner her: Oksholm, T., Gissum, K. R., Hunskår, I., Augestad, M. T., Kyte, K., Stensletten, K., Drageset, S., Aarstad, A. K. H., & Ellingsen, S. (2023). The effect of transitions intervention to ensure patient safety and satisfaction when transferred from hospital to home health care—A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–21. <https://doi.org/10.1111/jan.15579>



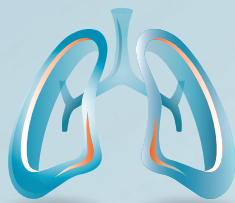
## NSF FLU Landskonferanse Hamar 2023



## Referanser

- Boter, H. (2004). Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients. *Stroke*, 35(12), 2867-2872. doi:10.1016/j.ejim.2008.07.021
- Braun, E., Baidusi, A., Alroy, G., & Azzam, Z. S. (2009). Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine*, 20(2), 221-225. doi:10.1016/j.ejim.2008.07.021
- Bucknall, T. K., Hutchinson, A. M., Botti, M., McTier, L., Rawson, H., Hitch, D., . . . McMurray, A. (2020). Engaging patients and families in communication across transitions of care: An integrative review. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1104-1117. doi:10.1016/j.pec.2020.01.017
- Cajanding, R. J. (2017). Effects of a structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among Filipino cardiac patients: a randomized controlled study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), 67-77. doi:10.1097/JCN.0000000000000303
- Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(2), 1-244. doi:10.3310/hta6320
- Ellingsen, S., Roxberg, Å., Kristoffersen, K., Rosland, J. H., & Alvsvåg, H. (2013). Entering a world with no future: A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 165-174. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01019.x
- Englander, H., Michaels, L., Chan, B., & Kansagara, D. (2014). The care transitions innovation (C-TraIn) for socioeconomically disadvantaged adults: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 29(11), 1460-1467. doi:10.1007/s11606-014-2903-0
- Enguidanos, S., Gibbs, N., & Jamison, P. (2012). From hospital to home: a brief nurse practitioner intervention for vulnerable older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(3), 40-50. doi:10.3928/00989134-20120116-01
- Flink, M., & Ekstedt, M. (2017). Planning for the discharge, not for patient self-management at home—an observational and interview study of hospital discharge. *International journal of integrated care*, 17(6). doi:10.5334/ijic.3003
- Forster, A. J., Clark, H. D., Menard, A., Dupuis, N., Chernish, R., Chandok, N., . . . van Walraven, C. (2005). Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. *Am. J. Med*, 118(10), 1148-1153. doi:doi:10.1016/j.amjmed.2005.04.019
- Hellesø, R., Sorensen, L., & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11-12), 960-972. doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.010
- Hu, R., Gu, B., Tan, Q., Xiao, K., Li, X., Cao, X., . . . Jiang, X. (2020). The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103700. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103700
- Keng, C. J., Goriawala, A., Rashid, S., Goldstein, R., Schmocker, S., Easson, A., & Kennedy, E. (2020). Home to stay: an integrated monitoring system using a mobile app to support patients at home following colorectal surgery. *J Patient Exp*, 7(6), 1241-1246. doi:10.1177/2374373520904194
- Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing Journal*, 40(1), 30-39. doi:10.1002/rnj.164
- Kyte, K., Ekstedt, M., Rustoen, T., & Oksholm, T. (2019). Longing to get back on track: Patients' experiences and supportive care needs after lung cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1546-1554. doi:10.1111/jocn.14751
- Li, J., Wang, H., Xie, H., Mei, G., Cai, W., Ye, J., . . . Zhai, H. (2014). Effects of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in China: a randomized controlled trial. *Peritoneal Dialysis International*, 34(3), 278-288. doi:10.3747/pdi.2012.00268
- McInnes, E., Mira, M., Atkin, N., Kennedy, P., & Cullen, J. (1999). Can GP input into discharge planning result in better outcomes for the frail aged: results from a randomized controlled trial. *Family Practice*, 16(3), 289-293. doi:10.1093/fampra/16.3.289
- Meleis, A. I., Sawyer, L. I., Im, E.-O., Hillinger Mesias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Transitions Theory. In A. E. Meleis (Ed.), *Transitions Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 664). New York: Springer Publishing Co Inc.
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*, 281(7), 613-620. doi:10.1001/jama.281.7.613
- Sawatzky, J. A. V., Christie, S., & Singal, R. K. (2013). Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow-up intervention: A randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2076-2087. doi:10.1111/jan.12075
- Sindhupakorn, B., Numpaisal, P.-o., Thienpratharn, S., & Jomkoh, D. (2019). A home visit program versus a non-home visit program in total knee replacement patients: a randomized controlled trial. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(1), 1-7. doi:10.1186/s13018-019-1412-6
- Soong, C., Kurabi, B., Wells, D., Caines, L., Morgan, M. W., Ramsden, R., & Bell, C. M. (2014). Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial. *PloS One*, 9(11), e112230. doi:10.1371/journal.pone.0112230
- Wong, F., & Yeung, S. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health & social care in the community*, 23(6), 619-631. doi:10.1111/hsc.12177
- Woods, C. E., Jones, R., O'Shea, E., Grist, E., Wiggers, J., & Usher, K. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3386-3399. doi:3386-3399. doi:10.1111/jocn.14951
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf>
- Zhao, Y., & Wong, F. K. Y. (2009). Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary heart disease in China: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), 2444-2455. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02835.x





## INDIKASJON

**OPDIVO (nivolumab) i kombinasjon med YERVOY (ipilimumab) er indisert til førstelinjebehandling av ikke-resektebar malignt pleuralt mesoteliom hos voksne.<sup>1</sup>**

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

# Er du oppdatert på data om behandling for Malignt Pleuralt Mesoteliom (lungehinnekreft)?



Bruk mobilen til å scanne QR koden med kameraet på din telefon for å se overlege og onkolog Saima Jamil Farooqi ved Kreftavdelingen på Oslo Universitetssykehus snakke om årsaker, utredning og behandling av Malignt Pleuralt Mesoteliom (lungehinnekreft).

Referanse: 1. SPC OPDIVO

### OPDIVO (nivolumab)

Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel.

#### VIKTIG SIKKERHETS- OG FORSKRIVNINGSPERFORMASJON

##### 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 behandlingsalgoritmer 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). 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) 5607,50 kr, 10 ml (hettegl) 13957,40 kr, 12 ml (hettegl) 16741,70 kr, 24 ml (hettegl) 33447,10 kr. Yervoy: 5 mg/ml 10 ml (hettegl) 44626,20 kr, 40 ml (hettegl) 178397,80 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 7

# TRIXEO®

(BUDESONID/GLYKOPYRRONIUM/FORMOTEROL)

## SIGNIFIKANT REDUKSJON AV MODERATE OG ALVORLIGE KOLSFORVERRINGER<sup>1</sup>

Ikke indisert til å behandle akutte tilfeller av bronkospasme, dvs. som akuttbehandling<sup>2</sup>

Brukes med forsiktighet ved klinisk signifikant ukontrollert og alvorlig kardiovaskulær sykdom<sup>2</sup>



# 24%

**REDUKSJON (RRR)**

I RATEN AV MODERATE ELLER ALVORLIGE FORVERRINGER vs LAMA/LABA (formoterol/glykopyrronium)<sup>1</sup>

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

Frekvens: 1,08 vs 1,42 hendelser/pasientår<sup>1</sup>  
TRIXEO vs ICS/LABA (budesonid/formoterol) viste en reduksjon på 13%. RR: 0,87; (0,79–0,95), p=0,003<sup>1</sup>

# 20%

**REDUKSJON (RRR)**

AV ALVORLIGE FORVERRINGER (SOM RESULTERTE I SYKEHUSINNLEGGELSE ELLER DØD) VS ICS/LABA<sup>1</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 sykehusinnleggelse eller død vs LAMA/LABA (formoterol/glykopyrronium)<sup>1</sup>

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

Indikasjon for Trixeo:<sup>3</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.

# Behandlingshjelpemidler – kurs i kompetansebroen

Magne Rønningen Nordhus, Seksjonsleder, Behandlingshjelpemidler, Sykehuset Innlandet HF

I kompetansebroen er det utviklet flere kurs som gir innføring i bruk og vedlikehold av utstyr som pasientene har i hjemmet. Dette for å bedre kunnskapen om utstyr i hjemmet og kvalitet i behandling.

Sykehuset Innlandet har utviklet noen kurs i bruk av oksygenutstyr stasjonært og mobilt.

Apparater merkes med QR-kode for enkelt tilgang til kursene via smarttelefon og nettbrett.

Behandlingshjelpemidler er en del av spesialisthelsetjenesten og leverer medisinsk utstyr og materiell til pasienter i hjemmet.

Mer informasjon om Behandlingshjelpemidler nasjonalt : [www.behandlingshjelpemidler.no](http://www.behandlingshjelpemidler.no)

Samling av kurs som omhandler Behandlingshjelpemidler finnes i [www.kompetansebroen.no](http://www.kompetansebroen.no)

Under (området Innlandet) : [Meny – Fagtema – Ambulante tjenester – Behandlingshjelpemidler](#).



SIHF BHM  
Kurs: O2 Bærbar



SIHF BHM  
Kurs: Oksygen

## Viktig informasjon

**TRIXEO AEROSPHERE® (formoterol fumaratdihydrat, glykopyrroniumbromid, budesonid)**

## Viktig informasjon (utvalg)

### Indikasjon:

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

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

**Vanlige bivirkninger:** Oral candidainfeksjon, pneumoni, hyperglykemi, angst, insomni, hodepine, palpitasjoner dysfoni, hoste, kvalme, muskelspasmer, urinveisinfeksjon.

**Forsiktighetsregler (utvalg):** Ikke indisert til å behandle akutte tilfeller av bronkospasme, dvs. som akutt -behandling. 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 01.10.2021 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

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

### Pakninger og priser:

Trixeo Aerosphere 5  $\mu$ g/7,2  $\mu$ g/160  $\mu$ g: 120 doser (hvit inhalator, varenr. 401446) kr. 735,90. 3 x 120 doser (hvit inhalator, varenr. 047454) kr. 2051,60

Trixeo Aerosphere 5  $\mu$ g/7,2  $\mu$ g/160  $\mu$ g: 120 doser (gul inhalator, Evocap, varenr. 446225) kr. 735,90. 3 x 120 doser (gul inhalator, Evocap, varenr. 162095) kr. 2051,60

Inhalatorer (hvite) med varenr. 401446 og 047454 vil etter hvert utgå og finnes samtidig på markedet en periode med de nye inhalatorene (gule, Evocap) som har varenr. 446225 og 162095.

1. Trixeo Aerosphere felleskatalogtekst, [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no) (sjekket 15.08.2022)

**Referanser:** 1. Trixeo Aerosphere® SPC 01-10-2021, pkt 4.1. 2. Trixeo Aerosphere® SPC 01-10-2021, pkt 5.1. 3. Trixeo Aerosphere® SPC 01-10-2021, pkt 4.4. 4. Trixeo Aerosphere [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no) (sjekket 15.08.2022)

Les mer på [AZconnect.no](http://AZconnect.no)



<https://qr.short.az/liph1>

**AstraZeneca**

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



**TRIXEO  
AEROSPHERE®**

(budesonid, formoterol, glykopyrronium)  
Inhalasjonsaerosol



# Fagkveld NSF FLU Rogaland

**Liga Timermåne**, leder NSF FLU Rogaland, [ligat@online.no](mailto:ligat@online.no)

Den 8. mars 2023 hadde NSF FLU Rogaland, i samarbeid med Boehringer Ingelheim, en spennende og innholdsrik fagkveld for sykepleiere i fylket. Temaet for kvelden ble valgt av faggruppens fagansvarlig, sykepleier Agnieszka Tomczak, på bakgrunn av tidligere interesse fra Fagkvelder.

Først ble det gitt en grunnleggende innføring i spirometri; hvordan det utføres, indikasjoner og kontradiksjoner, samt grundig gjennomgang av resultater og verdimalinger.

Andre del av fagkvelden handlet om hjertesvikt hos KOLS-pasienter. Her ble det gitt en innføring i medikamentell behandling, virkninger og bivirkninger og en liten repetisjon om hjertesvikt og kretsløpets funksjoner. I tillegg ble symptomer, observasjoner og målinger som er viktige og avgjørende for å kunne diagnostisere hjertesvikt hos KOLS-pasientert.

Kvelden ble avsluttet med middag på Radisson Blu sin restaurant i Stavanger.



ILS lege Ida Wølstad om hjertesvikt til KOLS pasienter.



Middag på Radisson BLU.



Sykepleier A Birgitte Langevold, forelesning om Spirometri.

## Fagkveld 3. mai i Tønsberg

Jeanette Nordal, Faggrupeleder, NSF FLU Vestfold

Det var en spennende kveld i mai vi endelig skulle møtes på nytt til fagkveld i regi av faggruppen vår, forrige gang vi møttes var i 2019. Jeg var spent på om jeg fikk laget et program som kunne favne sykepleiere både fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie.

De to inviterte foreleserne var konstituert overlege på lungeavdelingen ved Sykehuset i Vestfold Morten Waldvogel-Rønning og sykepleier/Professor Simen A. Steindal.

Kvelden startet med at Morten underviste om kols, slik at det ble forståelig for alle sammen. Deretter penset han foredraget mot behandling av det siste og vanskelige stadiet ved kols.

Simen underviste i kols og palliasjon. Det var fint å høre mange av hans egne opplevelser siden temaet i seg selv er veldig vanskelig. Alle synes det var godt å høre noe man kunne kjenne seg igjen i.

Det var mange som meldte seg på fagkvelden, noen meldte frafall men vi endte opp med 10 deltagere som var meget fornøyd med det faglige innholdet.

Etterpå koste vi oss med en deilig treretters meny på en restaurant.

Vi var heldige og fikk sponsorer fra GSK og Pfizer, to hyggelige representanter som gjerne holder fagkveld sammen med oss igjen (som de selv sa). Vi gleder oss til neste fagkveld og håper at flere vi bli med da



Jeanette Nordal



Simen A. Steindal



---

Utfordringene står i kø:

# Noen erfaringer og spådommer om bruk av helseteknologi ved Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus (HUS)



---

**Thomas Berge**, spesialsykepleier,  
MsC, Lungepoliklinikk,  
Haukeland Universitetssjukehus

---

**N**orge er i den heldige situasjon å ha et helsevesen kjennetegnet av kompetent personell som tilbyr helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Vi er også blant landene i Europa som bruker mest ressurser til helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:4). Samtidig føler nok mange på at arbeidsdagene er blitt stadig travlere. Som seksjonsleder ved lungepoliklinikk, HUS, får jeg i hvert fall denne tilbakemeldingen fra mine kollegaer.

## Eldrebølgen

Helst siden jeg begynte på sykepleien i 1997 har vi hørt om eldrebølgen. Er vi egentlig forberedt? Det som synes sikkert, er at nå kommer den. Andelen personer i aldersgruppen 80 år og eldre spås å øke med over 250 000 personer mellom 2020 til 2040, og det skjer samtidig som antallet personer i yrkesaktiv alder vil falle (NOU 2023:4). Dette vil gi en betydelig økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester samt flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. I tillegg er det allerede nå og i fremtiden kommunene som merker det største trykket. Det er derfor behov for

en styrket satsning av kommunale tjenester. I Tid for handling står det at en styrket satsning på kommunale tjenester vil medføre lavere, eventuelt ingen personalvekst og produktiviteten må økes merkbart (NOU 2023:4). Vi har allerede begynt å kjenne på rekrutteringsutfordringene som har kjennetegnet kommunen og fastlegeordningen i spesialisthelsetjenesten. Å skue fremover gir derfor fort en følelse av skrekkblandet fryd. «Det er den beste følelsen» ifølge vår lokale helsestudioinstruktør. Vet ikke helt om jeg er enig, men tenker at her er det bare å gå i gang. Som ellers i helsesektoren må Lungeavdelingen tilpasse tilbudet vi gir våre pasienter utfordringene vi møter.

## Avansert hjemmesykehus

Når det gjelder lungesyke vil nedgangen i andelen som røyker i Norge ikke i nær fremtid gjøre at vi får færre pasienter. Tvert om antas tallene å holde seg høye i årene fremover også, hovedsakelig grunnet økt levealder (FHI, 2022). Seksjon for helsetjenesteutvikling ved HUS spår at det frem mot 2040 vil bli en betydelig økning i liggedøgn for alle store



lungepasientkategorier. Det vil altså si for både obstruktive lungesykdommer (astma, kols), ondartede svulster (lungekreft) og andre sykdommer i åndedretts-systemet. Det betyr at det i fremtiden vil bli behov for flere sengeplasser og økt press på å få ned liggetiden. Sammenlignet med andre universitetssykehus i Norge har vi allerede den korteste gjennomsnittlig liggetiden, og den har vært relativt stabil i de siste årene, så her har vi trolig ikke så mye mer å hente. Et lite grep vi har gjort inspirert og med hjelp av Oslo Universitetssykehus er å starte avansert hjemmesykehus (AHS) for elektiv utredning, kontroll og behandling av respirasjonssvikt hos selekterte voksne pasienter. Dette er et spennende prosjekt som foreløpig er i startgroppen. Vi håper AHS vil ha positive synergieffekter for både pasientene og avdelingen, blant annet ved å frigjøre plasser til øyeblikkelig hjelp pasienter. Likevel har ved innføringen at dette prosjektet møtt en del hindre. Både med innføringen av AHS og oppstart av selvinnsjekk og selvbetalingssystemet Imatis, opplevde vi at klinikerne og prosjektdeltakerne fra IKT snakket forbi hverandre. Vi snakker ikke samme språk. Det er generelt et behov for et tettere samarbeid mellom klinikerne, digital tjenesteutvikling og IKT generelt samt seksjon for e-helse.

### **Fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk**

Det har lenge vært en ønsket vridning fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk ved sykehus (NOU 2023:4). Seksjon for helsetjenesteutvikling ved HUS mener at videre overgang fra døgn til dag/poliklinikk kan ha effekt i forhold til å håndtere den økende andelen lungepasienter, men også her antas det at det er begrensede muligheter for å hente ut noe særlig mer. Aktiviteten ved vår poliklinikk har økt med 27% fra 2019 t.o.m. 2022 og vil øke ytterligere i 2023. På tross av kjente

tiltak som oppgavedeling, effektivisering og revidering av pasientforløp, klarer vi ikke å unngå at mange pasienter med paserte tentative kontrolltimer i poliklinikken hver måned. Vi må fortsette å styrke vår poliklinikk og ønsker spesielt å øke andelen sykepleierkonsultasjoner, fortsette å gi egnede pasientkategorier tjenester i hjemmet og ikke minst ytterligere digital samhandling. Digital samhandling kan potensielt ha mange positive effekter som bedre tilgjengeligheten gjennom desentralisert behandling, økt pasientmedvirkning ved å individualisere tjenestene, og det kan være er ressursbesparende både for pasienter og helsepersonell (Karlsen, Sørbø og Nylenna, 2020).

### **Muligheter fremover**

Det finnes store og uante muligheter. Hvem vet hva som blir det neste. Vi må gi takhøyde for de kreative og være åpen for nye idéer. Alt trenger ikke være så komplisert. At rett bruk av video- og telefonkonsultasjoner kan være til nytte for både pasienter og behandlere, virker åpenbart. Dette har skutt fart under pandemien, så hvorfor ikke fortsette? Ved Ullevål (OUS) har de nylig gjort er forbedringsprosjekt om videokonsultasjon som metode for oppfølging av voksne pasienter med Cystisk Fibrose (CF). Vi følger også med spenning med på lungepoliklinikken ved Sykehuset i Vestfold som i er i gang med innovasjonsprosjektet eKols - digital hjemmeoppfølging av pasienter med kols. Det finnes helt sikkert mange flere slike prosjekter og vi bør heie på alle. Her kan vi hente inspirasjon fra kommunehelsetjenestene som allerede i mange år har satsset mye på velferdsteknologi. Velferdsteknologi synes å være et nødvendig hjelpemiddel for å få oppfylt folks ønsker om å bo lenger i eget hjem også være mest mulig selvhjulpne til tross for sykdom, problemer eller nedsattfunksjonsevne (Karlsen, Sørbø og Nylenna, 2020). I regi

av Helsedirektoratet har det siden 2014 pågått et Nasjonalt Velferdsteknologi-program for å gi et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner. Prosjektets mål for 2022-2024 er at velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling. Arbeidet er også knyttet opp mot Nasjonal helse- og sykehusplan. I januar 2023 kom også Direktoratet for e-helse ut med en ny nasjonal e-helsestrategi. Denne strategien blir viktig i årene som kommer. I strategien er det satt fem strategiske mål:

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse  
Mål 2: Enklere arbeidshverdag  
Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring  
Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling  
Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft (Nasjonal e-helsestrategi 2023-2030)

### **Nye utfordringer**

Med ny teknologi følger det også nye utfordringer. Personvern, sikkerhet og brukermedvirkning er nøkkelord når nye løsninger skal utvikles og introduseres. Selv om kunnskapsdepartementet hevder at Norge har en av verdens best utbygde infrastrukturer for elektronisk kommunikasjon og en befolkning som ligger i verdenstoppen i bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (Kunnskapsdepartementet 2018), vil det være en del som ikke makter å henge med. Disse må også ivaretas. Det er mange oppslag i media om digitale klaseskiller spesielt blant eldre. Hva med pasienter med syn-, hørsel- og talevansker, motoriske og kognitive vansker (Karlsen, Sørbø og Nylenna, 2020). Det skal godt gjøres å finne felles løsninger som passer alle. ►

## Airview

Et eksempel på vellykket bruk av digitale tjenester ved vår avdeling går helt tilbake til 2015. Da begynte vi med asynkron digital oppfølging av pasienter med obstruktiv søvnapné som behandles med Continuous positive airway pressure (CPAP). Gjennom godt forarbeid av leverandør og samarbeid med seksjon for e-helse, fikk vi raskt gjennomført en risikoanalyse (ROS) og ble gitt grønt lys til å ta i bruk Airview. Til daglig kaller vi det telemonitorering. Der var vi heldige. Denne prosessen har langt fra vært like enkel ved andre helseforetak. Det har vært en viktig lærdom i forbindelse med nasjonale anbud som nå i langt større grad inkluderer personer med kompetanse innen informasjonssikkerhet i prosjektgruppene.

Prosjektet med telemonitorering startet som et kvalitetsforbedringsprosjekt på grunn av økende ventelister og flere tusen pasienter med passerte tentative timer. I tillegg er manglende etterlevelse av CPAP-behandlingen et kjent problem, og det er viktig med god oppfølging de første ukene etter oppstart. Forskningsresultater om effekten av telemonitorering til pasienter med obstruktiv søvnapné har vært sprikende. Det var først i 2019 at bruken av telemonitorering ble anbefalt i retningslinjer og da som en betinget anbefaling (Patil et al., 2019). Det langsiktige målet vårt den gang var derfor å ta i bruk asynkron digital oppfølging for å gi søvnapnépasienter bedre eller i hvert fall like god oppfølging også i fremtiden til tross for et økende antallet pasienter, mens antall hender i beste fall forblir uendret. Utfordringsbildet var altså veldig likt den gangen som i dag. Resultatet av prosjektet den gangen var at pasientene var

fornøyd, hadde like «god» etterlevelse som ved vanlig oppfølging og vi brukte mye mindre tid per pasient. Telemonitorering ved hjelp av Airview er siden blitt en del av standard oppfølging av pasienter med obstruktiv søvnapné som behandles med CPAP. De første årene var dette en ren utgiftspost og det kom først prosedyrekode i 2018 og takst for tjenesten i 2019. Fra starten i 2015 med et pilotprosjekt på 50 pasienter gjør vi nå mellom 2500-3000 kontroller ved hjelp av telemonitorering. I samme periode er antallet pasientkonsultasjoner ved Senter for søvnmedisin doblet fra ca. 5000 til over 10000 konsultasjoner år. Etterlevelsen av CPAP-behandlingen er ikke blitt høyere, men uten denne tjenesten hadde vi aldri vært i nærheten av å kunne håndtere så mange pasienter.

## Hjemmespirometri

Et nytt prosjekt vi vurderer, er å ta i bruk såkalt hjemmespirometri. Det finnes nå tekniske løsninger for dette, og det er også kommet takster. Barneavdelingen ved OUS allerede i gang og har benyttet

tilbudet til enkelte astmapasienter. Vi håper å komme i gang i løpet av det neste året og selv om det kanskje ikke vil involvere så mange pasienter, vil det kunne gi et bedre behandlingstilbud og økt trygghet til dem det gjelder.

Jeg har ikke ubegrenset tro på digitale løsninger som løsningen på de mange utfordringene helsevesenet står overfor i årene som kommer. Vi må heie på alle gode tiltak, og ikke glemme pasientperspektivet og ha fokus på å levere gode helsetjenester. Vi vil i stadig økende grad møte pasientene som i langt større grad enn tidligere kjenner og krever sine rettigheter, de møter forberedt til time etter å ha tilegnet seg informasjon og kunnskap via internett. Uansett hva vi gjør må vi derfor ha pasienten på lag. Samhandling ved hjelp av digitale beslutningsverktøy vil bli stadig viktigere. Å styrke pasientene til å ta ansvar for egen helse samtidig som vi yter god pleie og kunnskapsbasert behandling, kan og må gå hånd i hånd med integreringen av digitale helseløsninger.

## Referanser

Direktoratet for e-helse (2023): Nasjonal e-helsestrategi og mål 2023–2030

Folkehelseinstituttet (2022). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge.

Karlsen, A. T., Sørbo, M. F., & Nylenna, M. (2020). Digitale helsetjenester: nye muligheter, nye utfordringer. *Michael*, 155-163.

Kunnskapsdepartementet (2018): Meld. St. 4 (2018–2019). Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028.

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling* Helse- og omsorgsdepartementet.

Patil, S. P., Ayappa, I. A., Caples, S. M., Kimoff, R. J., Patel, S. R., & Harrod, C. G. (2019). Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(2), 335-343

# Oppgaveforskyving – løsningen, eller en del av problemet?

**Edith Roth Gjevjon**, *ph.d.*, professor  
i sykepleie, Lovisenberg diakonale  
høgskole, UiT Norges arktiske universitet,  
Harstad, Edith.Gjevjon@ldh.no

**Gro Næss**, *MNSc, ph.d.-student*,  
seniorrådgiver, Lovisenberg diakonale  
høgskole, gro.nass@ldh.no

**M**angelen på kvalifisert helsepersonell er nå så omfattende at det kan synes nødvendig å forskyve oppgaver fra helsepersonell med høy kompetanse til helsepersonell med lavere kompetanse, eller fordele oppgaver på flere yrkesgrupper i helsetjenestene for å bruke viktig kompetanse riktig (1). Helsepersonellkommisjonen bruker begrepet «oppgavedeling» når de fremmer tanken om «å bygge nedenfra» ved at personell med lavere formell kompetanse, assistenter, frivillige eller pårørende, skal kunne gjøre «enklere» oppgaver som helsepersonell med høyere kompetanse gjør i dag (1, s.132). Slik det fremstilles, kan dette se ut som «oppgavefor-



Edith Roth Gjevjon

skyving». Selv om disse begrepene brukes om hverandre, er det viktige nyanseforskjeller: oppgaveforskyving kan skje vertikalt, der oppgaver fordeles fra helsepersonell med høyere kompetansenivå til helsepersonell med lavere kompetansenivå, eller horisontalt som betyr at oppgaveforskyving skjer mellom helsepersonell på samme kompetansenivå (2). Oppgavedeling handler om at oppgaver gjennomføres i samarbeid og samhandling mellom helsepersonell med ulik kompetanse, pasienter og pårørende (2). Vi anerkjenner at en bevisst, gjennomtenkt og faglig fundert oppgavedeling, og noen ganger oppgaveforskyving, basert på pasientens behov og situasjon er en del av løsningen på



Gro Næss

utfordringene vi står overfor, men vi er samtidig kritiske til en økende oppgaveorientering. Det er ikke oppgaven i seg selv, men hvilken kompetanse det er behov for; når, hos hvem og hvorfor, som må være i fokus.

Sykepleiefagets kompleksitet samsvarer med pasienters ofte usynlige og komplekse behov for helsehjelp

Sykepleiefaget er uten tvil komplekst, noe som utfordrer oss når vi skal artikulere hva sykepleie er og hva sykepleiere gjør. Da kan det være fristende å fortelle om «sykepleieroppgaver», som å håndtere legemidler, sette injeksjoner, ta vitale målinger, stelle sår, og kateterisere ►



kvinner og menn. Dette er oppgaver som man kan observere at sykepleiere gjør, og som også andre yrkesgrupper kan utføre med opplæring. Det som ikke er like lett å observere, er de sykepleiefaglige vurderingene som gjøres før, under og etter utførelsen av en slik oppgave. Når en sykepleier administrerer pasientens forordnede legemidler via multidoseposen fra apoteket og snakker om været og barnebarnet pasienten har bilde av på nattbordet, skjer det så mye mer enn det som utenfra kan oppfattes som en enkel oppgave som hvem som helst kan gjøre. Derimot, bruker sykepleieren sin særegne kompetanse som består av bred kunnskap om person og kropp, og ferdigheter innen observasjon, kritisk tenking, klinisk resonnering, vurdering og beslutningstaking og å tilpasse helsehjelpen til den enkelte pasient (3).

Hva som er en «sykepleieroppgave» kan derfor sjelden i sin helhet forutbestemmes. Det finnes argumenter imot at sykepleiere skal smøre brødskiver, tømme søppel eller vaske toalettet, men det finnes også argumenter for at vi kan gjøre akkurat det. Kanskje er det nettopp ved tillaging av brødskiva og praten om barnebarnet at sykepleieren får tak i viktige opplysninger og samtidig vurderer pasientens tilstand og behov for hjelp. Dette betyr ikke at sykepleiere skal lage og servere mat, tømme søppel eller vaske toaletter som rutinearbeid eller for å kompensere for mangel på serverings- eller rengjøringspersonell. Det betyr at sykepleiere må gjøre det som skal til for å ivareta pasientens grunnleggende behov, eller avdekke symptomer og tegn på forverring av tilstand. Vi vil i det følgende illustrere hvilke konsekvenser utførelse av tilsynelatende enkle oppgaver i en typisk hjemmesykepleie-

situasjon kan få for en tilsynelatende «enkel» tjenestemottaker om den som utfører oppgavene ikke har tilstrekkelig kompetanse.

■ ■ Lars Hansen er 84 år, enkemann og bor alene. Han har hatt KOLS i mange år, det gjør at han er lite aktiv og sitter mye stille. Han behandles for hypertensjon og har en nyresvikt. Han bruker inhalator og flere legemidler per os. Han klarer seg stort sett selv, men han får hjelp fra hjemmesykepleien daglig til å ivareta ernæring og å administrere legemidler. En morgen er han mer stille enn vanlig, og han sier han er svimmel, kvalm og uvel. Han ber om å få hjelp til å sette et klyster fordi han har «så treg mage». Assistenten, som ikke har formell helsefaglig utdanning, men anses som flink og omsorgsfull, hjelper han inn på toalettet og setter et klyster. Hansen sitter på toalettet mens assistenten smører frokost. Hansen faller i gulvet på badet, assistenten finner verken pust eller puls, ringer 113 og starter HLR. I ettertid kommer det frem at Hansen gjennomgikk et hjerteinfarkt. ■ ■

Oppgavene som sto på arbeidsplanen, og som assistenten helt riktig utførte, var hjelp til ernæring; smøre frokost, og hjelp til administrasjon av legemidler; dele ut legemidler fra multidosepose. Dette er oppgaver de fleste kan gjennomføre, men ikke hos alle. Lars Hansen er en typisk multisyk eldre hjemmesykepleiemottaker som er preget av aldersendring, sykdomsprosesser og legemiddelbehandling (4). Han har redusert evne til homeostase og er derfor i fare for akutt funksjonssvikt. Hans habituelle funksjon gjør imidlertid at han ser ut til å være «en stabil og enkel pasient», når tilstanden i realiteten er ustabil (5) med fare for subakutte og akutte forverringer (6). Symptomer og tegn kan være vage hos eldre, og uttrykker seg ofte annerledes enn hos yngre pasienter. Assistenten

i eksempelet over, fanget ikke opp at endringer i Hansens tilstand var symptomer og tegn på akutt sykdom, men gjorde oppgavene hun var kommet for å gjøre. I tillegg tok assistenten i beste mening et selvstendig valg om å sette klyster for å avhjelpe Hansens obstipasjon. Dette er alvorlig av to grunner. For det første, ble symptomer og tegn på akutt forverring observert, men ikke tolket riktig. Hun trodde kanskje Hansen var normalt sliten fordi han har KOLS? For det andre, gikk assistenten utover sitt kompetanseområde ved å på selvstendig grunnlag fatte en beslutning om å sette klyster. Å sette klyster er ikke en vanskelig oppgave i seg selv, men det krever høyere kompetanse for å vite at vasovagal stimulering kan være direkte farlig for pasienter med hjertesykdom. En sykepleier med sin kompetanse kunne koblet de symptomer og tegn som ble observert – dvs. svimmelhet, kvalme og uvelhet – til potensiell akutt sykdom hos Hansen, som er en multisyk, eldre pasient. Sykepleieren kunne utført målinger av vitale tegn, vurdert alvorlighetsgrad ved hjelp av et Early Warning Score-instrument som for eksempel NEWS, konferert med lege og sammen med denne fatte beslutning om videre forløp.

### **Oppgaveforskyving er uforsvarlig uten riktig bruk av sykepleierkompetanse**

Det kan være skjebnesvangert dersom mangel på kompetanse fører til at de planlagte oppgavene utføres andre, f.eks. assistenter, uten at sykepleiere har sørget for at det foreligger oppdatert informasjon og faglige vurderinger av pasientens situasjon, i forkant. Det illustrerer også en av de store utfordringene og paradoksene i dagens helsetjenester; mangel på nødvendig kompetanse til å sikre for-

svarlig helsehjelp i en helsetjeneste-kontekst der behovet for høy helsefaglig kompetanse øker i takt med behovet for avansert helsehjelp. Når antallet pasienter som trenger avansert oppfølging øker og sykepleierkompetansen i helsetjenestene ikke øker i samme omfang, må vi finne løsninger som sikrer at oppgaveforskyving eller -deling ikke truer pasientsikkerheten. Sykepleiere vil i større grad måtte brukes i vurderinger av tilstand og behov og til å lage veiledende planer som andre uten sykepleiefaglig kompetanse kan bruke. Slike planer må også inneholde hva som skal observeres og hvilke observasjoner som utløser kontakt med sykepleier, spesialistsykepleier eller lege. Veiledning av pasienter, pårørende, frivillige og kollegaer blir også en viktig oppgave for sykepleiere i årene som kommer, nettopp fordi mangel på kompetent helsepersonell og en økende andel eldre med hjelpebehov, krever at alle bidrar (1). Hvilke oppgaver som kan og fordeles til hvem, for hvem og når, må alltid baseres på en

faglig vurdering og prioritering av pasientens behov; vi må vite hvorfor (2). Dette blir en viktig ledelsesutfordring i tiden fremover, men det er også viktig

at vi sykepleiere nå er tydelige på å definere krav til kvalitet i egen tjeneste og tydeliggjøre forutsetninger og vilkår for å være villige til å ta det store ansvaret som hviler på sykepleierprofesjonen.

### Referanser

1. NOU 2023: 4 - Tid for handling. URL: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/helsepersonellkommisjonen/id2920239/>
2. Gjevjon, E.R. (2023) Ansvars- og oppgavedeling i et sykepleierperspektiv. Norsk Sykepleierforbund. URL: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-04/norsk-sykepleierforbund-ansvars-og-oppgavedeling-i-et-sykepleierperspektiv.pdf>
3. Gjevjon, E.R., Holter, I.M. & Kim, H.S. (2022). Sykepleiefagets signatur i Bjørnnes, Gjevjon, Grov & Holter (red.) (2022). Sykepleieboken 1 – Sykepleiens fundament (6. utg.) Cappelen Damm.
4. Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J., & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. BMC health services research, 17, 1-10.
5. Kirkevold, M. (2022). Karakteristika ved sykepleiepraksis sykepleierens møte med ulike typer situasjoner, i i Bjørnnes, Gjevjon, Grov & Holter (red.) (2022). Sykepleieboken 1 - Sykepleiens fundament (6. utg.) Cappelen Damm.
6. Wyller, T.B. (2020). Geriatri – en medisinsk lærebok (3. utg.). Gyldendal





**Navn:** Ane Tora Steine

**Stilling:** Lungesykepleier

**Arbeidsted:** Lovisenberg diakonale sykehus  
Medisinsk poliklinikk, lungeenheten

**– Hvilke utfordringer står norsk helsevesen overfor?**

Vi får en aldrende befolkning, og sannsynligvis både kapasitet - og økonomiutfordringer.

**– Hvordan kan sykepleiere være med å løse disse utfordringene?**

Vi sykepleiere kjenner pasientenes behov godt og bør i større grad tørre å ta plass og delta der beslutninger tas. Ta på den grønne hatten og våge å tenke nytt rundt hvordan vi utfører oppgavene våre, og åpne opp for mulighetene som teknologien gir.

**– Hvilke fordeler og ulemper ser du ved bruk av helse-teknologi i oppfølging av lungesyke?**

Helseteknologi er spennende. På Lovisenberg diakonale sykehus har vi mange lungepasienter som følges opp med avstandsoppfølging via bydelen de bor i. Løsningene er godt tilpasset brukergruppen, og fungerer for de fleste.

Avstandsoppfølging gjør at infeksjoner og sykdomsforverringene ofte oppdages tidligere, og en unngår både unødvendig lidelse og ressurskrevende sykehusinnleggelser. Målingene som tas i hjemmesituasjonen kan også være mer representative enn de som tas under innleggelser eller polikliniske timer. Disse kan være verdifulle for behandlingen. Mitt klare inntrykk er at pasientene som har avstandsoppfølging får bedre forståelse og innsikt i egen sykdom. Dette kan gi økt trygghet, som betyr særlig mye for kanskje nettopp denne pasientgruppen. Det er lett å se for seg at teknologien erstatter den menneskelige kontakten, men mange uttrykker faktisk at de opplever omsorg gjennom avstandsoppfølgingen og kjenner seg mindre alene når de vet at sykepleierne følger med og tar kontakt når det er nødvendig. Dette er en annen form for menneskelig kontakt enn det vi er vant med. Jeg tror det er viktig å finne den gode balansen mellom avstand og nærhet. Ressursene teknologien frigir må brukes på en måte som profiterer den helhetlige behandlingen av pasientene.

**– Hvilken rolle kan sykepleiere ha ved bruk av helse-teknologi i oppfølging av lungesyke?**

Undervisning er en viktig del av vår jobb. Å digitalisere kurs for pasienter og pårørende kan gjøre kunnskapen mer tilgjengelig.

Vi har mulighet til å fjernmonitere pasientene våre som benytter BIPAP og CPAP. Slik kan vi justere og kontrollere bruk og behandling uten at pasientene må komme til lungepoliklinikken. De kan også selv følge med på behandlingen ved å koble maskinen opp til en app på egen telefon. Dette kan gi både oversikt og motivasjon. Mange av pasientene er i arbeid, så at de slipper å være borte fra jobb for å komme til kontroll er nok både de og arbeidsgiveren deres glad for. Dette gjør at vi kan bruke tid på pasientene som faktisk trenger ekstra oppfølging.

Sykepleiere må som nevnt delta i utviklingsprosessene og tilpasse helsehjelpen og teknologien slik at den fungerer godt for alle pasientene uavhengig av alder, språk, iPhone eller Doro.





**Navn:** Elias David Lundereng

**Stilling:** Kreftsykepleier

**Arbeidsted:** Oslo universitetssykehus, Avdeling for kreftbehandling, lindrende- og lungekreftbehandling

#### – Hvilke utfordringer står norsk helsevesen overfor?

En åpenbar utfordring er knyttet til bemanning og tilgang på kvalifisert helsepersonell, som igjen henger sammen med den økende andelen eldre og syke mennesker i samfunnet. Dette innebærer at vi må endre måtene vi jobber på. Vi må finne måter å følge opp pasienter i større grad hjemme, og legge til rette for at pasienter tilbringer mindre tid i sykehus og institusjoner, og mer tid hjemme. Dette stiller store krav til pasientene, de pårørende, kvalifisert kompetanse og tilgjengelig helsehjelp i hjemmet.

#### – Hvordan kan sykepleiere være med å løse disse utfordringene?

Sykepleiere er helt sentrale i å møte mange av disse utfordringene. Vi er nærmest pasientene i store eller hele deler av sykdomsforløpene, og det er vi som følger opp pasientene både hjemme, i institusjoner og på sykehus. Det er viktig at vi som profesjon er åpne for endringer i organiseringen av helsetjenesten, og at vi utforsker nye måter å

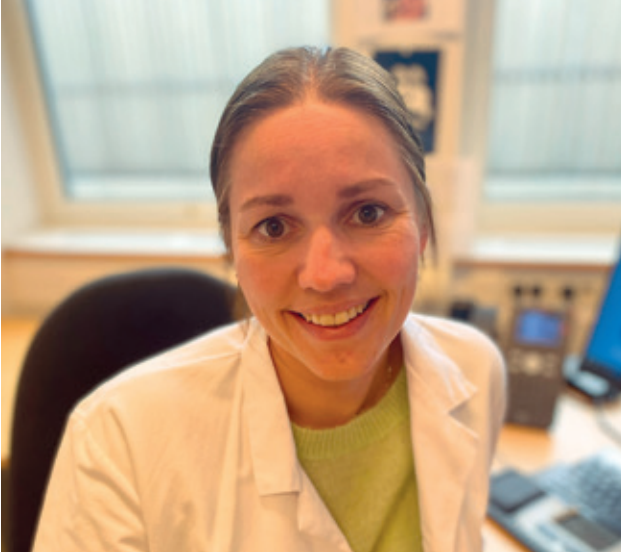
følge opp pasientene på som for eksempel via teknologi eller andre måter. I tillegg er det helt sentralt at sykepleiere tilegner seg mer spesialisert kompetanse og tar del i alle aspekter ved helsetjenesten, både i ledelse, praktisk sykepleie, undervisning, opplæring og innen akademisk. Den kommende sykepleiermangelen gjør at vi må organisere tjenestene på nye, innovative måter, og vi kan bidra ved å anvende vår kompetanse og kunnskap om pasienter til å skape gode, effektive helsetjenester for alle.

#### – Hvilke fordeler og ulemper ser du ved bruk av helse-teknologi i oppfølging av lungesyke?

Teknologi åpner opp for effektiv digital monitoring av viktige vitale parametere som oksygenmetning, puls, blodtrykk og andre symptomer og tegn på forverring. Dette kan bidra til tidlig intervensjon og innsats som bidrar til å redusere eller forhindre innleggelse i sykehus. I tillegg kan teknologi bidra til å ressurseffektivisere tjenestene ved at det blir enklere å identifisere hvilke pasienter som må prioriteres, og hvilke pasienter sykepleiere kanskje ikke behøver å reise hjem til. I tillegg kan det gi bedre tilgang til spesialisert sykepleie til flere pasienter også utenfor storbyene. Utfordringene ligger nok i det mellommenneskelige. Mange assosierer sykepleie med varme hender, ikke kald teknologi, og mange sykepleiere kan være ukomfortable med å følge opp pasienter via teknologi fremfor ved tradisjonelle måter. I tillegg kan det bli mye pasientdata å forholde seg til, som i noen tilfeller kan tolkes og forstås ulikt, og kan skape usikkerhet. I tillegg opplever jeg at dette er en pasientgruppe som kan være mye plaget med angst og uro, noe som kan oppleves som vanskelig å lindre uten fysisk nærvær.

#### – Hvilken rolle kan sykepleiere ha ved bruk av helse-teknologi i oppfølging av lungesyke?

Sykepleiere har masse kompetanse til å vurdere forverring hos pasienter, identifisere hvilke pasienter som behøver ekstra tilsyn eller legevurdering, og vurdere og anbefale behov for tiltak, veiledning eller samhandle med andre. Sykepleiere har ofte god teknisk kompetanse, vi bruker allerede digitale pasientkurver, elektroniske pasientjournaler og samhandler elektronisk. Det vil være naturlig at sykepleiere er profesjonen som fasiliteter, legger til rette for og gir opplæring i bruk av helseteknologi til pasienter, pårørende og kolleger. Sykepleiere kan også ha sentrale roller i å organisere omsorgen ved hjelp av teknologi. Sykepleiere har også stor påvirkning på hvordan pasienter følges opp, og kan bidra til å gjøre pasienter og pårørende trygge på bruk av helseteknologi.



**Navn:** Solveig Margrethe Dale

**Stilling:** Ass. avdelingsdirektør (Sykepleier, MSc)

**Arbeidsted:** Lungeavdelingen, Helse Bergen

#### – Hvilke utfordringer står norsk helsevesen overfor?

Norsk helsevesen står overfor store bemanningsutfordringer i årene fremover. De siste årene har det blitt merkbart større press på personellet i helse og omsorgstjenesten. Fremskritt i medisinen gjør at folk lever lenger og behovet for helsetjenester er større. Allerede nå er rekruttering av kompetent personell krevende, spesielt i kommunehelsetjenesten, men vi merker det også i spesialisthelsetjenesten. Det er store demografiske endringer i den norske befolkningen og vi vil få en eldrebølge frem mot 2040. Andel eldre over 80 år vil da nesten være doblet i forhold til i dag. Tilsvarende har vi dessverre ikke en yngrebølge som står klar til å ta alle arbeidsoppgaver som dette vil kreve. I årene fremover må vi derfor erkjenne at det blir færre ansatte per pasient.

#### – Hvordan kan sykepleiere være med å løse disse utfordringene?

Sykepleiere kan ikke løse disse utfordringene alene, men de kan bidra til å løse utfordringene sammen med andre yrkesprofesjoner. Det blir svært viktig å tenke samarbeid og samhandling på tvers av profesjoner og på tvers av tjenestenivåene i helse- og omsorgssektoren. Helsepersonellkommisjonen leverte i februar 2023 sin NOU: «Tid for handling». Kommisjonen legger frem ett kunnskapsgrunnlag basert på utfordringene vi står overfor og mulige løsninger for å skape en bærekraftig helsetjeneste i årene frem mot 2040. De skisserer en rekke tiltak som skal bidra

til dette. Jeg anbefaler alle å gjøre seg kjent med innholdet i utredningen for dette treffer oss alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten.

Tid for handling innebærer også en tid for endring og disse endringsprosessene må starte nå. Dette vil kreve handling på politisk nivå, ledernivå og av den enkelte helsearbeider. Det aller viktigste sykepleiere kan bidra med for å løse utfordringene er at de blir i sykepleieryrket og at de kanskje greier å stå lenger i jobb enn i dag. I tillegg må vi fremsnakke det flotte yrket vi har valgt å utdanne oss i, slik at vi kan rekruttere flere i årene fremover.

En del premisser og virkemiddel som lønn, gode arbeidsforhold, muligheter for karriereveier, hjelpemiddel og digital utvikling må selvsagt være til stede for å få dette til. Vi har utdannet oss til et yrke der vi vet at pasienten trenger hjelp 24/7 gjennom hele året. Stadig hører jeg sykepleiere som vil ut av yrket fordi turnusarbeid er for belastende. Dessverre kan vi ikke belage oss på at sykepleieryrket blir en dagtidsjobb, uten helger og helligdager. Derfor må sykepleiere og ledere sammen finne gode løsninger for at turnusarbeid over år kan være mulig.

Når det blir færre helsepersonell per pasient sier det seg selv at vi ikke kan opprettholde samme service og tjenestetilbud som i dag. Prioritering og spørsmål om «Hva er godt nok?» og «Når er det nok?» blir viktig. Sykepleiere er de som står nærmest pasienten og følger pasienten gjennom alle døgnetimer. Sykepleiere må derfor melde seg på i prioriteringsdebatten og ha en tydelig stemme inn i diskusjonene når helsetjenestene skal prioriteres.

Sykepleiere må også belage seg på å endre organiseringen i måten de jobber på. Vi må sikre rett oppgave til rett yrkesgruppe. Derfor blir oppgavedeling viktig. Oppgaver som tidligere sykepleiere har hatt må gjerne overtas av andre faggrupper som helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere. Dette for at sykepleiere skal få mer tid til spesialiserte oppgaver som krever deres kompetanse. Sykepleiere har stor yrkesstolthet og er nært knyttet til oppgavene sine. Derfor kan dette være krevende, men er etter mitt syn helt nødvendig for å møte utfordringene på en riktig måte. Enkelte oppgaver og ansvar må også legges på pasienten selv og pårørende.

Skal vi løse utfordringene norsk helsevesen står overfor kommer vi ikke utenom å endre dagens måte å jobbe på. Jeg har vært leder for sykepleiertjenesten i mange år, og er det en ting jeg har erfart så er det at sykepleiere har stor vilje til å endre seg og se gode løsninger. Men det krever at de blir informert og involvert i prosessene. Den oppgaven ligger til lederskapet.



Nåværende styre i Innlandet: Kristin Degnes, Kjersti Gjerdrum Seljevold, May Britt Haga og Mona Sanne-Gundersen

# NSF FLU Innlandet

**Innlandet består av tidligere Hedmark og Oppland og ble etablert 1. januar 2020.**

NSF sine fylkeskontor ble sammenslått etter denne prosessen, og FLU kom deretter med i tilsvarende prosess. Den endelige sammenslåingen av fylkeslagene ble utført på årsmøte i 16/3-21.

Begge fylkeslagene har lang tradisjon for å være aktive i NSF FLU både lokalt og nasjonalt.

Fylket har landets høyeste fjell, lengste elv og største innsjø. I areal er Innlandet større enn Danmark, og dekker nesten en femdel av fastlandsarealet i Norge. Innlandet er det eneste fylket uten kystlinje.

FLU Innlandet har 40 medlemmer fordelt på de ulike sykehusene og noen kommuner er også representert.

Styret består av leder, nestleder, sekretær/kasserer og et styremedlem

Det siste året har styret og arbeidsgruppa som ble opprettet i forbindelse med gjennomføring av Landskonferanse 2023 hatt jevnlig møter. Vi gjennomførte vårt første møte i arbeidsgruppa oktober 2022, deretter har vi hatt 4 møter og programmet er nå mer eller mindre ferdig.





# Anestesisykepleierne NSF

**F**aggruppa Anestesisykepleierne NSF (tidligere ALNSF) ble opprettet i 1965, og jobber for anestesisykepleieres fag, rolle og funksjon i Norge. Det er i dag registrert i overkant av 1800 medlemmer i faggruppa. Faggruppa er organisert med et landsstyre og 18 lokalgrupper. To ganger i året samles lokalgruppene og landsstyret til lokalgruppelederkonferanse. Denne konferansen er en arena for samarbeid og utveksling av erfaringer og kunnskap, hvor det diskuteres aktuelle saker innenfor anestesisykepleierfaget og anestesisykepleierens arbeidshverdag. I tillegg arrangerer vi årlig fagkongress, i samarbeid med en av lokalgruppene. Dette arrangementet samler rundt 250-300 engasjerte anestesisykepleiere fra hele landet. Helgen 1. til 3. september 2023 arrangeres denne kongressen i Fredrikstad.

Anestesisykepleierne NSF er opptatt av og jobber med å dra i gang lokal aktivitet og engasjement. Dette kan være kurs,

fagkvelder, sosiale samlinger, faglige prosjekter eller forskning.

Anestesisykepleierne NSF har flere aktive nettverk for ulike grupper av anestesisykepleiere; fagsykepleiere, lærere, ledere, forskere og anestesisykepleiere som legger picelines/midlines. Vi har også et eget utdanningsutvalg som jobber spesifikt med saker knyttet til utdanning av anestesisykepleiere. Utdanningsutvalget har tradisjonelt vært ansvarlig for vår nasjonale eksamen for anestesisykepleiere, Kompetanseprogram for anestesisykepleiere, og for å bistå med vurdering av utenlandske anestesisykepleieres kompetanse. Utdanningsutvalget og daværende redaktør Inger Liv Hovind, tok i 2005 initiativet til den første norske fagboken i Anestesisykepleie, som sist ble revidert i 2021.

I alle sammenhenger fokuserer faggruppa på å oppnå nasjonal likhet med hensyn til anestesisykepleieres kompetanse og kvalifikasjoner.

## Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Anestesisykepleierne samarbeider tett med NSF sentralt, samt med Sentralt fagforum og de andre faggruppene. I forbindelse med vedtak av Nasjonale retningslinjer for anestesisykepleierutdanning jobbet vi spesielt tett med faggruppene for barne-, intensiv-, operasjon-, kreft- og helsesykepleiere, som også har slike forskriftsfestede retningslinjer. Fokus den senere tiden har spesielt vært på å innføre helhetlige masterløp for utdanningene våre, å gjeninnføre krav om to års erfaring som sykepleier før opptak til utdanningen, og på spesialistgodkjenning. I den forbindelse har vår leder Therese Jenssen Finjarn jobbet aktivt inn mot politikere og Helsedirektoratet. I samarbeid med Intensivsykepleierne NSF og NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) utgir Anestesisykepleierne NSF det fagfelleverderte tidsskriftet Inspira, via Cappelen Damm Akademisk (<https://>

[inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/login?source=%2Findex.php%2Fin-spira%2Fsubmissions](https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/login?source=%2Findex.php%2Fin-spira%2Fsubmissions)).

I tillegg jobber vi tett med Norsk anestesilogisk forening (NAF), som representerer en av de faggruppene vi anestesisykepleiere kanskje jobber tettest med. Nylig har vi i samarbeid med NAF gjennomført et prosjekt med fokus på anestesi og bærekraft (<https://tidsskriftet.no/2022/10/leder/baerekraftiganestesi>), og på den rollen anestesipersonell har for å møte klimautfordringene globalt.

Vi samarbeider også tett med nordiske parter i NOSAM, og internasjonalt med International Federation of Nurse Anesthetists.

### Anestesisykepleie

Anestesisykepleierne er en av få faggrupper hvor den internasjonale sykepleierorganisasjonen ICN har utarbeidet spesifikke retningslinjer: «ICN guidelines on Advanced Practice Nursing-Nurse Anesthetists» ([https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN\\_Nurse-Anaesthetist-Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_EN_WEB.pdf)). Anestesisykepleieres funksjons- og ansvarsområde er også grundig beskrevet i Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOg-vrSk28s29K0m2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>). I tillegg har faggruppen siden 1991, i fellesskap med NAF, utarbeidet en felles Norsk Standard for Anestesi ([https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-12/norsk-standardanestesi.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-12/norsk-standardanestesi.pdf)) hvor funksjonsområdet forhenholdsvis anestesisykepleier og anestesilog/lege i spesialisering anesthesiologi konkretiseres.

# 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.

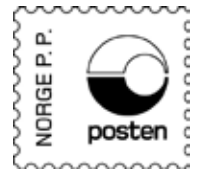
Dersom du har en ide til en fagartikkel eller forslag til temanummer ta kontakt med redaktør Simen A. Steindal på e-post: [simen.alexander.steindal@ldh.no](mailto:simen.alexander.steindal@ldh.no). Vi tilbyr noe veiledning på artikkel-skriving om det er ønske om dette.

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

### Krav til fagartikler

- Forfatterinformasjon: Navn, tittel, utdanning, arbeidsted og e-postadresse
- Legg ved portrettbilde
- Omfang er på 3-6 sider, artikler kan være lengre etter avtale med redaktør
- Skriftstørrelse 12, skrifttype Times New Roman og 1,5 linjeavstand
- Overskrifter skal ha fet skrift
- Forfatteren står fritt til å velge struktur på fagartikkelen. Dersom fagartikkelen presenterer resultater fra et forsknings- eller fagutviklingsprosjekt skal det være en kort metodedel
- Dersom fagartikkelen er basert på en tidligere publisert vitenskapelig artikkel, må det henvises til denne
- Norsk kortversjon av artikler som er publisert i internasjonale tidsskrift: 1-2 sider, kort innledning, kort og enkelt om metode, presentasjon av hovedfunnene, hva er implikasjoner for praksis/lungesykepleiere
- Referansestilen er norsk-APA stil, se kildekomaset.no for mer informasjon
- Fagartikkelen sendes som word-dokument sammen med portrettbilde på e-post til [simen.alexander.steindal@ldh.no](mailto:simen.alexander.steindal@ldh.no)
- Ved spørsmål ta kontakt med redaktør Simen A. Steindal på e-post [simen.alexander.steindal@ldh.no](mailto:simen.alexander.steindal@ldh.no)

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







## Hørte du klikket?

Med et klikk fra NEXThaler kan du være sikker på at hele dosen har blitt avgitt<sup>1-3</sup>

**INHALASJONSKLIKKET** som høres når dosen frigjøres, sørger for at pasienten kan føle seg trygg på at inhalatoren håndteres korrekt.

Hvis pasienten har åpnet inhalatoren, men lukker beskyttelseslokket uten å ha inhalert, går dosen tilbake til pulverbeholderen, slik at neste dose kan inhaleres sikkert.

Det er først etter at pasienten faktisk har inhalert dosen – og inhalatoren har klikket – at inhalasjonstelleren registrerer dosen.

Trimbow®  
**NEXThaler®**

beklometasondipropionat/  
formoterolfumaratdihydrat/  
glykopyrronium **INHALASJONSKLIKKET**

**Referanser:** 1. Trimbow pulverinhalator (NEXThaler) SmPC, 2022. 2. Buttini F, Brambilla G, Copelli D, et al. Effect of Flow Rate on In Vitro Aerodynamic Performance of NEXThaler in Comparison with Diskus and Turbohaler Dry Powder Inhalers. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2016;29:167-17. 3. Corradi M, Chrystyn H, Cosio B G, et al. NEXThaler, an innovative dry powder inhaler delivering an extrafine fixed combination of beclomethasone and formoterol to treat large and small airways in asthma. *Expert Opin Drug Deliv.* 2014;11:1497-1506.

**Trimbow (beklometasondipropionat, formoterolfumaratdihydrat og glykopyrronium)**  
Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg

**Indikasjon:** 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  $\beta_2$ -agonist eller en kombinasjon av en langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist (for effekt på symptomkontroll og forebygging av eksaserbasjoner, se SPC pkt. 5.1.).

**Dosering:** 2 inhalasjoner 2 ganger daglig. Pasienten må instrueres i riktig inhalasjonsteknikk.

**Pakninger og pris (AUP):** *Nexthaler inhalator:* 1x120 doser: kr 700,70, 3x120 doser: 1969,60. **Refusjonsberettiget bruk:** Vedlikeholdsbehandling ved kols, iht. preparatomtale. *ICPC/ICD:* R95/J44: Kronisk obstruktiv lungesykdom/Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Reseptgruppe:** C.

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- Ikke indisert til behandling av akutt bronkospasme eller akutt sykdoms eksaserbasjon.
- Risiko for paradoksal bronkospasme (må behandles umiddelbart), pneumoni hos kolspasienter, alvorlig hypokalemi, kardiovaskulære effekter, systemiske kortikosteroideffekter, hyperglykemi, vinkelblossglaukom, urinretensjon, synsforstyrrelser og umiddelbar overfølsomhetsreaksjon.
- Forsiktighet skal utvises ved alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hjertearytmier, idiopatisk subvalvulær aortastenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, alvorlig hjertesykdom, okklusiv karsykdom, arteriell hypertensjon, aneurisme, forlenget QTc-intervall, tyreotoksikose, diabetes mellitus, feokromocytom, ubehandlet hypokalemi, aktiv/latent tuberkulose, sopp- og virusinfeksjon i luftveiene, vinkelblossglaukom, prostatahyperplasi og urinretensjon.
- Ved liten effekt eller sykdoms eksaserbasjon, bør behandlingen revurderes. Bør ikke seponeres brått.
- Ved bruk av flere bronkodilatorer som anfallsmedisin, bør serumkaliumnivået overvåkes.
- Interaksjoner:** Må ikke gis samtidig med ikke-kardioselektive betablokkere eller samtidig med/de siste 12 timer før halogenerte anestetika. Langvarig samtidig bruk av andre antikolinergika anbefales ikke. Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av potente CYP3A-hemmere, andre beta-adrenergika, legemidler som kan gi hypokalemi, legemidler som påvirker nyreutskillelsesmekanismer, samtidig bruk med kinidin, disopyramid, prokainamid, antihistaminer, MAO-hemmere, TCA og fenotiaziner (gir økt risiko for ventrikulære arytmier), samt ved bruk av L dopa, L tyrosin, oksytocin og alkohol (kan hemme hjertefølelsen).
- Graviditet og amming:** Bruk under graviditet og fødsel bør unngås. Ved inntak av anseelige doser hos mor, må barnet observeres for adrenalsuppresjon. Det må besluttes om amming skal opphøre eller behandling avstås fra.
- Bivirkninger:** Hyppigst sett er dysfoni, oral candidose, muskelspasmer og munntørhet.

For utfyllende informasjon om dosering, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger, se Trimbow SPC godkjent 24.03.2022.

#01-2023 449-2022-MARK

Chiesi Pharma AB | chiesi.no | infonordic@chiesi.com