



Fagblad

for lungesykepleiere

Nr 1. – 2024

**Videoppfølging av pasienter
med Cystisk Fibrose** side 4

Fibroseteamet ved St. Olavs Hospital side 11



Kjære alle medlemmer!

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



Vi håper å se mange av dere på NSF FLU Landskonferansen i Bodø 19. og 20.09.2024.

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 videreutdanningen i Lungesykepleie. Det vil blant annet være innlegg fra noen av de som tok mastergrad i 2023. Mer informasjon om programmet og påmelding finner dere på nettsiden hos NSF og 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 en e-post til nsfflu@gmail.com

Fra i år har vi innført to søknadsfrister for å søke om stipend til faglige kurs og møter og datoene er 31.05. og 23.08.24. Dato nr. 2 vil fremover være ca. 1 måned før årets Landskonferanse avholdes. Mer informasjon og søknadsskjema finner dere på nettsidene våre.

Det ble informert om prosjektet, Enhetlig profilering, i regi av NSF i Fagbladet nr. 1, 2023 og på generalforsamlingen i 2023. Dette vil medføre at vi endrer navnet og logoen vår, slik at alle faggruppene i NSF har en mer enhetlig profil. Styret fikk fullmakt av general-forsamlingen til å følge dette opp videre. Det fremtidige navnet vårt vil bli **Lungesykepleiere NSF**, akronymet NSF FLU vil utgå når vi endrer navn. Logoen vår vil bli ganske lik den vi har nå, bare litt enklere. Vi har ikke fått informasjon om når den nye logoen er ferdig og da navneendringen trer i kraft. Vi vil sende ut informasjon til dere når dette skjer. Styret er meget fornøyd med det nye navnet, og det vil være mye enklere å bruke. Vi vil ikke bytte ut utstyr med gammel logo og navn så lenge det er funksjonelt.

Vi har fått **tildelt** kr.50.000,- i aktivitetsmidler til: Aktive lokalgrupper i alle aktuelle fylker. Dette gjelder følgende fylker: Troms, Telemark, Møre og Romsdal, og Buskerud.

Vi har også fått tildelt kr.100.000,- i fagutviklingsmidler til prosjektet: Samarbeid mellom de aktuelle interesseorganisasjonene og faggruppen for å kartlegge og utvikle kompetansen til sykepleiere som arbeider med personer med lungesykdommer. Heidi Øksnes Markussen og Vivi Lycke Christensen er prosjektledere.

Det er kommet en ny videreutdanning i Lungesykepleie ved Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo.

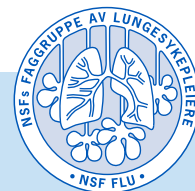
Har dere saker som dere ønsker at styret skal ta tak i, ønsker om tema i fagbladet vårt eller det er noe annet dere vil formidle til oss, så ta gjerne kontakt. Kontaktinformasjonen finner dere på neste side her i bladet eller på nettsiden.

Vi minner også om at **VERVEKAMPANJEN** fortsetter. Verver du medlemmer til faggruppen er det flotte vervepremier til de to som verver flest i 2024.

Vervepremier i 2024:

- **1. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen i Stavanger i 2025 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 i Stavanger i 2025.

Vi ønsker dere alle en riktig god sommer og sommerferie! Sommerhilsen fra alle i styret v/leder Gerd Gran



Innhold

Videoppfølging av pasienter med Cystisk Fibrose	4	Lungeteamet, Sentralsykehuset i Akershus (NÅ: AHUS) . . .	26
Fibroseteamet ved St. Olavs Høspital	11	Hva er ambulerende lungeteam ved Ahus anno 2024. . .	28
Erfaringer med Helseplattformen ved St. Olavs hospital etter innføring november 2022.	14	Lungemedisinsk poliklinikk, Ahus	32
Hvordan legge til rette for at ALS pasienter med LTMV ivaretar egen seksualitet?	17	Forebygging av trykkskader er alfa omega!	36
Hvordan lære opp helsepersonell til brukere av hjemmerespirator?	20	Presentasjon av lokalgruppelaget i Sør-Trøndelag	39
		Tett på 3	40
		Norsk Sykepleierforbunds nasjonale e-helsekonferanse . .	42

Utgitt av:
NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE
(NSF FLU)

NSF FLU nettsider:
lungesykepleiere.no
nsf.no

E-post: nsfflu@gmail.com

Styret 2023–2025 består av:

Leder: Gerd Gran
Seksjon for pasientsikkerhet,
Haukeland Universitetssjukehus

Nestleder: Tonje S. Hanssen
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: Ingunn Halvorsen
Lungeavdelingen på Haugesund Sykehus

Adresseforandringer og annen kontaktinformasjon kan endres på «min side» på sykepleierforbundets nettsider eller det kan meldes til medlemsadministrasjon@sykepleierforbundet.no.

Søknadsfrist for stipend og kursstøtte er 23.08.24. Søknaden sendes som vedlegg på e-post til nsfflu@gmail.com

Forsidebilde: Kathrine Sørgård

Design og trykk: Aksell – aksell.no

Utgivelsesplan 2024–2025:

2024	Materialfrist	Utgivelse
Nr. 2 2024	1. november	desember
2025		
Nr. 1 2025	1. mai	juni
Nr. 2 2025	1. november	desember

Gjeldende annonsepriser:

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

Alle priser er uten mva.



Simen Alexander Steindal

Redaktøren har ordet: Hva er lungesykepleie?

Tverrfaglig samarbeid er vesentlig for at personer med lungesykdom skal få god behandling og omsorg. I tverrfaglig samarbeid er det viktig å ha kjennskap til de andre profesjonenes og sin egen profesjonskompetanse og bidrag. Min erfaring er at fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer i større grad er bevisst på dette og i stand til å uttrykke hva som er deres profesjonskompetanse og egenart. Mens sykepleiere er som poteten og gjør alt fra å brette pappesker, vaske senger, gjør avanserte kliniske vurderinger, gir omsorg og pasientopplæring.

Ender sykepleiere opp med å gjøre mer av alt? – **Hva er sykepleie? – Hva er lungesykepleie? – Hva er det vi bidrar med inn i det tverrfaglige samarbeidet? Hvorfor er vår kompetanse viktig for pasienten og pasientbehandlingen?** I disse tider med stor oppmerksomhet på oppgavedeling og oppgavegliding, er det viktig at lungesykepleiere er bevisst på hva som er deres kompetanse og egenart. Da kan det være lettere å være tydelig på hvilke oppgaver vi kan «gi bort», hvilke vi må beholde og hvilke nye oppgaver vi kan påta oss.

Avstandsoppfølging av lungesyke har kommet for å bli. I dette nummeret av fagbladet kan du lese om avstandsoppfølging av personer med cystisk fibrose ved Oslo Universitetssykehus. Du kan lese om Fibroseteamet ved St. Olav hospital og om etablering av ambulant lungeteam, dagens ambulante lungeteam og lungepoliklinikken ved Akershus Universitetssykehus. I 2023 hadde vi en artikkel om innføringen av Helseplattformen ved St. Olav hospital. I dette nummeret kan du lese mer om Helseplattformen ett år etter.

Mange sykepleiere synes det er utfordrende å snakke med lungesyke om seksualitet. I dette fagbladet finner du en artikkel om hvordan legge til rette for at ALS pasienter med LTMV kan ivareta egen seksualitet. Du kan også lese om hvordan lære opp helsepersonell til brukere av hjemmerespirator. I dette nummeret kan du også lese om forebygging av trykkskader.

God sommer!

Simen A. Steindal
Redaktør

Videoppfølging av pasienter med Cystisk Fibrose

Benedicte Akselsen Grøterud, lungesykepleier, Norsk senter for cystisk fibrose, Oslo universitetssykehus, UXAKSB@ous-hf.no

Innledning

Denne fagartikkelen bygger på fordypningsoppgave levert ved Høgskolen på Vestlandet, Bergen, våren 2023. I artikkelen har jeg valgt å se nærmere på bruk av videokonsultasjon som metode for oppfølging av voksne pasienter med cystisk fibrose (CF).

CF er en medfødt, arvelig multiorgansykdom som hovedsakelig rammer lunge- og tarmsystem, men også nese, bihuler, bukspyttkjertel og lever (Borge & Oks-holm, 2021). Årsaken er en feil i et gen (CFTR) som fører til defekt i saltbalansen, og derfor dannes det svært seigt sekret. Hovedproblemet er kronisk bakteriell infeksjon i lungene. Personer med CF kan i tillegg til lungeinfeksjoner også ha opphørt funksjon av bukspyttkjertelen med malabsorpsjon av føde og har overhyppighet av diabetes. Disse alvorlige følgetilstandene medfører betydelig redusert funksjonsnivå for de aller fleste personer med CF. Hyppige kontroller, samt innlevering av ekspektoratprøver, er begrunnet hovedsakelig for å følge opp kronisk bakteriell infeksjon i lungene som behandles med forebyggende tiltak og ofte antibiotikakurer (Norsk senter

for cystisk fibrose, 2022a). Det er stor variasjon i graden av CF (Oslo Universitetssykehus, 2016). CF var for 50 år siden en sykdom barn døde av. I dag har situasjonen endret seg. Takket være nyere diagnostikk, forebyggende og årsaks-korrigerende behandling, samt økt tilgang på organer for de som er i behov av lungetransplantasjon er forventet levetid i Skandinavia for personer med CF mer enn 50 år. I Norge finnes det i underkant av 400 personer med CF, over 65% av disse er over 18 år (Oslo Universitetssykehus, 2016).

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 står det: «En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig» (Regjeringen, 2019). Da Koronapandemien inntraff ble nødvendigheten av videokonsultasjoner ekstra tydelig, og helsevesenet ble tvunget inn i en bratt læringskurve. Pasienter med CF måtte holde seg hjemme, men de trengte fortsatt jevnlig oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Allerede i januar 2020 søkte Norsk senter for Cystisk Fibrose (NSCF)



Benedicte Akselsen Grøterud

om midler fra innovasjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus (OUS) for å starte opp med videokonsultasjoner til en mindre gruppe pasienter med CF med isolasjons-/resistensproblematikk eller lang reisevei (Norsk forening for cystisk fibrose, 2020). Sånn sett var avdelingen allerede i prosess.

Nyere studier har vist at videokonsultasjoner fører til at pasienter snakker lettere gjennom video, men adresserer færre problemer enn ved fysisk konsultasjon. Teknologien rapporteres å være enkel i bruk og ha høy grad av aksept og mestring (Greenhalgh et al., 2018; Mold et al., 2019). Dette gjelder videokonsultasjoner generelt.



Hensikten med prosjektet var å se på hvorvidt videokonsultasjon kan erstatte deler av pasientoppfølgingen. Prosjektet ønsket å belyse hvordan videokonsultasjon kan være et supplement i oppfølging av pasienter med CF fra et lege-, sykepleier- og pasientperspektiv. Hypotesen var at videokonsultasjon vil være tidsbesparende både for helsepersonell og pasient, gi økt trygghet i forhold til smitterisiko, lette presset på poliklinikkens lokaler og gi økt kapasitet til å ta imot andre pasientgrupper.

Metode

Utvalg

Prosjektets leger og prosjektsykepleier lagde i samarbeid en liste over hvilke pasienter dette prosjektet kunne være aktuelt for. Totalt 22 pasienter med CF over 18 år med multiresistente og sjeldne bakterier i lungene, eller geografiske utfordringer tilknyttet avdelingen ble vurdert som aktuelle. Ti av disse ble så kontaktet av prosjektgruppen, enten på telefon eller ved oppmøte for å få informasjon. De fikk så spørsmål om de ønsket å være med, samt tid for opplæring og uthenting av utstyret. Lungekapasitet, eller hvor syke pasientene var, ble ikke lagt stor vekt på i utvelgelsesprosessen.



Ett av parameterne ved spirometri, som måler lungekapasiteten, er forsert ekspiratorisk volum første sekund (FEV1). Det vil si mengden luft pasienten puster ut av lungene i løpet av det første sekundet når pasienten puster kraftig ut etter totalfylling av lungene (LHL Astma og Allergi, 2020). Pasienter som ikke behersket norsk skriftlig og muntlig, ikke hadde god nok teknisk kompetanse og pasienter med syn- og hørselshemming ble ekskludert.

Videokonsultasjon

De inkluderte pasientene ble tilbudt videokonsultasjon som erstatning for deler av oppfølgingen ved spesialisthelsetjenesten. En prosjektgruppe bestående av leger og sykepleiere foretok både fysiske konsultasjoner på sykehuset, og videokonsultasjon for denne pasientgruppen. Prosjektet ble berammet til 12 måneder og målsettingen var at annenhver konsultasjon skulle foregå over video. Pasientene fikk utdelt spirometri

og pulsoksymeter til hjemmebruk, og fikk opplæring i bruk av dette av prosjektsykepleier. Pasientene fikk også med seg sendeprøver for innsending av ekspektorat slik at analyse av dette forelå før videokonsultasjonen.

Opplæring av teknikker og utdeling av utstyr ble gjennomført i perioden november 2020 til februar 2021. De inkluderte pasientene fikk utdelt telefonnummer til prosjektsykepleier om det skulle være noe de lurte på eller om de trengte bistand.

Helsepersonellet ble utstyrt med hode-telefoner med mikrofon og kamera til bruk med PC. Både lege og sykepleier tilknyttet prosjektet hadde egne kontorer som gjorde det enklere å skjerme seg, og snakke uforstyrret med pasienten. Hyp-pigheten for konsultasjoner var for de fleste deltakerne mellom 6–8 uker. Da prosjektet startet opp hadde sykehuset en avtale med kommunikasjonsplattformen Confrere. Etter omtrent 6 måneder ble det byttet til kommunikasjonsplattformen Whereby. Begge disse plattformene benyttet seg av BankID for å kunne logge seg på og ble ansett som både trygt og sikkert, når det gjaldt personvern. I Confrere måtte pasienten skrive inn en lenke på nettsiden til Confrere, mens i Whereby trykket de på en lenke i innkallingsbrevet som var sendt gjennom Helsenorge. I Whereby kunne ikke helsepersonellet kommunisere med pasienten om ikke pasienten hadde logget seg på lenken. I Confrere derimot kunne helsepersonellet sende beskjed om at de var klare for konsultasjonen, og påminne pasienten om å logge seg på.

Det ble satt opp sykepleierkonsultasjon 30 minutter i forkant av legekonsultasjonen for at pasienten skulle ha tatt spirometri og saturasjon/puls- og vekt målinger innen pasienten hadde time med lege. Sykepleier som hadde første del av konsultasjonen veiledet pasienten gjennom spirometrien, og noterte så ned verdiene i journalen slik at målingene

var klare når legen logget seg på. Legekonsultasjon varte i 45 minutter.

Datainnsamling

I etterkant av hver konsultasjon svarte både pasient og helsepersonell på et anonymisert spørreskjema som omhandlet om ekspektorat var sendt inn i tide til konsultasjonen, oppkobling, kvalitet på lyd og bilde, opplæring før prosjektstart og tilfredshet med videokonsultasjon. Spørreskjemaene besto av ni spørsmål der noen av spørsmålene var ulike i forhold til om det var helsepersonell eller pasient som besvarte. Spørsmålene skulle besvares som ja/nei eller rangering fra 1–5 (hvor 1 er lavest og 5 er høyest), samt et kvalitativt svar på totaltilfredshet.

Konfidensialitet og anonymitet ble hovedsakelig ivaretatt ved at:

- Ingen av spørreskjemaene ble merket med navn eller annet personalia
- Spørsmålene i spørreskjemaene gjorde det ikke mulig å knytte svarene til den enkelte deltaker
- Spørreskjemaene ble lagt usystematisk i en felles mappe, som kun prosjektleder hadde tilgang til på sitt kontor

Pasientsikkerhet ble ivaretatt ved at ansvarlig lege bestemte at videokonsultasjon kunne gjennomføres og var ansvarlig for hver enkelt pasient.

Etisk vurdering

Prosjektet var et internt evalueringsprosjekt og ble regnet som kvalitetsforbedring, og ikke helseforskning og prosjektet var dermed ikke meldepliktig til Regionale komite for medisinske og helsefaglige forskningsetikk. Det er ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombud siden ingen av spørreskjemaene var merket med navn eller med annet personalia.

Resultater

Ti pasienter ble inkludert i prosjektet. Aldersspennet på pasientene var fra 20 til 54 år med ett gjennomsnitt på 32 år. Syv var kvinner og tre menn. Pasientene hadde FEV1 fra 0,65 liter (22% av forventet) til FEV1 på 3,59 liter (107% av forventet). Det ble i prosjektperioden gjennomført totalt 32 videokonsultasjoner fordelt på de ti inkluderte pasientene.

Resultater fra spørreundersøkelsene besvart av pasienter

Ifølge spørreskjemaene ble det levert åtte ekspektoratprøver i forkant av konsultasjonene, mens ti ble ikke levert i tide. Med hensyn til hvor fornøyd pasientene var med opplæringen i forkant av oppstart av prosjektet var gjennomsnittsskår 4,7 av totalt 5, altså meget godt fornøyd. Åtte av konsultasjonene ble gjennomført på PC og ti på mobil.

På tilbakemeldingene om hvor fornøyd pasientene var på bildekvaliteten var gjennomsnittet 4,8, på lyd 4,8 og på oppkobling 4,6, også disse med en maksimal skår på 5.

Av de totalt 18 spørreskjemaene ble det i to av disse bemerket at videokonsultasjon ikke opplevdes som like trygt som ved fysisk oppmøte, men ingen videre begrunnelse for dette. Pasientene oppga en gjennomsnittsscore på 4,8 av 5 hva gjaldt den totale opplevelsen. Pasientene ble også bedt om å oppgi et estimat på hvor mye tid de sparte på å gjennomføre konsultasjonen per video. Alle oppga at de hadde spart tid, lavest tid spart var 40 minutter og lengste tid spart var 160 minutter. Gjennomsnittlig sparte pasientene 110 minutter, altså 1 time og 50 minutter.

Resultater fra spørreundersøkelsene besvart av helsepersonell

Ifølge helsepersonell hadde det blitt levert ekspektoratprøve i tide til åtte av 18 konsultasjoner.

På spørsmål om det ble brukt riktig teknikk ved spirometri, samt om det ble målt SpO₂, puls og vekt, ble det i 15 av spørreskjemaene rapportert ja.

Helsepersonellet ble også spurt om hvor fornøyde de var med bilde, lyd og oppkobling på en skala fra 1–5. På tilbakemeldingene på bilde kvaliteten var helsepersonells gjennomsnittskår 4,9, på lyd 4,4 og på oppkobling 3,7.

Både sykepleier og lege rapporterte at alle videokonsultasjonene ble gjennomført til avtalt tid. Legene rapporterte at fem av 18 konsultasjoner opplevdes ikke som en fullverdig konsultasjon, siden det ikke forelå svar på ekspektoratprøve, ikke var gjort spirometri i forkant eller at pasienten var dårlig. Ved to anledninger svarte helsepersonell at det hadde vært problemer med oppkoblingen, men dette ble ikke utdypet. Helsepersonellet oppga et snitt på 4,3 hva gjaldt tilfredshet med videokonsultasjonen. En av tilbakemeldingene bemerket følgende: «Når man har konsultasjon med dårlig pasient er det OK med video, men enda bedre med fremmøte». Seks av 18 konsultasjoner ble opplevd som ikke like trygt som ved oppmøte, heller ikke her var det skrevet en kommentar om hvorfor.

Diskusjon

Etter å ha analysert resultatene fra spørreskjemaene har jeg ønsket å rette søkelys mot følgende områder i diskusjonen; kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, erfaringer fra helsepersonell og ressursbruk. Til slutt vil jeg diskutere styrker og begrensninger ved prosjektet.

En studie fant at video- og telefonkonsultasjon scoret likt hva gjaldt lengde, innhold og kvalitet (Hammersley et al., 2019). Imidlertid kan videokonsultasjon være overlegen i forhold til telefonkonsultasjon, fordi pasient og helsepersonell kan se hverandre (Donaghy et al., 2019). Egen erfaring viser at ved bruk av video kan ansiktsuttrykk og kroppsspråk gi et tydeligere bilde av pasientens fysiske og

mentale tilstand. Pasientens non-verbale tegn kan gi helsepersonell en kontekst å tolke pasientenes svar i. Bildet gjør det lettere å vurdere pasientens allmenntilstand. Våre pasienter har ofte vært i kontakt med oss fra 18 års alder og kjenner derfor lege og sykepleier godt. Forskning tyder på at pasienten snakker mer dersom pasient og helsepersonell kjenner hverandre fra før (Greenhalgh et al., 2018). I en norsk studie rapportert 57% av fastlegene at hvis pasient og lege kjente hverandre veldig godt var videokonsultasjon minst like godt egnet, med bare noe kjennskap til pasienten var det nede på 38% og enda færre når pasienten var helt ukjent (Johnsen et al., 2021). Ifølge Steindal et al. (2023) kan det være hensiktsmessig med en fysisk konsultasjon før videokonsultasjon. Det bør derfor unngås at nyhenviste pasienter settes opp til videokonsultasjon som første møte.

Når det kommer til mer sensitive og komplekse problemer, viser studier til ulike resultater. Donaghy et al. (2019) fant at ved komplekse problemstillinger foretrekker pasienter og helsepersonell ansikt til ansikt konsultasjoner (Donaghy et al., 2019). Steindal et al. (2023) fant derimot at avstanden videokonsultasjon skaper kan bidra til at noen pasienter opplever at det er lettere å dele, samtidig som en kombinasjon av fysiske møter og videokonsultasjon er å anbefale (Steindal et al., 2023). Pasientene opplyste flere ganger gjennom prosjektperioden, at de synes videokonsultasjon var et bra alternativ til oppmøtekontroll og med en score på henholdsvis 4,3 og 4,8 av totalt 5 hva gjaldt tilfredshet tyder dette på at både helsepersonell og pasienter var fornøyde, men utformingen av spørreskjemaene ga lite rom for at pasientene kunne utdype hva de følte.

I en studie ble det bemerket at 10% av CF-pasientene i USA ikke møtte til sykehusavtalene sine på grunn av transportkostnader (Peckham & Spoletini, 2022). I lys av den siste økningen i levekostna-

dene, kan dette bli et enda større problem i fremtiden (Peckham & Spoletini, 2022). Dette er ingen erfaring vi har observert gjennom vårt prosjekt. Samtidig er vi klar over at videokonsultasjon kan være med på å skape en barriere for fysisk fremmøte fordi pasientene ikke ønsker å forlate hjemmet, og det kan da være at essensielle undersøker eller prøver blir usatt for lenge.

Våre pasienter oppga at de sparte i snitt 1 time og 50 minutter på videokonsultasjon kontra oppmøte på sykehuset. Pasientene som bodde langt unna oppga muntlig under samtale at videokonsultasjon kunne gjøre at de oftere tok kontakt med helsevesenet dersom det skulle være noe fordi de slapp å reise. Dette bekreftet også studien til Orlando et al. (2019). Her kunne nok spørreskjemaet vært tydeligere på å avgrense hvordan vi regnet tid. Til videre oppfølging bør tiden regnes fra pasienten går ut hjemmefra og til de er tilbake.

I samsvar med en studie (Rad et al., 2022) tyder resultatene fra dette prosjektet på at pasientene ikke alltid leverte sendep prøver til ekspektorat før videokonsultasjonen. Både helsepersonell og pasienter oppga at ved åtte av 18 konsultasjoner forelå svar på ekspektorat. Dette tallet er noe lavt med hensyn til hva vi ønsker i forkant av konsultasjoner for å optimalisere behandlingen. I studien til Rad et al. (2022) rapporterte både helsepersonell og pasienter at manglende ekspektoratsvar var bekymringsfullt. Dette er noe vi også stiller oss bak. Siden alle pasientene i vårt prosjekt hadde fått utlevert sendep prøver til ekspektorat burde det vært flere innsendte prøver. Under konsultasjonen kom det frem at pasientene hadde glemt det. Fremover er det viktig å iverksette tiltak for å styrke pasientenes evne til å ta mer ansvar rundt sin egen helse ved å sende inn ekspektorat på forhånd. For eksempel kan det i innkallingsbrevet være en påminnelse om dette, samt sendes ut en påminnelse-SMS en uke i forkant av videokonsultasjonen.



tryggere (Rad et al., 2022). Pasientene ble bedt om å ta med spirometriutstyret til oppmøtekontroll slik at helsepersonellet kunne sjekke at resultatene samsvarte med det stasjonære spirometriutstyret på sykehuset. Spesifikke retningslinjer for bruk av videokonsultasjon ved lunge-medisinsk avdeling bør utvikles for å tilstrebe at helsepersonell utfører videokonsultasjon likt.

CF-pasienter kommer til hyppig kontroll i henhold til internasjonale retningslinjer (Norsk senter for cystisk fibrose, 2022b). CF seksjonen ved lunge-medisin disponerer fire rom, tre ganger i uken, hvorav ett er isolat. Det er et økende problem med å avvikle tilstrekkelig antall konsultasjoner, spesielt for pasienter med multiresistente mikrober på grunn av mangel på isolatrom. Her kan videokonsultasjon være med på å løse logistikken, slik at langt flere kan få tilbud om helsehjelp innen gitt tid. Dette er kanskje en av de viktigste årsakene til at pasienter med CF bør få tilbud om videokonsultasjon.

Ved videokonsultasjon vil pasienten ikke bli utsatt for unødvendig smitte enten på sykehuset eller ved kollektivreise. Ved å kunne benytte oss av videokonsultasjon kan vi sikre en god behandling og fortsatt ta vare på pasientene våre når det ikke er nødvendig med oppmøtekontroll. Videokonsultasjon er et potensielt nyttig alternativ for å ta vare på pasienter med CF (Gifford et al., 2021). Det må tas høyde for at videokonsultasjonen kan avdekke forhold som for eksempel lav spirometri verdi, positive bakteriologiske svar, lav saturasjonsmåling, pågående infeksjon som bør avklares nærmere ved at pasienten må ha fysisk tilsyn av lege.

Det er viktig å påse at videokonsultasjon ikke begrunnes i ønske om effektivisering av poliklinikken, men ses på som

Ved manglende innsendelse av ekspektorat vil det heller ikke foreligge bakteriologiske svar til videokonsultasjonen. Dette kan føre til at pasienten ikke får startet riktig behandling tidnok og kan medføre at infeksjonen utvikler seg og pasientens tilstand forverres.

De fleste pasienter med CF har utført spirometri siden de var barn og har allerede innøvd en god teknikk. En studie fant at 93% av pasientene med CF gjennomførte en fullgod spirometri hjemme

24 timer etter opplæring (Bell et al., 2022). I vårt prosjekt tok pasientene opplæringen lett og kunne allerede samme dag utføre spirometri selv. Det ble heller ikke rapportert om bruk av feil teknikk. Dette tyder på at sykepleierkonsultasjonen trolig kan utgå på sikt, men veiledning og støtte fra sykepleier kan være med på å forbedre kvaliteten av videokonsultasjonen (Rad et al., 2022). Studien til Rad et al. (2022) viste at ved bruk av spirometri i en videokonsultasjon ville både lege og pasient føle det

et tilbud til pasienten. For en spesialisthelsetjeneste kan det være kostnads-effektivt å benytte seg av videokonsultasjoner (Wade et al., 2010), men vi ønsker i hovedsak å tilby videokonsultasjon grunnet mangel på isolatrom, for å skåne de sykeste pasientene eller for pasienter med lang reisevei.

I noen få tilfeller hadde helsepersonell problemer med å logge seg inn for å starte konsultasjonen. Siden spørreskjemaene var anonyme og uidentifiserbare vet vi ikke om dette gjaldt plattformen Confrere eller Whereby. Som ved alle andre digitale tjenester er det rimelig å forvente at det vil feile noen ganger når teknologien svikter eller nettet er dårlig. En studie fant at tekniske problemer ved bruk av videokonsultasjon var relativt vanlig (Donaghy et al., 2019). Likevel melder Confrere om at 99% av over 1 million konsultasjoner, gjort gjennom deres kommunikasjonsplattform, har blitt gjennomført uten feil (Confrere, 2023). En av fordelene ved plattformen Confrere var at det var mulig å sende melding til pasienten om at helsepersonellet var ledig før oppsatt tid og ventet i det digitale «venterommet». Dette gjorde at legen eller sykepleieren kunne hente inn pasienten, og spare tid i noen situasjoner. Med tanke på ressursbruk var dette heldig. I Whereby viste det seg at oppkoblingen var enklere, men her var det ikke mulig å hente inn pasienten før oppsatt tid. I ettertid så vi at vi skulle hatt en blanding mellom Confrere og Whereby med meldingsmuligheten til Confrere og innloggingen til Whereby.

Det er foreløpig mangelfulle data på CF og videokonsultasjoner og ytterligere forskning er nødvendig for å bestemme sikkerheten, effektiviteten og virkningen av denne metoden sammenlignet med den tradisjonelle CF-omsorgsmodellen (Rad et al., 2022). Allikevel hevder flere at telemedisin er en del av fremtiden når

det kommer til oppfølgingen av pasienter med CF (Ketchell, 2018).

Styrker og svakheter

En styrke ved prosjektet var at avdelingen så problemstillingen som praksisnær med tanke på sprenget kapasitet. Fagutviklingsprosjekter, som dette, har oftest til hensikt å utvikle kvalitetsforbedringer i forlengelsen av et erkjent problem (Bjørk & Solhaug, 2017).

Ved oppstart var det satt opp dato for tre evalueringsmøter i prosjektplanen. Møtene inkluderte både lege og sykepleier og tok for seg antall konsultasjoner og status på prosjektet. Vi rapporterte også inn til Innovasjonsavdelingen. Når vi ser tilbake på antall evalueringsmøter kunne vi fint ha satt opp flere møter og gjerne hatt ett i slutten av hver måned. Her kunne blant annet lav svarprosent på spørreskjemaene blitt fanget opp.

Kanskje kunne spørreskjemaet vært utformet som en ferdig avdelingsfrase i journalsystemet og dermed vært med på å effektivisere skrivingen ved at det kunne hentes ned ved ett trykk og deretter fylles ut for hver enkelt pasient (Helse Sør-Øst, 2014)? På en annen side ville det her ikke vært mulig å anonymisere pasientene, og det var frivillig for pasientene å svare på spørreskjema.

Det kan også diskuteres om det kunne gått an å spore pasient og helsepersonell slik at svarene kunne ha blitt sammenlignet innenfor den enkelte konsultasjonen, for å se om pasient og helsepersonell scorete likt eller ulikt på for eksempel tilfredshet. Samtidig kunne vi her møtt på utfordringer når det gjelder å beholde pasientens anonymitet.

Prosjektet kunne muligens sett på om lav lungekapasitet burde vært en del av eksklusjonskriteriene siden pasienter med

dårlig lungekapasitet ikke fikk like mange konsultasjoner med video. Disse pasientene hadde behov for fysisk behandling og tilsyn av helsepersonell. Tre av pasientene ble innlagt på sykehus samtidig som prosjektet pågikk. Samtidig er det disse pasientene som er mest ønskelig å skåne for bakterier på sykehuset.

Oppsummering

Etter endt prosjektperiode er vi relativt sikre på at videokonsultasjon kan være et godt supplement til konsultasjoner med fremmøte-, og under gitte betingelser erstatte slike, for pasienter med CF. Betingelsene innebærer at pasienten har levert ekspektoratprøve i god tid før konsultasjonen, og tatt eventuelt nødvendige undersøkelser forordnet av lege. Det er viktig å påse at pasienten skal få mulighet til å velge fremmøte hvis de heller ønsker det. Bruk av videokonsultasjoner kan avhjelpe press på lokaler i poliklinikken og minker smittefaren. Ofte er slike konsultasjoner betydelig ressurs sparende for pasienter – og til en viss grad for helsepersonell. Det er vanskelig å kunne tilrettelegge adekvate hygienetiltak til enhver tid med en økende CF-populasjon og også økning av resistente mikrober. Det vil effektivisere driften ved poliklinikken at pasienter tilbys enkelte kontroller fra hjemmet, fremfor å få avsatt ett rom alene grunnet hygienetiltak, og vi ønsker på sikt å tilby videokonsultasjon til alle CF-pasienter som supplement til den regelmessige oppfølgingen. Avdelingen har allerede startet arbeidet med en prosedyre for planlegging og gjennomføring av videokonsultasjoner ved lungemedisinsk poliklinikk. Ved lungemedisinsk poliklinikk og NSCF er både helsepersonell og pasientene enige. Videokonsultasjoner har kommet for å bli og er en del av fremtidens rutinekontroller i CF omsorgen i Norge.

Referanser:

- Bell, J. M., Sivam, S., Dentice, R. L., Dwyer, T. J., Jo, H. E., Lau, E. M., Munoz, P. A., Nolan, S. A., Taylor, N. A., Visser, S. K., Yozghatlian, V. A., & Wong, K. K. H. (2022). Quality of home spirometry performance amongst adults with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*, 21(1), 84-87. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2021.10.012>
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2017). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- en ressursbok*. Cappell damm AS.
- Borge, C. R., & Oksholm, T. (2021). *Lungesykepleie* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Confreere. (2023). *Vær opptil 4 personer på video, enkelt og sikkert*. Retrieved 07.04.2023 from <https://confreere.com/no/#:~:text=Confreere%20er%20et%20ekstra%20sikkert%20videoverkt%C3%B8y%2C%20som%20er,fastleger%20og%20psykologer.%20For%20fastleger%20eller%20for%20sykehus>
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*, 69(686), e586-e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
- Gifford, A. H., Ong, T., Dowd, C., Van Citters, A. D., Scalia, P., Sabadosa, K. A., & Sawicki, G. S. (2021). Evaluating barriers to and promoters of telehealth during the COVID-19 pandemic at U.S. cystic fibrosis programs. *J Cyst Fibros*, 20, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2021.08.034>
- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., Hanson, P., Campbell-Richards, D., Ramoutar, S., Collard, A., & Hodkinson, I. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res*, 20(4), e150-e150. <https://doi.org/10.2196/jmir.9897>
- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br J Gen Pract*, 69(686), e595-e604. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704573>
- Helse Sør-Øst. (2014). *Brukerveiledning. Fraser, opprette, redigere og bruke fraser_BV*. Retrieved 26.04 from http://admininfo.helse-sorost.no/regionalt/Regionale%20DIPS%20prosedyrer%20og%20brukerveiledninger/Fraser,%20opprette,%20redigere%20og%20bruke%20fraser_BV.pdf
- Johnsen, T. M., Norberg, B. L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F. H., & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *J Med Internet Res*, 23(2), e26433-e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
- Ketchell, R. I. (2018). Telemedicine is the way forward for the management of cystic fibrosis – the case in favour. *Paediatr Respir Rev*, 26, 19-21. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2017.03.004>
- LHL Astma og Allergi. (2020). *Hva er spirometri?* Retrieved 26.03 from <https://www.lhl.no/lhl-astma-og-allergi/astma/hva-er-spirometri/>
- Mold, F., Hendy, J., Lai, Y.-L., & de Lusignan, S. (2019). Electronic Consultation in Primary Care Between Providers and Patients: Systematic Review. *JMIR Med Inform*, 7(4), e13042-e13042. <https://doi.org/10.2196/13042>
- Norsk forening for cystisk fibrose. (2020). *CF-voksen vant 150 000 til prosjekt om videokonsultasjoner*. Retrieved 22.03.23 from <https://www.cfnorge.no/nyheter/cf-voksen-vant-150-000-til-prosjekt-om-videokonsultasjoner/>
- Norsk senter for cystisk fibrose. (2022a). *Cystisk fibrose - Antibiotika-behandling, Retningslinje, e-håndbok*. Retrieved 14.04 from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/133683>
- Norsk senter for cystisk fibrose. (2022b). *Rutinemessig kontroll og oppfølging av pasienter med cystisk fibrose i Norge – Arbeidsgrup-pens anbefalinger*. Oslo Universitetssykehus, Norsk senter for cystisk fibrose, Norsk senter for sjeldene diagnoser. Retrieved 20.04 from <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Norsksenterforcystiskfibrose/Documents/Anbefalinger%20for%20rutine-messig%20kontroll%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20pasien-ter%20med%20cystisk%20fibrose%20i%20Norge%20oppdatert%20juni%202022%2c%20NSCF%2c.pdf.pdf>
- Orlando, J. F., Beard, M., & Kumar, S. (2019). Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. *PLoS One*, 14(8), e0221848-e0221848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221848>
- Oslo Universitetssykehus. (2016). *Norsk senter for cystisk fibrose - Diagnostikk*. Oslo Universitetssykehus. Retrieved 22.03 from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/norsk-senter-for-cystisk-fibrose/diagnostikk-og-behandling/norsk-senter-for-cystisk-fibrose-diagnostikk#cystisk-fibrose>
- Peckham, D., & Spoletini, G. (2022). Impact of Digital Technologies in Clinical Care for Adults with Cystic Fibrosis. *Thieme Medical Publisher, Inc*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758730>
- Rad, E. J., Mirza, A. A., Chhatwani, L., Purington, N., & Mohabir, P. K. (2022). Cystic fibrosis telemedicine in the era of COVID-19. *JAMIA Open*, 5(1), ooac005-ooac005. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooac005>
- Regjeringen. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 Meld. St. 7 (2019–2020)*. Retrieved 22.03.23 from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Steindal, S. A., Nes, A. A. G., Godskesen, T. E., Holmen, H., Winger, A., Österlind, J., Dihle, A., & Klarare, A. (2023). Advantages and Challenges of Using Telehealth for Home-Based Palliative Care: Systematic Mixed Studies Review. *J Med Internet Res*, 25, e43684-e43684. <https://doi.org/10.2196/43684>
- Wade, V. A., Karnon, J., Elshaug, A. G., & Hiller, J. E. (2010). A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. *BMC Health Serv Res*, 10(1), 233-233. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-233>



Sykepleierne i fibroseteamet; f.v Karina Slettebak Wangen, Veronica Brækkan Moen, Nina Bredesen

Fibroseteamet ved St. Olavs Hospital

Veronica Brækkan Moen, sykepleier, St. Olavs Hospital, Veronica.Brekkan.Moen@stolav.no

Nina Bredesen, sykepleier, St. Olavs Hospital, Nina.Bredesen@stolav.no

Bakgrunn for oppstart av fibroseteamet

Ønsket om å få til bedre oppfølging for fibrosepasientene våre oppstod for flere år siden etter et hjemmebesøk hos en pasient. Pasienten hadde langtkommen lungefibrose, og hadde fått hjemmeoksygen. Både pasienten og pårørende trodde at pasienten skulle bli frisk, og de sa fra seg alt de hadde av kommunal hjelp fra før. Det var da vi virkelig forstod hvor stort behovet for god oppfølging og informasjon var blant denne pasient-

gruppen. De hadde poliklinisk oppfølging på lik linje med andre lungepasienter, men det var behov for å jobbe mer systematisk og sikre bedre oppfølging da en del av disse pasientene ofte har et raskt og alvorlig progredierende forløp.

Dette var rundt 2019/2020, og derfra begynte vi smått å jobbe mot målet om bedre poliklinisk oppfølging hos denne pasientgruppen. Så kom covid-19 og alt ble lagt på vent fram til vi tok opp arbeidet igjen høsten 2022. Sammen med

noen av legene våre bestemte vi oss for å søke midler til et tjenesteinnovasjonsprosjekt, slik at vi kunne få penger til å drifte dette. Målet var å opprette et eget fibroseteam med egne fibrosesykepleiere og faste leger som følger opp denne pasientgruppen. Vi hadde i utgangspunktet ingen midler, men fikk innvilget penger gjennom dette prosjektet slik at vi kunne ha en sykepleier i 20 % stilling som jobbet med fibrose. Planen var at sykepleierne skulle avlaste legene med egne timer, i tillegg til at vi skulle følge opp



pasientene mer digitalt. Vi har hospitert på Rikshospitalet og Ahus for å se hvordan de drifter poliklinikken med tanke på fibrose, og vi har vært på kurs i Stockholm.

I dag er vi 3 faste leger og 3 faste sykepleiere i teamet på poliklinikken. Vi har utvidet til 30 % sykepleierstilling grunnet stort behov, og jobber med fibrose 1,5 dag per uke. Målet er at pasientene skal få et bedre oppfølgingstilbud, i tillegg til at sykepleierne skal kunne avlaste legene. Per nå følger vi opp pasientene som mottar antifibrotisk behandling, i tillegg til de som ikke tåler eller ønsker det. Vi har rundt 70 pasienter vi følger opp, men dette tallet øker stadig. Vår jobb er å sikre at de kommer inn på timer til riktig tid, og i tillegg følger vi opp oppstart og bivirkninger av antifibrotiske medisiner. Før oppstart tar alle pasientene baseline leverprøver, deretter etter 1 måned, og videre ved kontroller. Pasienter som ikke mottar antifibrotisk behandling følges vanlig opp på poliklinikken på lik linje med andre pasienter.

Hva gjør vi?

Fibrosesykepleier følger i stor grad opp oppstart av medisiner, og håndtering av eventuelle bivirkninger. Innimellom har vi også oppfølgingssamtaler for å høre hvordan det går med dem, hvor vi for-



søker å kartlegge pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon.

Fibrosesykepleier følger opp pasientene med ringetime ca. 4 uker etter oppstart antifibrotisk behandling for å høre at de har kommet i gang og at det går greit. Ved behov kan pasientene ringe et eget telefonnummer til fibrosetelefonen og legge igjen en beskjed eller spørsmål på svareren. Vi ringer dem opp igjen så fort vi har mulighet. En del pasienter ringer svareren ved bivirkninger, og da kan vi ofte komme med tiltak og gjøre endringer per telefon i stedet for at pasientene tren-

ger å settes opp på time. I tillegg slipper legene å håndtere disse telefonene, vi konferer med dem og ringer pasientene opp igjen etterpå. Pårørende kan også ringe inn på svareren hvis de lurer på noe eller bare trenger en samtale.

Vi har nå holdt på ca. 1 år og vi har utarbeidet et eget forløp for når disse pasientene skal inn på time, og når de skal følges per telefon med sykepleier. Dette tilpasses selvfølgelig også individuelt. Når pasientene kommer på oppmøtekontroller for pusteprøver og legetime kan hvilken som helst sykepleier gjøre forundersøkelsene, men vi tilstreber å ta så mange som mulig selv slik at vi får snakket og blitt litt kjent med dem. Vi kan også snakke med pasientene etterpå hvis det skulle være ønskelig.

Mange pasienter med fibrose får etter hvert behov for oksygen, og sykepleierne i fibroseteamet har i stor grad tatt over ansvaret for å utstyre og gi opplæring til de pasientene som har behov for langtids oksygenbehandling i hjemmet. Dette blir en arena hvor vi ofte får møtt både pasient og pårørende. Det gir rom for kartlegging som vi ellers ikke nødvendigvis har ressurser eller tid til når de er på oppmøtekontroller.



Vi samarbeider tett med sengeposten, og ved flere anledninger har vi valgt å legge inn de dårligste fibrosepasientene elektivt for å kunne gi tettere og en mer tverrfaglig vurdering og oppfølging enn det vi kan gi poliklinisk. Det fungerer ikke alltid så godt hjemme fordi fibrosepasientene har blitt så mye dårligere og de behøver denne innleggelsen for å få på plass det de trenger for å kunne være trygge og ha det så godt som mulig. Ved innleggelse blir de inkludert i lindrende enhet på lunge (LEL), som er et tilbud vi har opprettet på sengeposten vår for alvorlig syke pasienter med stor symptombyrde og behov for bredere tverrfaglig kartlegging. Her får vi gjort en god systematisk kartlegging fra flere instanser slik at vi sikrer at pasientene har et godt og fungerende opplegg rundt seg til de skal hjem eller eventuelt videre på et kommunalt korttidsopphold.

Veien videre

Videre tenker vi også å utstyre en del av pasientene våre med hjemmespirometer for bedre oppfølging mellom oppmøtekontroller, men det har vært en lang prosess for å få godkjenning til å ta dette i bruk, og vi har nettopp fått klarsignal til å komme i gang. Vi jobber med å utarbeide en plan for når og hvor ofte vi ønsker at pasientene skal blåse spirometri hjemme.

Vårt nyeste prosjekt nå er å få arrangert lærings- og mestringskurs for pasienter med lungefibrose og deres pårørende. Vi har så smått begynt planleggingen, og håpet er å få arrangert kurs til høsten.

Helt siden vi startet arbeidet med å få i gang et eget team for å følge opp fibrosepasientene har veien mot målet vært svært lærerikt og givende. Vi har hatt mange møter og samtaler for å finne ut

hvordan vi på best mulig måte skal drifte dette. Erfaringen så langt er at pasientene i stor grad kommer inn på timer når de skal, og med telefonoppfølging i mellom kontrollene på poliklinikken kan vi nå følge dem tettere. Pasienten setter også pris på å ha et fast kontaktpunkt/telefonnummer de kan ringe til hvis det skulle være noe. Mange føler seg tryggere når de vet at de både kan ringe hit og at vi kan ringe dem for oppfølging. På denne måten kan vi i større grad også fange opp om pasientene plutselig skulle bli mye dårligere. Vi trækker fortsatt stien mens vi går, men vi tror vi gjør mye bra for mange, og håper vi får fortsette med dette i mange år til. Og til alle som vurderer å starte slik oppfølging; bare gjør det! Snakk med andre som har startet før dere, hospiter for tips og inspirasjon, dra på kurs for faglig påfyll og finn deres egen måte å gjøre det på.



NSF FLU Landskonferanse Bodø 2024



NSF FLU LANDSKONFERANSE 2024

Vi ønsker alle hjertelig velkommen til
Landskonferansen i 2024
Radisson BLU Hotel, Bodø
WWW.LUNGESYKEPLEIERE.NO

Erfaringer med Helseplattformen ved St. Olavs hospital etter innføring november 2022



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

Jeg har jobbet på lungemedisinsk avdeling siden 2005. I denne artikkelen beskriver jeg mine erfaringer med innføringen av Helseplattformen (HP) ved St. Olavs hospital nesten 1,5 år etter innføring 12.11.22. Dette er en oppfølgingsartikkel fra artikkel ugitt i 2023.

Hva er Helseplattformen?

HP er et journalsystem for å bedre informasjonsflyten og dermed få økt pasient-sikkerhet. 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.

Har det blitt noe bedre?

I min forrige artikkel ble det beskrevet flere kritiske feil som vi opplevde i det daglige og som Helsetilsynet etter et tilsyn også mente måtte løses. Dedikert personell har jobbet hardt for å gi bedre brukervennlighet for oss som bruker HP. Det har vært mulig å gi tilbakemeldinger og sende feilmeldinger til HP om hva som ikke fungerer i det daglige. Dette har da blitt forsøkt løst på best mulig måte via en rekke oppdateringer som har kommet det siste året, den siste ble satt i produksjon 9.4.24. Flerbrukerkonflikter der man ikke kan jobbe med samme pasient uten å få feilmelding har for det meste blitt helt løst. Forordning (bestilling) av prøver har blitt enklere, ved oppdateringer og fordi man nå vet hvordan man skal bestille prøvene. Legemiddeladministrasjonen (LMA) har også blitt bedre. Vi har også fått mer erfaring om hvordan HP fungerer og kan derfor hjelpe andre med problemløsning.

Ting som fremdeles ikke går helt etter planen

Dessverre er ikke systemet helt vanntett enda, og feil oppstår. I en nyhetsartikkel i Adresseavisen 29.4.24 kommer det frem at en teknisk feil i HP gjorde at en pasient ikke ble kalt inn til kontroll etter CT. Dette førte til forsinket oppdagelse av progresjon av kreft. Pasienten døde i februar i 2024. Den tekniske feilen ble rettet i fjor, men er en påminner om at systemet ikke fungerer helt optimalt. Det jeg vet, er at pasientkoordinatorer på min avdeling jobber hardt for å sørge for at alle pasienter kommer inn til rett tid og får den oppfølgingen de trenger. Selv om det er enklere å bruke forordninger, er det fremdeles en del brukerfeil. Det er også stor forskjell om pasienten er innlagt eller poliklinisk med hensyn til hvordan man bestiller prøvene.

Det kan være vanskelig å finne informasjon på en rask og effektiv måte, særlig hvis pasienten ikke har hatt kontakt St.

Olavs etter innføringen av HP, eller hvis man vil finne ut hvor lenge pasienten f.eks. har hatt søvnapne. Man må da gå inn på det gamle journalsystemet for å finne informasjon. Det er nok også funksjoner i HP som vi ikke har funnet ut av enda. Det er fremdeles behov for repetering og gjennomgang av hvordan man skal på dokumentere på best måte. Jeg ser behovet for at det settes en standard på hva som skal skrives etter en poliklinisk sykepleiekonsultasjon og hvordan notatet skal sendes til fastlegen. Det er mange «veier» til hvordan man skal finne informasjon og dokumentere, men ved å snakke sammen kan vi finne den beste måten. Problemet er bare å finne tid i en hektisk hverdag til en kreativ og god informasjonsutveksling. Erfaringen er at når vi har 30 minutter til rådighet og en plan for hva som skal gjennomgås får vi til mye.

Hospitering fra andre sykehus som innførte HP

Helse Møre og Romsdal (HMR) innførte HP 27. april 2024. I den sammenheng har lungemedisinsk avdeling og andre avdelinger hatt flere personalgrupper fra Molde, Kristiansund, Volda og Ålesund på hospitering for å se hvordan vi bruker systemet. Deres tilbakemeldinger har vært utelukkende positive. Det som

gjentas mest, er at det er lettere å forstå HP når man jobber med pasienter i klinikken, og ikke i et øvelsesmiljø. Vi har prøvd å legge til rette for at innføringen skal gå så lett som mulig for HMR. Ansatte fra St. Olavs har dratt til andre sykehus for å bidra med innføringen av HP den første tiden.

Oppsummering

Innføringen av HP ved St. Olavs hospital har vært en lang vei å gå. Det har til tider vært frustrerende når en ting har fungert en dag, men ikke den neste dagen. Det er fremdeles mye som kan bli bedre, særlig brukervennligheten, men alt i alt er jeg fornøyd med HP og de nye funksjonene som vi har nå. Jeg ønsker HMR lykke til med innføring av Helseplattformen.

Kilder

[Disse forbedringene ble satt i produksjon 9. april – Helse Midt-Norge RHF \(helse-midt.no\)](#) Sist lest 25.4.24, Sist oppdatert 16.4.24

[Spørsmål og svar – Helseplattformen AS](#) Sist lest 1.5.24, Sist oppdatert 17.01.2023

[Kreftsyke Einar ble aldri innkalt til ny hudkontroll ved St. Olav. Årsak: Feil i Helseplattformen – adressa.no](#) Sist lest 1.5.24, Oppdatert 29.4.24

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



NUCALA

FORENKLET DOSERING ÉN GANG I MÅNEDEN^{1,2}

GSK

Flere administrasjonsformer tilgjengelig:



HJEMME

Ferdigfylt penn
100 mg¹



PÅ SYKEHUS

Ferdigfylt sprøyte
40 mg og 100 mg¹

98%
av pasientene

lyktes med selvadministrering av Nucala ved bruk av den ferdigfylte injeksjonspennen.^{2*}

86%
av pasientene

rapporterte at den selvadministrerte, ferdigfylte pennen var svært enkel å bruke hjemmefra.^{2**}

Nucala er indisert som tilleggsbehandling **ved alvorlig, refraktær, eosinofil astma** hos voksne, ungdom og barn over ≥ 6 år. Anbefalt dose:

- Voksne og ungdom ≥ 12 år: 100 mg (1,0 ml) hver 4. uke.
- Barn 6-11 år; injeksjonsvæske i ferdigfylt sprøyte: 40 mg (0,4 ml) hver 4. uke.

NUCALA
mepolizumab

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Advarsler/forsiktighetsregler: Skal ikke brukes til å behandle akutte astmaeksaserbasjoner. Pasienten bør informeres om å søke legehjelp dersom astmaen fortsatt er ukontrollert eller blir verre etter behandlingsstart. Brå seponering av kortikosteroider etter behandlingsstart er ikke anbefalt.

Allergiske reaksjoner: Akutte og forsinkede systemiske reaksjoner, inkl. overfølsomhetsreaksjoner, har forekommet. Pasienten skal informeres om å søke legehjelp umiddelbart dersom allergiske reaksjoner inntreffer. Ved overfølsomhetsreaksjon skal passende behandling initieres.

Parasittære infeksjoner: Preeksisterende helmintinfeksjoner bør behandles før behandlingsstart. Bli pasienten smittet under Nucala-behandling og ikke responderer på antihelminthbehandling, bør midlertidig seponering av Nucala vurderes.

Bivirkninger: I kliniske studier hos pasienter med alvorlig refraktær eosinofil astma var hodepine, reaksjoner på injeksjonsstedet og ryggsmertor de mest vanlige rapporterte bivirkningene under behandlingen.

Les preparatomtale for mer informasjon før forskrivning av Nucala.

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

Refusjon: H-resept: R03D X09_1 Mepolizumab. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Maksimalpriser: 100 mg 1 stk ferdigfylt penn/sprøyte 11967,30 kr. 40 mg 1 stk ferdigfylt sprøyte 4808,70 kr. Avtalepris inngår i Sykehusinnkjøp anbud LIS 2022 Alvorlig ukontrollert T2-høy astma fra 01.04.2022-31.08.2024. Anbudet inneholder rabatterte priser. Nucala (mepolizumab) er besluttet innført av Beslutningsforum til behandling av alvorlig eosinofil astma.

*n=53 av 54 pasienter ≥ 12 år /påførende ved tredje injeksjon.²

**n=44 av 54 pasienter ≥ 12 år /påførende ved tredje injeksjon.²

Referanser: 1. Nucala preparatomtale 2. Bernstein D, Pavord ID, Chapman KR et al. Usability of mepolizumab single-use pre-filled autoinjector for patient self-administration. J Asthma. 2017;281-12.

GlaxoSmithKline AS Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo Telefon 22 70 20 00 • gskpro.com/nb-no

©2024 GSK Group of Companies or its licensor. Trademarks are the property of their respective owner. PM-NO-MPL-ADVR-240003 april 2024

Hvordan legge til rette for at ALS pasienter med LTMV ivaretar egen seksualitet?

Ingunn Halvorsen, lungesykepleier,
Haugesund Sykehus,
ingunn.halvorsen@helse-fonna.no

Introduksjon

I mitt arbeid som langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) koordinator møter jeg pasienter med ALS hvor jeg følger dem tett fra oppstart og til avslutning av behandling. En kompleks diagnose som har mange aspekter som skal imøtekommes, og derfor var seksualitet et aktuelt tema å fordype seg i.

Denne artikkelen er basert på min fordypningsoppgave i lungesykepleie. I forkant av valg tema for fordypningsoppgaven gjennomførte jeg samtaler med tverrfaglig team på sykehuset hvor jeg arbeider. Alle erfarte at et sårbare tema som seksualitet er sjeldent belyst. Hensikten med fordypningsoppgaven var derfor å rette fokus mot pasientens opplevelse og ivaretagelse omkring egen seksualitet til tross for LTMV behandling, samt belyse og utforske hvordan en lungesykepleier kan legge til rette for at pasienten har ressursene til å fokusere på nettopp dette.

Metode

Oppgaven ble besvart ved hjelp av litteraturstudie. Ved å utføre en litteraturstudie vil det innebære å søke seg frem



til allerede publisert forskningslitteratur. Funnene oppsummeres for å kunne danne et større teoretisk grunnlag og settes i perspektiv ved valg av tema (Magnus & Bakketeig sitert i Thidemann, 2017, s. 79-80).

Resultat

PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et verktøy som kan være til hjelp for helsepersonell til å kunne forstå behovet for informasjon, veilede og vurdere med hensyn til deres seksualitet.

PLISSIT står for:

1. Permission = Tillatelse
2. Limited Information = Begrenset Informasjon
3. Specific Suggestions = Konkrete Forslag
4. Intensive Therapy = Intensiv Terapi

Tillatelse omhandler å gi rom for å snakke om seksualitet. Pasienten skal få anledning til å sette ord på sine tanker rundt sin seksuelle helse. Samtykke må være innhentet før samtale initieres. Det krever at sykepleier er villig til å være delaktig i samtalen, samtidig som det vil kreve en viss trygghet hos sykepleieren. Om pasienten ikke ønsker å snakke om temaet, kan det være en mulighet å legge frem and kilder som for eksempel brosjyrer og nettsider omhandler tema (Borg, 2017, s. 127).

Begrenset informasjon innebærer at pasienten skal kunne få svar på sine bekymringer eller eventuelle utfordringer. Pasienten har rett på informasjon rundt sin sykdom, samt mulige konsekvenser av behandlingen er noe pasienter vil ha rett på. Informasjonen kan bidra til at antagelser omkring ALS og aktuell behandling vil kunne bli sett bort fra (Borg, 2017, s. 128).

Konkrete forslag innebærer å gi råd for å gjøre pasienter i stand til å mestre spesifikke situasjoner som kan oppstå med følge av diagnosen. Hjelpemidler som kan bidra med å ivareta eget seksualliv kan være et eksempel på dette (Borg, 2017, s. 129-130).

Intensiv terapi krever økt ekspertise på området. For en sykepleier vil dette innebære å kjenne igjen behov for ytterligere behandling, motivere pasient og eventuelt henvise videre til spesialist (Borg, 2017, s. 130).

Pasienten og pårørendes opplevelse av sykdom og seksualitet

Shabazi et al. (2017) påpeker at ALS påvirker individers seksualitet og at det er behovet for ytterligere fokus rundt seksualitet. Fysiske begrensninger hører med sykdommen, i tillegg til psykiske aspekter omkring hvordan de selv håndterer dette påvirker ens seksualitet. Pasientene uttrykker engstelse rundt sine kroppslige endringer og selvfølelse, samt frykt for avvisning eller det å ikke kunne være i fysisk stand til å tilfredsstille sin partner (Poletti et al., 2019).

Sykepleierens kunnskap og forutsetninger for samtale

Seksualitet blant pasienter med ALS blir fremdeles ikke tilstrekkelig kartlagt i helsevesenet (Poletti et al., 2019). Det er behov for at helsepersonell tar initiativ til samtaler omkring seksualitet, men helsepersonell kan mangle strategier for å initiere slike samtaler (Shahbazi et al., 2017).

Informasjonsbehov blant pasienter

Studier viser til at pasienter med ALS og LTMV ønsker mer informasjon omkring sin seksualitet (Rolland et al., 2021; Shahbazi et al., 2017). Pasienter med ALS har trolig for informasjon om seksualitet, men det er ikke gitt at de tar opp dette

tema på eget initiativ. Pasient og pårørende kan være usikre på hva som er helsepersonells ansvar relatert til seksualitet ettersom det sjeldent tas opp. Pasienter opplever mangel på informasjon rundt seksuelle hjelpemidler og pasienter kan ønske at helsepersonell tar opp dette. Til tross for et bevisst behov for samtale og råd rundt seksualitet føler ikke alltid pasienten eller pårørende seg komfortabel med å initiere samtale med helsepersonell (Taylor, 2014).

Diskusjon

En trygg relasjon mellom pasient og sykepleier er en forutsetning for samtale om seksualitet. Det er viktig for pasienter at sykepleier støtter, veileder og gir informasjon. For å etablere tillit er det viktig at sykepleier kjenner til hva som kan lindre pasientens plager og bekymringer, for eksempel å vite hvilke seksuelle hjelpemidler som er tilgjengelig for pasienten den (Oksholm & Borge, 2021). Egen erfaring tilsier at det kan være utfordrende å skape en slik relasjon ettersom pasient har flere å forholde seg når de er på sykehus og i oppstart fase av behandling.

Helsepersonells er enige om at ALS påvirker pasientens seksualitet, samtidig som de etterlyser mer informasjon omkring strategier og intervensjoner for å hjelpe dem med å snakke om temaet seksualitet (Shahbazi et al., 2017; Taylor, 2014). Shahbazi et al. (2017) viser til en felles forståelse blant pasienter og helsepersonell at andre sykdomsrelaterte bekymringer som blant annet respirasjon og mobilitet ofte havner i fokus. Erfaringsmessig er det nettopp dette som skjer i egen arbeidshverdag. En tenker at «større» og mer sentrale tema er viktigere og derfor blir seksualitet ikke prioritert. På tross av at pasienters seksualitet ikke direkte påvirker pasientenes overlevelse, så er seksuelle aktiviteter og

intimitet en viktig del av pasienters liv. Seksuelle aktiviteter og intimitet bygger opp under pasienters emosjonelle velvære, og det er derfor viktig at helsepersonell setter søkelys på dette (Poletti et al., 2019). Poletti et al. (2019) anbefaler at tverrfaglige team bringer opp seksualitet som en del av den daglige behandlingen av denne pasientgruppen.

Mangel på strategier for å dele informasjon med pasienter kan være en årsak til at helsepersonell ikke tar opp dette temaet (Shabazi et al., 2017). Økt oppmerksomhet rundt og kunnskap om verktøy, som for eksempel PLISSIT-modellen, kan gjøre helsepersonells terske for å ta initiativ til slike samtale lavere. PLISSIT-modellen vil kunne ivareta og bekrefte pasientens behov, samtidig motivere og legge til rette for at helsepersonell bringer opp sensitive tema som seksualitet.

Avhengig hvor langt sykdommen har utviklet seg, kan pasienten ha behov for LTMV, som kan begrense pasientens evne til å engasjere seg i seksuell aktivitet (Shahbazi, et al., 2017). Samtidig foreslår Schonhofer et al. (2001) at oppstart av LTMV kan ha en positiv effekt ettersom det letter det respiratoriske arbeidet for pasienten. Etter oppstart at LTMV rapporterer pasienter en endring i seksuell aktivitet, men i positiv forstand ettersom det tidligere har vært utfordrende med hensyn til økt tungpust og fysisk svakhet. En opplever at de nå kan initiere og gjennomføre samleie hvorav da ulike innstillinger på maskinen som vil gi økt trykkstøtte og igjen bidra til å la den gjennomføre samleie (Schonhofer et al., 2001). Lungesykepleier vil kunne vinkle hvordan ventilasjonstøtte kan bidra til en bedring i pasients seksualitet og evnen til å være intim eller gjennomføre samleie etter oppstart LTMV.

Partnerens seksuelle interesse kan bli negativt påvirket om de går inn i rollen som pleier (Poletti et al., 2019). Pasienter kan ønske at helsepersonell informerer om hjelpemidler som kan bidra til å vedlikeholde et normalt seksuelt forhold med partnern sin (Rolland et al., 2021). Ifølge Poletti et al. (2019) kan par som lever med ALS ha ulike former for intimitet gjennom verbal kommunikasjon, fysiske kjærtegn og seksuell aktivitet. Helsepersonell bør åpne opp for hjelpemidler for å fremme intimitet og seksuell aktivitet mellom pasient og partner (Poletti et al., 2019). Kunnskap om hjelpemidler er viktig siden seksualitet og intimitet er viktige aspekt ved det å være menneske og for pasienters relasjon med partner (Taylor, 2014).

Det er viktig at sykepleiere er bevisst på at denne pasientgruppen kan ha behov for samtale om seksualitet. Både egen erfaring og forskning (Shabazi et al., 2017) tyder på pasienter som møter helsepersonell i hjemme eller i poliklinikk kan sammen med partner eller alene ønske å snakke om seksualitet. Sykepleiere i tverrfaglige team bør også ta initiativ og åpne opp for slike samtaler med disse pasientene.

Konklusjon

I dag ligger ansvaret for å tilrettelegge for pasientens mestring av egen seksualitet hos hver enkelt yrkesgruppe og forskning viser at dette ikke blir ivare tatt. Pasienter ønsker å snakke med personell de har god relasjon med. For å skape en best mulig relasjon og grunnlag for samtale om seksualitet og intimitet må det være en god relasjon mellom sykepleier og pasient. God lungesykepleie ivaretar hele den syke pasienten også aspekt som intimitet og seksualitet. I oppfølgingen av pasienter med ALS er det behov for å ansvarliggjøre hvilke yrkesgrupper som har hovedansvar for

å åpne samtalen. Vi alle har et felles ansvar å ivareta både kritiske aspekter ved LTMV behandling, og sårbare tema som seksualitet hos denne pasientgruppen. Lungesykepleieres kunnskap og engasjement er viktig for å legge til rette for slike samtaler. PLISSIT-modellen kan være et nyttig verktøy for lungesykepleiere når de skal gi informasjon om seksualitet til pasienter med ALS.

Referanser

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg. (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Oksholm, T. & R. Borge, C. (2021). *Lungesykepleie*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Poletti B, Carelli L, Solca F, et al. (2019). Sexuality and intimacy in ALS: systematic literature review and future perspectives. 712-719. Doi: 10.1136/jnnp-2018-319684.

Rolland J.P, Myrberget M-A & Wergeland Meisngset T, (2021). The Assistive Device Situation for ALS Patients in Norway. 2-5.

Shahbazi M, Holzberg S, & Thirunavukkarasu S et al., (2017). Perceptions of sexuality in individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) and their treating clinicians. 331-324. DOI: 10.3233/NRE-172204

Schonhofer B, Sydow von K, & Bucher T et al., (2001). Sexuality in Patients with Noninvasive Mechanical Ventilation Due to Chronic Respiratory Failure. 1612-1617. Vol 164. DOI: 10.1164/rccm210302

Taylor, B. (2014). Sexuality, intimacy and motor neurone disease: matters of concern. 10(5), 242-251.

Thidemann, I. J. (2017). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter -den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Hvordan lære opp helsepersonell til brukere av hjemmerespirator?

En digital tilnærming



Kurt Hatloy, lungesykeleier, fagsykepleier/assisterende avdelingsleder, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand
Kurt.Hatloy@sshf.no

Bakgrunn

Hjemmerespiratorbehandling omhandler en liten, heterogen pasientgruppe som har et krevende behandlingsopplegg. Brukere av hjemmerespirator har mange hjelpere med ulik erfaring. Det er viktig at alle hjelpere kan aktuelle prosedyrer og kan håndtere behandlingsutstyr som brukeren får utlevert. Ved en akutt situasjon er det viktig at rutiner følges og gjøres på riktig måte, som sikrer trygg ivaretagelse av brukeren. Det er ofte turn-over i personalgruppen som medfører hyppig opplæring av nyanstatte. De som har jobbet en stund trenger også å friske opp kunnskap.

Hver vår/forsommer holder vi et fysisk oppfriskningskurs ved sykehuset. Her er alle hjemmerespiratorteam på Agder invitert, men teamene trenger opplæring året rundt. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å lære opp primærhelsetjenesten når brukeren skal ut av sykehuset og ut i kommunen. Denne pasientgruppen har vi ikke kontinuerlig, derfor er kunnskapsoppdatering også viktig for ansatte på sykehuset, både for erfarne og sykepleierne som ikke har kjennskap til dette fra før. Siden 2014 har vi brukt «Håndbok for hjemmerespiratorbehandling» som opplæringsressurs, som vi kontinuerlig har oppdatert og



Scann QR-koden!

The screenshot shows a digital course page titled "Hjemmerespiratorbehandling" from the "Medisinsk avdeling SSK". The page includes a video player showing a person at a desk with a box labeled "OPPLÆRINGS-PAKKE". To the right, there are sections for "Digitale kurs" (listing topics like tracheostomistell, Astral 150, and maskin), "Brukerhåndbok" (with a link to the manual), and "Kontaktinformasjon" (listing Kurt Hatloy and other staff).

videreutviklet, men vi så behovet for en utvidet opplæringspakke.

Digital opplæringspakke

Vi ville med dette prosjektet øke tilgjengeligheten av kunnskap på dette området, i form av en digital opplæringspakke, som kan tas når og hvor som helst, i både 1. og 2. Linjetjenesten. Scan QR koden, så er du inne i kurset! Vi fikk gjennom NN-LTMV tildelt prosjektmidler til å gjennomføre dette.

For ansatte i primærhelsetjenesten og alle sykehus ligger opplæringspakken tilgjengelig på Kurskatalogen til Helse Sør-Øst.

For ansatte på Sørlandet sykehus har vi laget en ressurside, med den digitale opplæringspakken, samt ofte stilte spørsmål. Når man går gjennom kurset, får man automatisk «godkjenning» i Kompetanseportalen.

Når man kommer inn i kurset får man velge mellom flere kurs. Man kan ta alle kursene som en fullstendig opplæringspakke, eller man kan velge ut ett eller flere, der man kan oppdatere seg på akkurat det man trenger.

Aktuelle kurs i opplæringspakken er som følger:

Astral hjemmerespirator: apparatets funksjoner, bruk, vedlikehold, tilhørende prosedyrer.

Forstøverbehandling på hjemmerespirator: Klargjøring, gjennomføring og rengjøring.

Sug: oppkobling, bruk og rengjøring

Trakeostomistell

Akutte hendelser

Cough Assist

Håndbok for hjemmerespiratorbehandling – Astral 150



E helsekonferansen

Vi vil også merke aktuelt behandlingsutstyr med en QR kode som sender deg direkte til den digitale kurspakken. Dette kan være spesielt nyttig i akuttmottak, hvis en bruker blir innlagt og sykepleier/lege i akuttmottak ikke er kjent med behandlingsutstyret. Da kan man scanne QR koden på utstyret, og man kommer direkte inn til aktuelt kurs.

Kurset er laget på bakgrunn av Nasjonal Veileder for langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) og bruksanvisninger for aktuelt behandlingsutstyr.

Disse har utarbeidet kurset:

Kurt Hatløy, Lungesykepleier,
Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Anne Marte Nedland, Sykepleier
Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Margaret F. Jacobsen, Sykepleier
Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

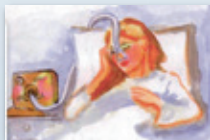
Anette Strømsbo Gjorv, Rådgiver
– Regional kompetanse pasient/
påførendeopplæring, Helse Sør-Øst



HJEMMERESPIRATOR

– digital opplæringspakke

Et kvalitetsforbedringsprosjekt for å øke kompetansen hos helsepersonell og hjelpere i primær- og spesialisthelsetjenesten



Utviklet med støtte fra NN-LTMV

Opplæringspakken finner du ved å
scanne QR koden!



Fagansvarlige

Kurt Hatløy – Lungesykepleier
Anne Marte N. Frigstad - Sykepleier
Margaret F. Jacobsen - Sykepleier
Anette Strømsbo Gjørsv – Rådgiver, digital læring





NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE

Program NSF FLU Landskonferanse i Bodø 19. og 20. september, 2024

TORS DAG 19. SEPTEMBER

- 09.00 – 09.30 Åpning og velkommen v/leder NSF FLU Nordland
- 09.30 – 10.00 Når nok er nok, Terje Tollåli, Lungelege, Nordlandssykehuset i Bodø
- 10.00 – 10.30 Tuberkulose, Katrine Gjelle Hugaas, Tuberkulosekoordinator, Nordlandssykehuset i Bodø

10.30 – 11.00 Pause med besøk i utstillingen

- 11.00 – 11.45 Kronisk hoste, årsaker og utredning, Miriam Andreassen, Lungelege, Nordlandssykehuset i Bodø
- 11.45 – 12.30 Utredning av lungekreft, Marit Wilskow, Lungelege, Nordlandssykehuset i Bodø

12.30 – 13.30 Lunsj med besøk i utstillingen

PARALLELLESJONER:

- 13.30 – 14.30 I. Faglig innlegg
- 13.30 – 13.50 II. Helse relatert livskvalitet hos pasienter med IPF og oppfølging fra fibrosesykepleier Camilla Knudsen Sæter, MsC, fagutviklingssykepleier, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
- 13.50 – 14.10 Presentasjon av masteroppgave, Solveig Edvardsen Sæter, MsC, spesialsykepleier, Sykehuset Levanger
- 14.10 – 14.30 Faglig innlegg

14.30– 15.00 Pause med besøk i utstillingen

- 15.00 – 15.45 Kan styrke og utholdenhetstrening ha effekt på KOLS-pasienten? Runar J. Unhjem, Førsteamanuensis i treningsfysiologi, Nord universitet

19.30 Middag

FREDAG 20. SEPTEMBER

- 09.00– 09.45 Antibiotikaresistens. Hva er det? Hva gjør vi? Hvor står vi i dag? Kristoffer Hammer Endresen, lege og leder av antibiotikateamet, Nordlandssykehuset i Bodø.
- 09.45– 10.15 Tilrettelegging for hjemmedød i hjemmesykepleien Anne Kristine Sørstrøm, Lektor, PhD student, Nord universitet

10.15 – 10.45 Pause med besøk i utstilling

- 10.45 – 11.15 Lungelidelser ved revmatiske sykdommer, Irina Midtgard, Revmatolog, Nordlandssykehuset i Bodø
- 11.15 – 11.45 Den utfordrende samtalen, Ingeborg Overvoll, Sykehusprest, Nordlandssykehuset i Bodø

11.45 – 12.15 Pause med besøk i utstilling

- 12.15 – 12.45 Nora Nord – vår digitale medarbeider i Nordlandssykehuset
Lars Eirik Hansen, senterleder for klinisk støtte og dokumentasjon

12.45 – 13.45 Lunsj med besøk i utstilling

- Innlevering av Quiz
- 13.45 – 14.30 Inspirasjonsforedrag
- 14.30 – 15.00 Avslutning

Med forbehold om endringer

EKSTRAFINE
PARTIKLER¹

Chiesi

Hele dosen avgitt – bekreftes
med inhalasjonsklikket^{1,2}

Hele dosen avgitt –
uten risting^{3,4}



Trimbow[®]
NEXThaler[®]

beklometasondipropionat/
formoterolfumaratdihydrat/
glykopyrronium **INHALASJONSKLIKKET**



Trimbow[®]
beklometasondipropionat/
formoterolfumaratdihydrat/
glykopyrronium

Trimbow (beklometasondipropionat, formoterolfumaratdihydrat, glykopyrronium)

Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg og 172 µg/5 µg/9 µg
Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg

Indikasjoner: **Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols):** Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg og inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne med moderat til alvorlig kols, som ikke er adekvat behandlet med en kombinasjon av et inhalert kortikosteroid og en langtidsvirkende β₂-agonist eller en kombinasjon av en langtidsvirkende β₂-agonist og en langtidsvirkende muskarinantagonist (for effekt på symptomkontroll og forebygging av eksaserbasjoner, se SPC pkt. 5.1.). **Astma:** Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne som ikke er adekvat kontrollert med en vedlikeholdskombinasjon av en langtidsvirkende β₂-agonist og middels dose inhalert kortikosteroid, og som opplevde 1 eller flere astmaeksaserbasjoner i foregående år. Inhalasjonsaerosol 172 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling hos voksne som ikke er adekvat kontrollert med en vedlikeholdskombinasjon av en langtidsvirkende β₂-agonist og høy dose inhalert kortikosteroid, og som opplevde 1 eller flere astmaeksaserbasjoner i foregående år.

Pakninger og pris (AUP): Inhalasjonsaerosol: 87 µg/5 µg/9 µg (inhalator): 120 doser: kr 768.60, 3x120 doser: kr 2173.40. 172 µg/5 µg/9 µg (inhalator): 120 doser: kr 768.60, 3x120 doser: kr 2233.30. Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg (NEXThaler inhalator): 1x120 doser: kr 767.80, 3x120 doser: 2162.90.
Refusjonsberettiget bruk: Inhalasjonsaerosol 87 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling ved bronkialobstruksjon, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R95/J44: Kronisk obstruktiv lungesykdom/Annen kronisk obstruktiv lungesykdom. ICPC/ICD: R96/J45: Astma. **Vilkår:** Ingen spesifisert. Inhalasjonsaerosol 172 µg/5 µg/9 µg: Vedlikeholdsbehandling ved bronkialastma, iht. preparatomtale. ICPC/ICD: R96/J45: Astma. **Vilkår:** Ingen spesifisert. Inhalasjonspulver 88 µg/5 µg/9 µg: 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 sykdomsaksaserbasjon.
- **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.

Referanser: 1. SPC Trimbow inhalasjonspulver, <https://www.legemiddelsok.no>. 2. Corradi M, Chrystyn H, Cosio BG 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. 3. SPC Trimbow Inhalasjonsaerosol, <https://www.legemiddelsok.no>. 4. Chierici V, Cavalieri L, Piraino A et al. Consequences of not shaking and shake-fire delays on the emitted dose of some commercial solution and suspension pressurized metered dose inhalers. Expert Opin Drug Deliv 2020 Jul;17(7):1025-1039.

Forfatterveiledning for fagartikler

Vi ønsker å publisere enda flere fagartikler i Fagblad for lungesykepleiere i tiden fremover.

Fagartikler kan for eksempel være basert på fordypningsoppgaver fra videreutdanning i lungesykepleie eller andre relevante videreutdanninger, masteroppgaver eller fagutviklings- og forskningsprosjekt. Fagartikler kan også være en norsk kortversjon av vitenskapelige artikler som er publisert i internasjonalt vitenskapelig tidsskrift.

Fagartiklene må omhandle tematikk som er relevant for lungesykepleie og kan omhandle klinisk

lungesykepleie, faglige og etiske utfordringer, pedagogikk, simulering, presentere funn fra fagutvikling- og forskningsprosjekt og beskrivelse av oppdaterte prosedyrer og kliniske undersøkelser.

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

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

Krav til fagartikler

- Forfatterinformasjon: Navn (fet skrift), tittel (i kursiv), utdanning, arbeidsted og e-postadresse
- Legg ved portrettbilde, legg ved original-filen i original størrelse
- Omfang er på 3–6 sider, artikler kan være lengre etter avtale med redaktør
- Skriftstørrelse 12, skrifttype Calibri og 1,5 linjeavstand
- Sett inn overskrifter; bruk Overskrift 1, Overskrift 2 og Overskrift 3 funksjonen i Word
- 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.steindal@vid.no
- Ved spørsmål ta kontakt med redaktør Simen A. Steindal på e-post simen.steindal@vid.no

Lungeteamet, Sentralsykehuset i Akershus (NÅ: AHUS)



Bente Bjørslund, 1. sykepleier i lungeteamet (NÅ: pensjonist), bbjoersl@gmail.com

Lungeteamet var og er et tverrfaglig ambulerende lungerehabiliteringsteam med tilbud til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Tilbudet ble planlagt basert på antall innleggelses for rehabilitering med kols ved Glitre klinikken i Hakadal, og kostnadene ved disse. Planen var at en lege, en sykepleier, en ergoterapeut, en sosionom og en fysioterapeut skulle jobbe i teamet. Tilbudet skulle bestå av tre årlige besøk av lege og sykepleier i pasientens hjem og ett poliklinisk besøk. Ergoterapeut og sosionom skulle gjen-

nomføre et kartleggingsbesøk hos pasienten og vurdere videre behov ut fra dette. En fysioterapeut fra den enkelte kommune skulle knyttes til teamet og også starte med et kartleggingsbesøk.

Målsetningen med lungeteamet var at pasientene skulle få et tettere og bedre tilbud i eget hjem og ved medisinsk poliklinikk.

Planlegging og praktisk oppstart

Oppstarten ble satt til 2. januar 1993 med sykepleier som første ansatt. Lege ble ansatt ca. 2 uker senere. Vi fikk tildelt MORS-rommet ved Akuttmottaket, et stort rom med yttervegger av metall og glass, så det ble ganske kaldt og 'hustrig'. Men det hadde fungert utmerket for tidligere oppbevaring av avdøde personer. Planleggingen av det praktiske arbeidet og å lese oss opp på forskning innen feltet var av betydning. Dette var 'nybrotts arbeid', og vi fant utelukkende relevant litteratur fra USA, såkalt 'outpatient rehabilitation programs'.

Etter hvert ble en ergoterapeut og så en sosionom ansatt. Fysioterapeut var det ikke satt av midler til da det var tenkt at teamet kunne spille på kommunenes egne fysioterapeuter. Dette viste seg ikke å fungere da teamet var avhengig av en

fysioterapeut med spesialkompetanse innen lungesykdommer. Etter i overkant av et halvt år ble egen fysioterapeut ansatt. Det ble i oppstartsperioden gjennomført informasjonsmøter med alle de berørte kommunene i Akershus fylke (NÅ: Viken fylke).

De sykeste pasientene med kols og de med de hyppigste innleggelses i sykehuset ble invitert med i teamet fra sengepost og poliklinikk. Lege og sykepleier startet med hjemmebesøk i februar 1993, og etter en litt usikker start, ble vi raskt bedre i møte med pasientene. For hva skulle vi utføre av undersøkelser etc. hos pasientene? Dette var noe annet enn et legevaktbesøk. I tillegg til undersøkelse av lunger og innhenting av sykdomshistorikk og aktuelle symptomer, gikk *legen* gjennom medikamenter og pasientens funksjonsnivå. *Sykepleier* gjennomførte spirometritester, sjekket inhalasjonsteknikk av aktuelle aerosoler, bruk og renhold av forstøverapparat, og ga ved behov informasjon om oksygenutstyr og brannfare forbundet med bruk av dette. Etter hvert oppdaget vi at mange pasienter hadde et dårlig kosthold. De orket ikke lage middag og de hadde ikke råd til å få varme måltider tilkjørt. Dermed utarbeidet sykepleier i samarbeid med ernæringsfysiolog ved sykehuset en kostholds brosjyre. Det ble

også anskaffet en vekt slik at pasientene kunne veies ved hvert hjemmebesøk og BMI utregnes. Psykisk helse og pasientens seksualitet ble også aktuelle temaer å gi veiledning om.

Ergoterapeuten reiste hjem til pasientene for å kartlegge funksjonalitet og behov for hjelpemidler. I tillegg veiledet hun dem og ga råd om hvordan de kunne utføre hverdagsaktiviteter selv, og ikke minst hva de selv ønsket å kunne mestre for å fremme mening og helse. *Sosionomen* kartla pasientens ressurser, behov for økonomisk hjelp og praktisk bistand. Hun startet samtalegrupper for pasienter med geografisk nærhet. I disse gruppene bidro også lege og sykepleier noen ganger med litt undervisning og tilbud om influensavaksine. Fysioterapeuten kartla gjennom hjemmebesøk pasientenes fysiske evner og bevegelse, pustemønster og muskelmasse, og den daglige aktiviteten. Hun startet treningsgrupper i sal ved sykehuset. Noen ble nok forskrekket da de møtte cyanotiske pasienter og andre med bærbart oksygenutstyr i trappene. Heisene fungerte ofte ikke eller det tok for lang tid å vente på dem. Pasientene fikk sitte på krakker og utføre bevegelser med armer og bein til musikk, og de fikk ballonger de kastet i luften og tok imot. Dette var de aller dårligste av pasientene og var i stadium III og IV av sin kols. Det ble også startet bassengtrening på Lillestrøm, og her deltok også ergoterapeuten som veileder.

DATA EASE (den gang benyttet av Forsvaret og Televerket) ble datasystemet vi benyttet for å opprette journal på hver enkelt pasient. Teamet hadde lite datakunnskap, noe bytte av 'printer-patron' viste, da rullen ble åpnet og alt pulveret havnet utover gulvet. Dataprogrammet var tungvint og viste seg umulig å kjøre statistikk ut fra, så dette måtte gjøres manuelt.

Datainnsamling og evaluering

Etter ett års drift ble det fra sykehusledelsen etterlyst informasjon om teamets

resultater, om vi kunne finne data på pasientenes tilfredshet, sykелighet og dødsfall, innleggelse etc. Sykepleier gikk gjennom hver enkelt journal i DATA EASE og talte opp ut fra ønskete data. I tillegg ble det benyttet et enkelt spørreskjema som ble sendt ut til pasientene og deres pårørende for vurdering av deres opplevelse av tilbudet. Dataene viste at teamet hadde mistet mer enn 50 prosent av pasientpopulasjonen det første året. Dette var forståelig gitt at det var de sykeste vi ga tilbudet om oppfølging først. Pasienter og pårørende var svært tilfreds med tilbudet, både med hjemmebesøk og med tilgjengelighet via telefon med svarer hvor noen i teamet ringte tilbake til den enkelte så raskt som mulig.

Eksempel fra en pasient

Mann, 84 år, med 6 sykehusinnleggelse med pneumoni og kols eksaserbasjoner i 1993. Pasienten ble behandlet med antibiotika, kortison og oksygen ved hver innleggelse. Det første året han ble fulgt av teamet fikk han veiledning og Egenbehandlingsplan, og hadde ingen sykehusinnleggelse i løpet av 1994. Han kunne selv ut fra symptomene følge Egenbehandlingsplanen og starte med å øke egen medisiner med forstøver og antibiotika. Han kontaktet teamet når han ville høre om det var behov for en kur med Prednisolon.

Utfordringer ved å jobbe tverrfaglig

Vi ble etter hvert en gruppe på 5 fagpersoner, hver og en med sin spesialkompetanse og fagkunnskap. Vi hadde planlagt en flat struktur med sykepleier som koordinerende fagperson for teamet. Dette falt seg naturlig da det var sykepleier som med sin 100 prosent stilling var mest til stede i teamet og kunne bidra til bedre informasjonsflyt. Det ble satt opp ukentlig møte for å diskutere utfordringer, enkeltpasienter og dele aktuell informasjon. Selvfølgelig oppstod det en del utfordringer, noen ønsket

hyppigere møter og mer deling av informasjon blant annet. Vi hadde nå et stort felles kontor, og dette gjorde at vi lettere kunne treffes til lunsj etc. og oppdatere hverandre. Tiden strakk ikke til for hyppigere møtevirksomhet.

Undervisning, presentasjoner av teamet i ulike sammenhenger og samarbeid med ulike kommuner utenfor Akershus fylke ble gjennomført. Spesialisthelsetjenesten andre steder i landet ønsket etter hvert også å sette i gang tilsvarende tilbud. Aktuelt helsepersonell fikk dermed hospitere i teamet etter ønske. Det tverrfaglige ambulerende rehabiliteringsteamet var tross alt det første av sitt slag i Norden.

Anekdoter

Det oppstod enkelte episoder i teamet man ikke så lett glemmer, som da lege og sykepleier hadde avtalt hjemmebesøk hos en pasient og vi først ikke slapp inn etter å ha ringt på. Pasienten trodde vi var fra Jehovas Vitner og ønsket ikke å slippe oss inn. Eller en annen pasient som ba oss sette oss i stua, mens hun selv oppholdt seg på kjøkkenet ivrig opptatt med å steke vafler til gjester hun fikk besøk av litt senere på dagen. En pasient hadde tidligere opplevd det som såpass traumatisk å bli lagt på respirator at hun fikk legen til å notere i sin journal 'respirator minus'. Neste gang hun ble innlagt med alvorlig kols eksaserbasjon var papirjournalen umulig å oppdrive og hun ble dermed lagt på respirator. Denne gangen opplevde hun ikke behandlingen som traumatisk og i etterkant var hun svært takknemlig for at livet hennes ble reddet.

Fysioterapeuten og sosionomen var en gang sammen på pasientbesøk i Ski og Oppegård og ringte oss ved teamkontoret og spurte hvordan de skulle reise til neste pasient i Kolbotn. «Ja, hvor er dere, da?» spurte jeg. Nei, det visste de ikke. Det tok litt tid å få loset dem i riktig retning.

Hva er ambulerende lungeteam ved Ahus anno 2024

Karina Skogen, sykepleier,
Lungepoliklinikken Ahus,
karina.margrethe.skogen@ahus.no

Marthe Gundersen, sykepleier,
Lungepoliklinikken Ahus,
marthe.berg.gundersen@ahus.no

Hanne Rosseland Kvåle,
spesialsykepleier, Lungepoliklinikken Ahus,
avdeling Ski sykehus,
hanne.kristin.rosseland.kvale@ahus.no

Ambulerende lungeteam

Ambulerende lungeteam er et tverrfaglig team, bestående av sykepleiere og fysioterapeut organisert under lungemedisinsk poliklinikk. Vi har lungelege tilgjengelig for konferering ved behov. Vi samarbeider med fastlege og primærhelsetjenesten ved å sende våre notater digitalt og via dialogmeldinger. Vi tilbyr også undervisning til primærhelsetjenesten og har hatt flere på hospitering i forkant av at de skal starte ambulerende lungeteam som for eksempel Sykehuset Østfold.

Vi følger primært pasienter med KOLS og lungefibrose som trenger oksygenbehandling eller har hyppige forverringer av sin sykdom og innleggelser. Pasientene følges med hjemmebesøk, telefonkonsultasjoner og følger opp under/ i etterkant av innleggelse.

Vi tilpasser hjemmebesøk etter individuelle behov, hvor vi har en gjennomgang av pasientens hverdag, helsetilstand, justerer behandling og tilbyr støttestamtaler. Pasientene tilbys hjemmebesøk fra fysioterapeut som instruerer i fysisk aktivitet og trening, pusteteknikk, anfallsmestring og slimmobilisering.

Målet med en slik oppfølging er å sikre at pasienter med kronisk og alvorlig sykdom får et helhetlig forløp, kontinuitet og koordinert omsorg på tvers av omsorgsnivå. Vi jobber for å øke helsekompetanse, redusere symptomer, økt mestring av hverdagen og trygghet rundt det å leve med alvorlig og kronisk sykdom.

Ved å følge pasientene gjennom forløpet ønsker vi å sikre at det gis rett behandling til rett tid, unngå sykehusinnleggelse, forbedre pasientens livskvalitet og bidra til en mer effektiv helseomsorg. Dette i tråd med nasjonale føringer som sier blant annet: «Forebygging i helse- og omsorgstjenesten omfatter innsats for å fremme god helse og livskvalitet gjennom livsløpet, forhindre utvikling av risikofaktorer for sykdom og funksjonssvikt, øke helsekompetansen og bidra inn i det tverrsektorielle planarbeidet (primærforebygging)» (St. melding nr.9, kap. 3.1).

En Cochrane oversiktsartikkel fra 2012 viste økt livskvalitet hos de som mottok oppsøkende sykepleie sammenlignet med de som mottok vanlig omsorg (Wong et.al. 2012). Vår erfaring er at pasient og pårørende opplever økt trygghet ved oppfølging i hjemmet fra sykehuset.

En dag i ambulerende lungeteam

I dag er det planlagt fire hjemmebesøk. Starter dagen med forberedelser om hva jeg må ha med ut og gjør meg kjent med pasientene og opprettelse av journalnotater. Sekken og alt er pakket, den er tung og rommer alt av utstyr jeg trenger. Solen har enda ikke stått opp og det er lett snøvær, en dag i februar. Heldigvis er veiene måkt i løpet av natten. Det er ca. 30 minutters kjøretid til første besøk, og på veien, går tankene til hva jeg kan møte denne dagen.

Første besøk

Første besøk er hos en pasient jeg har fulgt over lang tid med lungefibrose og kronisk respirasjonssvikt. I dag gjelder besøket økt fokus på palliasjon og er avtalt med lege fra palliativt team fra sykehuset og pasientens fastlege. Jeg kaller pasienten for Pål. Pål sin kone er også tilstede under besøket. Det samtales om symptomlindring og hva vi kan gjøre for



å hjelpe Pål og hans kone for å ha det best mulig i hverdagen. Vi snakker om hva som er viktig for han i dag og i tiden fremover. De har allerede avtale med innsatsteamet fra kommunen samme uke hvor det skal kartlegges med tanke på hjelpemidler og videre oppfølging fra hjemmetjenesten.

Pål har høy symptombelastning, økende plager med dyspne og puster med en rask frekvens. Morfin blir diskutert, og med anbefalinger fra lege i palliativ team ordner fastlegen resepter og avtaler med hjemmesykepleien angående oppstart med dette hjemme. Pål sine ønsker for fremtiden er å være hjemme, og det er da viktig at det blir langt til rette for at det skal bli best mulig for både Pål og kona. Legen i palliativ team informerer om at hvis en ikke klarer lindre hans pust hjemme, kan det bli aktuelt med innleg-

gelse i palliativ avdeling på sykehuset. Dette vegrer Pål seg for, men da han får høre at det vil bli snakk om en planlagt innleggelse og at han vil komme direkte til avdelingen og ikke må via akuttmottaket synes han det høres greit ut. Kona til Pål ønsker at jeg blir igjen etter at fastlegen og legen fra palliativ team har reist. De setter ord på hvor fint de synes dette besøket har vært og hvor takknemlig de er for at det kunne gjennomføres i hjemmet. Vi snakker litt om videre oppfølging fra lungeteamet, da det nå kommer mange forskjellige aktører inn. Både Pål og kona ønsker videre oppfølging og en planlegger for at de tar kontakt ved behov og nytt hjemmebesøk om ca. 2–3 måneder.

Andre besøk

Videre går veien til Kari med kols som nå nylig har startet med hjemmeoksy-

gen. Fokus for dette besøket er hvordan hun har kommet i gang med bruken av oksygenet og hvordan hun opplever dette. Det er en stor endring i hverdagen. I tillegg går jeg igjennom hvordan Kari har det i hverdagen og om inhalasjonsmedisinene fungerer. Det tas arteriell blodgass for å se om hun har riktig flowinnstilling. Kari har fin blodgass i hvile på dagtid, hun vil sove med pulsoksymetri i natt for å se om innstilling på natt også er tilfredsstillende. Kari har allerede fått opplæring i bruk av utstyret, men har allikevel spørsmål. Hun får også skriftlig informasjon.

Tredje besøk

Fra Kari kjører jeg videre til Vegard. Der skal jeg ta en blodgass kontroll etter at oksygenet ble økt for en uke siden, sammen med trykk på hans V-pap. Han føler seg ikke i form og har fra i går fått økt hoste og slim, ikke feber. Dagens blodgass viser behov for innlegges for å kunne monitorere og behandle hans begynnende forverring. Jeg kontakter vakthavende lungelege ved sykehuset og det enes om innleggelse i samarbeid med Vegard. Han meldes i mottak og jeg bestiller ambulans. Vegard bor alene og jeg velger å vente sammen med han til ambulansen kommer.

Fjerde besøk

Dagens siste hjemmebesøk er hos Ruth som har en langtkommen kols, med kronisk respirasjonssvikt og bruker hjemmeoksygen. Hun følges også opp ved Rikshospitalet, og hun har nå stått ett år på transplantasjonslisten. Det gjøres vanlige undersøkelser for å se om hun er optimalt behandlet for sin kols og respirasjonssvikt. Vi snakker rundt hvordan ventetiden er og hva hun gjør av tiltak for å forebygge akutt forverring og infeksjon. Hun forteller om alle vaksiner som er tatt og at hun er forsiktig, spesielt i møte med sine små barnebarn. Hun trener tre ganger i uken i en treningsgruppe. Alt ser bra ut hos Ruth og hun forteller om at oppfølgingen hun får på Rikshospitalet er fantastisk.



Jeg har spist litt i bilen på veien i løpet av dagen og nå går turen tilbake til sykehuset og klokken er 1530. Jeg skal nå renskrive journalnotater og planlegge neste dag.

Dette var en innholdsrik dag på flere måter, og hodet er fullt av inntrykk. Har jeg husket alt, har jeg vurdert riktig og ikke minst lagd gode møter for pasient og pårørende. Slike refleksjoner kan oppleves utfordrende og viser en kompleks arbeidshverdag med mye ansvar.

Tilbakemelding fra en pasient og hennes pårørende

«Jeg er en gammel dame på 80 år, glad i livet og nyter det så godt jeg kan. Viktigst er det å føle å ha noen som bryr seg om meg for at jeg skal ha det bra på alle måter. Jeg fikk konstatert kols for ca. 30 år siden. Har levd bra med det og var i arbeid til jeg ble 62 år, alltid med stor glede. I forbindelse med coronaen ble jeg dårlig og ble innlagt på A-hus. Det ble konstatert lavt oxygeninnhold i blodet og det ble anbefalt ekstra oxygen hele døgnet. Jeg fikk levert både stor og bærbar maskin for ekstra oxygen. Da var det at lungesykepleier ble min «personlige venn», hjelp-

som, snill og omtensksom med stor forståelse for hvordan jeg har det, både psykisk og fysisk. Jeg kunne ringe og få svar på mine spørsmål og i tillegg kom hun hjem til oss og målte blodverdier o.a. Oxygeninnholdet var lavt og hun forordnet nattetst av oxygeninnholdet. Etter konferanse med lege justerte hun nivået på inntaket av ekstra oxygen slik at nå kan jeg gå trapper og bevege meg utendørs uten særlige problemer.

Stor takk til deg kjære lungesykepleier for din omsorg og dyktighet.

Hjertelig hilsen fra en pasient»

«Min kone var innlagt på A-hus og fikk konstatert redusert lungekapasitet og uregelmessig hjerterytme. Hun fikk god behandling og relevant medisiner med anbefaling om å ta i bruk «lungetmaskin», både stasjonær og bærbar. Hun ble utskrevet med lovnad om besøk av lungesykepleier for videre oppfølging og tildeling av hjelpemidler. Hjelpemidler ble levert raskt og lungesykepleier kom på besøk og ga gode instruksjoner om bruken av disse og sørget for hurtig levering av ekstra batterier o.a. Hun kom på oppfølgingsbesøk for å se at alt fungerte som forutsatt og tok nødvendige prøver. Dette oppfattet jeg, som pårørende, som et meget godt og praktisk alternativ til kontroll på sykehuset. Sykepleieren ga meget god og lett oppfattelig informasjon omkring bruken av utstyret og tips om å leve med dette. Alt i alt et meget godt inntrykk av tjenesten og sykepleierens utførelse. Stor takk til henne og den etablerte tjenesten.

Vennlig hilsen en pårørende»

Telefonintervju med pasient angående oppfølging

Pasienten har vært fulgt opp av Ambulerende Lungeteam siden 2018. Pasienten startet opp med aktivitets-oxygen gjennom kols-kurs på Ahus Nordbyhagen. Pasientens kols har vært i utvikling gjennom de siste årene, og i 2022 måtte hen starte opp med kontinuerlig oxygen i hjemmet. Vi får lov til å stille noen spørsmål relatert til oppfølging av Ambulerende Lungeteam.

Hvordan opplever du oppfølging av Ambulerende Lungeteam?

«Jeg føler det som en trygghet. Den største tryggheten er at dere har tid til å lytte, følge opp det som er «problemet». Ofte hos leger er det dårlig tid, og sjeldent man føler seg sett og hørt. Tema lunger har dere god kunnskap over, og man føler man kan få gode svar på diagnose og behandling. Det er også ofte andre ting som plager en, som man får hjelp til når man spør eller sier ifra. Medmenneskelighet, empati, dere ser hele pasienten».

Hva er evt. bra?

«Tryggheten og ro rundt en her hjemme. Det at dere kan komme hit å ta blodgass kontroll, uten at jeg må reise inn på sykehuset. Det krever ofte mye av en å komme inn med transport og alt utstyr som skal med. Det er lite man orker med dårlig lungefunksjon».

Hva kunne evt. ha vært bedre?

«Av og til kan det ta litt tid før man får kontakten med sykepleier. Det kan være at man har blitt noe «bortskjemt» med tettere oppfølging hjemme enn andre pasienter som følges opp på sykehuset. Så man forventer gjerne raskere tilbakemelding».

Referanser

Stortingsmelding nr.9 (Meld. St. 9 (2023–2024) - regjeringen.no)

Wong, C. X., Carson, K. V. & Smith, B. J. (2012). Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Art. No.: CD000994. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000994.pub3>.

Ambulerende lungeteam

Et tverrfaglig team for helhetlig oppfølging

- Et tverrfaglig team med sykepleiere i 280 % stilling og fysioterapeuter i 50 % stilling fordelt på Nordbyhagen og Ski.
- Lungespesialist og klinisk ernæringsfysiolog er tilgjengelig ved behov.
- Målet med et slik team er å sikre koordinert omsorg, gi pasienten riktig behandling og psykososial støtte, slik at pasienten kan oppnå de beste resultatene for sin helse og økt livskvalitet i hverdagen.

Bedre livskvalitet for pasient og familie

- Færre symptomer
- Økt mestring av forverrelser
- Bedre fysisk arbeidskapasitet
- Bedre mestring av dagliglivets aktiviteter
- Økt kontroll over eget liv
- Økt trygghet
- Færre sykehusinnleggelseser

Våre arbeidsoppgaver

- Hjemmebesøk etter individuelle behov
- Følge opp under /etter sykehusinnleggelse
- Svare på henvendelser fra pasient, pårørende og helsepersonell
- Gi hjelp og støtte ved røykeslutt
- Undervise fagpersonell i sykehus, bydeler og kommuner
- Gi faglige råd til helsepersonell
- Støttesamtaler rundt alvorlig sykdom.



Nøkkeltall

240
pasienter

1321
konsultasjoner (2023)

581
telefonkonsultasjoner
(2023)

740
hjemmebesøk (2023)

Historikk

1993

OPPSTART

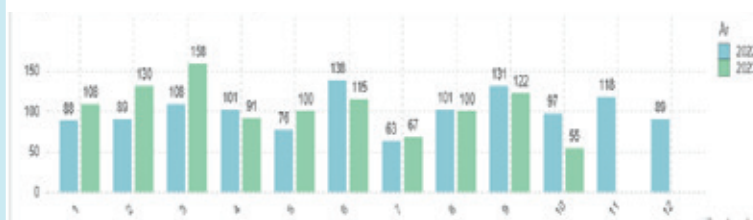
280 % stilling

SYKEPLEIERE

50 % stilling

FYSIOTERAPEUTER

Antall pasienter fordelt på periode



Lungemedisinsk poliklinikk, Ahus

Eva Engen, seksjonsleder,
Lungemedisinsk poliklinikk, Ahus, eva.
engen@ahus.no

Lungepoliklinikken på Ahus er en stor poliklinikk med 22 årsverk fordelt på 22 sykepleiere og 2 helse- og treningsfysiologer. Ved lungeavdelingen er det ansatt 18 spesialister i lungesykdommer og 4 LIS3 samt 17 LIS2 og 1. Vi har også lungepoliklinikk på Ski sykehus flere ganger i uken. De har egne sykepleiere som tar lungefunksjonstester. I tillegg har de sykepleiepoliklinikk med pasienter til kontroll for KOLS en dag i uken.

Lungepoliklinikken har en stor faglig bredde, et hyggelig sosialt miljø og lav turn over. Vi er opptatt av å kontinuerlig utvikle våre tilbud og er blant annet langt fremme med digital hjemmeoppfølging (DHO) til flere av våre pasientgrupper. Poliklinikken tar imot pasienter for utredning, behandling og kontroll/oppfølging av alle typer lungesykdommer. De største pasientgruppene er kols, astma, fibrosesykdommer og lungekreft. I 2023 hadde vi over 18600 konsultasjoner. Av disse hadde vi over 4200 sykepleiekonsultasjoner.

Som de fleste andre sykehus sliter vi med kapasitetsproblemer, både med personell og rom.



Eva med Maren og Karoline

Vi er derfor godt i gang med oppstart av behovsstyrt poliklinikk. Hensikten er at pasienter slipper unødvendige konsultasjoner, og at de som trenger det får timen sin innen rett tid.

For å få til dette har vi startet opp med blant annet DHO i første omgang av pasienter med alvorlig astma, utredning av astma og pasienter som bruker Cpap. Vi har planer om å starte med andre pasientgrupper også, og starter opp med blant annet fibrosepasienter etter sommeren.

Lungemedisinsk dagenhet

Vi har en stor dagenhet ved poliklinikken. Her utreder vi i hovedsak pasienter i pakkeforløp lungekreft, interstitielle lungesykdommer og pasienter med tuberkulose. Ved dagavdelingen forberedes og observeres pasienter som skal til diverse undersøkelser, for eksempel bronkoskopier, CT / UL veiledede biopsier osv. Vi gir også transfusjoner og infusjoner og oppvækning før CT.

Årlig starter i overkant av 600 pasienter pakkeforløp lungekreft hos oss. Vi har en pakkeforløpskoordinator (lungekreft) i 100% stilling som påser at pasientene får et forutsigbart og godt forløp. Her jobber vi for tiden også med en ny tjeneste; prehabilitering ved lungekreft, hvor vi under forløpstiden skal styrke pasienten både fysisk og mentalt til å tåle behandling best mulig. Prehabilitering består av elementer som mestring, trening/fysisk aktivitet, ernæring og røykavvenning for de som har behov for det. Ved utredningsenheten hadde vi over 3200 konsultasjoner i 2023 av disse var rene sykepleiekonsultasjoner 190.

Kontaktsykepleier til lungekreftpasienter

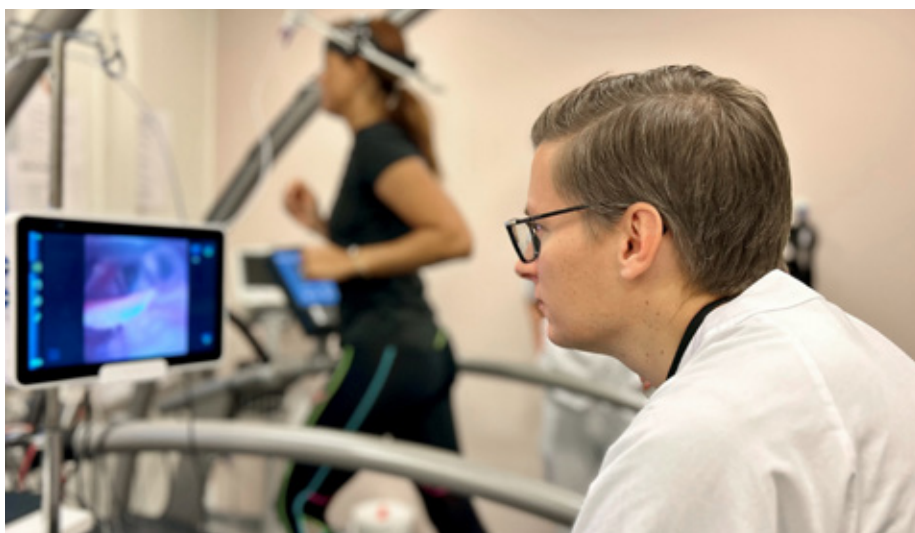
Kontaktsykepleier er et tilbud til pasienter med lungekreft som ikke kan opereres. Vi har 110 % stilling (fordelt på 2 ansatte) som onkologisk sykepleier i



Lungeutredningen Maria og Helene



Brigitta lungetest



Lungelege Per

denne funksjonen. Målet med dette tilbudet er å skape en større trygghet for pasienter med lungekreft og deres pårørende. Hvis mulig er kontaktsykepleieren med når pasienten får informasjon om sin kreftdiagnose. Vår erfaring er at pasienter og pårørende ofte sitter igjen med mange ubesvarte spørsmål etter å ha fått en alvorlig diagnose. Det dukker opp spørsmål og det kan oppstå situasjoner underveis i sykdomsforløpet som en trenger hjelp til. Kontaktsykepleieren kan gi råd og veiledning og evt. formidle spørsmål til rett instans.

Respirasjonsfysiologiske laboratorium

Vi har 5 respirasjonsfysiologiske laboratorier der vi utfører det meste av de ulike lungefunksjonstestene (inkl. kardiopulmonal funksjonstest (CPET), EIB-tester og CLE-tester. I tillegg har vi en lab på Ski sykehus. Poliklinikken er organisert slik at det er en del faste lister på faste dager. I tillegg settes det opp lister etter hva som er av kapasitet. Vi har også mange interne henvisninger på innliggende pasienter. Faste lister er testing på tredemølle inkludert CLE tester. Andre lister er hyposensibilisering, vaksinerings



Monica stikk



CPAP sykepleier Jorun

med biologiske midler, Cpap poliklinikk, dyspne poliklinikk, astma poliklinikk, cancer kontroller og ILD poliklinikk og nyhenvist poliklinikk og sykepleierpoliklinikk.

Allergivaksinasjon

En dag i uken har vi vaksinasjonspoliklinikk / hyposensibilisering. Der vaksinerer vi mot veps / bie. Pasienter får også behandling med tabletter mot sin allergi der dette er mulig. Vi gir / lærer opp pasientene til å sette biologiske midler pga alvorlig astma. Pasienter som behandles med biologisk legemiddel ved alvorlig astma får tilbud om DHO ved bruk av AsthmaTuner. AsthmaTuner er et hjemmespirometer og egenbehandlingsplan og vi kan lese av verdier digitalt.

Cpap poliklinikk

På Cpap-poliklinikk utredes og behandles pasienter som i hovedsak har obstruktivt søvnapnoe syndrom (OSAS). Vi har startet med DHO via airwiew, hvor vi kan monitorere pasienten digitalt. Da kan pasienter som har tilfredsstillende målin-

ger slippe å komme regelmessig inn på poliklinikken til kontroll og vi kan bruke tid på de som sliter med behandlingen. En del av pasientene kan også få konsultasjonen via telefon, da sparer vi timene på poliklinikkene til de som trenger det.

Bronkoskopi

Poliklinikken har en stor bronkoskopi-enhet, med to skopirom. Årlig gjøres ca. 1200 bronkoskopier. Det er satt av to sykepleierressurser daglig til bronkoskopier, men ofte må vi ha flere ressurser. Vi server hele huset og må ofte kjøre doble skopier. Vi utfører flest EBUS undersøkelser, i tillegg gjøres ordinær bronkoskopi, TBB, lavage, CRYO og fjerne fremmedlegemer. Mange av undersøkelsene er ganske omfattende da det gjøres flere prosedyrer under en og samme undersøkelse.

Vi har også økende bruk av EMN (elektromagnetisk navigasjon).

Vi farger området rundt tumor (lungekreft) før operasjon for at kirurgene lett

skal finne området de skal fjerne. Dette vil korte ned operasjonstiden. Her brukes EMN. Vi har startet opp med noe intervensjon under anestesi.

Tuberkulosekoordinator

Vi har ansatt to Tuberkulosekoordinator (TB-koordinatorer) i 1,6 stilling. De server lungeavdelingen, infeksjonsavdelingen og barneavdelingen i samarbeid med dedikerte lungeleger. TB-koordinatorer følger opp pasienter som behandles for latent og aktiv tuberkulose, og har både pasientansvar og et systemrettet ansvar. TB-koordinatorer skal bidra til at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd. TB-koordinator etablerer behandlingsplan for den enkelte pasient i samarbeid med pasienten, behandlende spesialist og kommunelegen og koordinerer videre oppfølging. De skal også overvåke forekomsten av tuberkulose i regionen og delta i opplæring av personell. I 2023 hadde Ahus 90 pasienter som ble handlet for latent tuberkulose og 26 pasienter på aktiv behandling.

Rehabiliteringskurs for kolspasienter

Vi har i mange år hatt et tilbud om rehabiliteringskurs for kolspasienter. Kurset har gått over tre dager i uken over seks uker. Under kurset har pasientene møtt lege, sykepleier, fysioterapeut, sosionom, ergoterapeut og klinisk ernæringsfysiolog. Vi er nå i gang med å planlegge et helt nytt kursopplegg med konsentrert rehabilitering med digital oppfølging og tett samarbeid med kommuner og bydeler. Dette mener vi vil bli et godt og bærekraftig tilbud som når mange.

Fibrosesykepleier

Vi startet opp i 2016 med fibrosesykepleier til pasienter med IPF. Vi har 3 fibrosesykepleiere fordelt på 20 % stilling. Ca. 90 pasienter med IPF. 70–80 pasienter får antifibrotisk behandling.

Sykepleierne har deltatt på kurs ved Pulmonary Fibrosis Academy i Amsterdam, hospitering og diverse kurs. Fibrosesykepleierne svarer på henvendelser fra pasienter tirsdager og torsdager mellom kl. 12.00–16.00. Pasientene kan ellers legge igjen en beskjed på telefonsvarer.

De fleste henvendelsene gjelder bivirkninger av behandling, dosejusteringer ved bivirkninger, administrasjon av medi-

siner, fornyelse av resept, forverring (hoste, tungpust), behov for oksygen, psykisk helse. Sykepleierne viderefører informasjon til lege om nødvendig, vurderer henvisning til palliativt team når sykdommen progredierer. Dette skjer i samråd med pasient, lege og sykepleier. Vi tilstreber at det er fibrosesykepleier som tester lungefunksjonen til pasientene når de kommer til kontroll hos lege. De kontrolleres ca. hver 3–6 mnd. Det kan bli aktuelt med «hjemmemonitorering» hos stabile pasienter.

Fibroseskole

Vi startet med fibroseskole i 2022. Skolen går over to dager. Både pasienter og pårørende blir invitert. Skolen er forbeholdt pasienter med IPF. Temaene på skolen er blant annet informasjon om sykdom og behandling, kostråd ved nedsatt matlyst, balanse mellom fysisk aktivitet og hvile, velferdsordninger ved kronisk sykdom, oksygenbehandling, palliasjon og lindring når sykdommen progredierer, informasjon fra pasientorganisasjonen LHL. En del av skolen går på erfaringsutveksling både for pasientene og pårørende. Foreleserne på skolen består av flere faggrupper. Vi har fått veldig bra tilbakemeldinger både fra pasientene og de pårørende.



Ambulerende lungeteam

Som del av poliklinikken har vi også et ambulerende lungeteam bestående av 3 sykepleiere som følger opp pasienter med respirasjonssvikt og LTOT (sa) i hjemmet og ved telefonkonsultasjoner. Som del av teamet er det også en fysioterapeut og tett samarbeid med lungelegene. Det ambulerende teamet følger opp ca. 250 pasienter.

Forskning

Sist, men ikke minst, lungemedisinsk avdeling har en stor og voksende forskningsavdeling og forskningssykepleierne og vitenskapelige assistenter samarbeider tett med lungepoliklinikken. Vi har studier i alle diagnosegrupper og har p.t. 16 pågående studier og flere under planlegging. I tillegg har vi også registerstudier.



Line Bronkoskopilab

Forebygging av trykkskader er alfa omega!

Isabella Stokka Landmark, Sårsykepleier, Sårpoliklinikken Stord sykehus, Landmark, isabella.stokka.landmark@helse-fonna.no

Trykksår kalles så mangt. I mange tilfeller brukes ordet dekubitus eller liggesår. Ordet dekubitus kommer fra det latinske ordet «decumbere», som betyr å legge seg flat (Wounds, 2024). I 2019 ble det internasjonalt bestemt at man skal kalle skadene for trykkskader og ikke trykksår. Dette fordi vi allerede har en skade om man har rød hud som ikke blekner ved trykk, selv om det ikke har oppstått et åpent sår enda.

En trykkskade er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vevet, som et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Trykkskader oppstår vanligvis over et benframspring, men det kan også være relatert til medisinsk teknisk utstyr eller andre objekt (EPUAP,2023).

Kunnskap og forskning er entydig på at trykkskader kan forebygges, og vi blir stadig påminnet ved hjelp av kampanjer, fokusdager og oppdatert kunnskap, at vi i vårt daglige arbeid skal forebygge trykkskader hos pasientene våre. Vi vet at trykkskader bidrar til dårligere livskvalitet for pasientene både på grunn av smerter, nedsatt aktivitet og redusert psykologisk velvære. Risikoen for infek-

sjon og i verste fall tidlig død øker når pasienten har en trykkskade.

Trykksår utgjør et stort helseproblem globalt og ved ulike helseinstitusjoner kan forekomsten ligge mellom 10–20 %. Hva er årsaken til at vi ikke klarer å unngå trykkskader på pasientene våre? Hvorfor blir pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd og utskrevet med trykkskader?

Det er på høy tid at vi tar ansvar. Trykkskader kan forebygges i over 90 % av tilfellene og det bør derfor rettes fokus på forebyggende tiltak!

Hvilke pasientgrupper er mest utsatt?

Årsakene til trykkskade er sammensatt, og det er flere ulike årsaker som medvirker til at noen grupper er i høyere risiko for å utvikle trykkskader enn andre. Vi vet at til dømes ryggmargskadede pasienter er i høyrisiko hele livet og at forekomsten hos denne pasienten er stor. Andre pasienter som av ulike årsaker er sengeliggende er også i høyrisiko. Pasienter som er friske og oppgående i utgangspunktet, men blir inn-

lagt på sykehus med hoftebrudd er lett å overse da de til vanlig ikke er i risiko. En risikovurdering er helt nødvendig i hverdagen for å kunne kartlegge hvilke pasienter som er i risiko og ikke.

Pasienter med diabetes og nevropati som får trykkskader under føttene, er en gruppe som ofte blir forsømt. På sykehuset der jeg jobber ser vi hver uke pasienter som kommer til vurdering av sår under føttene. Fastlegen skriver i henvisningen til sykehuset at de har prøvd all mulig behandling uten effekt. Hva med avlastning? Pasienten går på såret sitt. Ingen trykkskader kan gro uten avlastning. Det er det samme med sår på hoftekam eller sakrum. Ingen sår kan gro om man sitter eller ligger på såret. **Det må totalavlastes!**

Hvordan kartlegge pasienter for risiko?

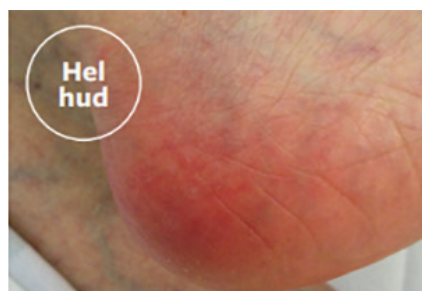
I alle deler av helsetjenesten vår (både sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten) må vi ha et system for å risikovurdere pasientene våre. Dersom pasienten har risiko for trykkskade må tiltak iverksettes med en gang. Ikke i morgen eller uken etter, men med en gang. En alvorlig trykkskade kan utvikles bare på få timer.

Kategorisering av trykkskader

Trykkskader deles inn i 5 kategorier/ grader.

Grad 0/ trykkmerke: Forbigående rødhet i huden som forsvinner etter at man har iverksatt avlastende tiltak.

Grad 1 (Helse Fonna, 2022)



Grad 1: Rødhet som ikke blekner ved fingertrykk. Trykkskade grad 1 har en begynnende vevskade, men er ikke et åpent sår.

Grad 2 (Helse fonna, 2022)



Grad 2: Hudbarrieren er brutt og det er et overfladisk sår. Sårene er rene. Fibrinbelegg kan forekomme. Grad 2 trykkskade kan også være en intakt eller revnet blemme.

Grad 3 (Helse fonna, 2022)



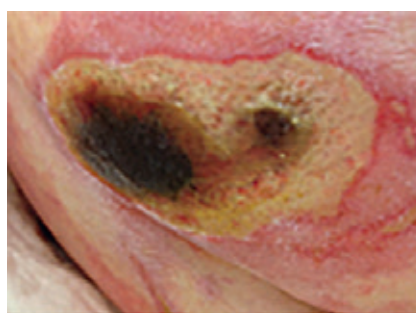
Grad 3: Sår der hele hudlaget er brutt. Subkutant fett kan være synlig, men bein, sener eller muskler er ikke synlige. Nekrose kan forekomme.

Grad 4 (Helse fonna, 2022)



Grad 4: Tap av vev med blottlagt bein, sene eller muskulatur. Nekrose kan forekomme.

Uspesifikk grad (Helse fonna, 2022)



Uspesifikk grad: Ukjent dybde. Sårbunn er dekket med nekrose og det er ikke mulig å vurdere dybde før dette er fjernet.

Behandling av trykkskader

Hovedprinsippet for behandling av alle grader av trykkskader er totalavlastning. Uansett hvilke bandasjer man legger på vil ikke såret tilhele uten avlastning. I mange tilfeller tror helsepersonell at det er nok med en trykkavlastende skumbandasje. Dette er bandasjer som er flerlags for å redusere friksjon og gir trykkavlastning. Disse bandasjene er gode, men gir dessverre ikke nok avlastning i seg selv. Man må i tillegg ha ekstra avlastning. Filtavlastning er et godt alternativ å legge rundt såret i hestesko for å sikre at selve såret ikke får trykk. Om man har sår på hæl er det helt avgjørende med hælavlastere som festes på foten der hælen er 100 % fri fra trykk. I tillegg skal alle pasienter som har risiko for trykkskader eller allerede har fått trykkskader ha en dynamisk luftmadrass og snuregime må innføres.

Når det gjelder lokalbehandling av sårene deles anbefalingene i forhold til hvilken grad trykkskaden er:

Behandling trykkskade grad 1: Dette er en trykkskade der huden fremdeles er intakt. Huden er rød og blekner ikke ved trykk. Behandlingen består av avlastning. Dersom pasienten er senge-liggende, skal det være trykkavlastende madrass i senga. Ved sår på hæl må pasienten ha hælbeskyttere som gir 100 % totalavlastning. Slike avlastere finnes i mange ulike former og prisklasser. Det viktigste er at alle sengeposter /sykehjem og hjemmetjenester har tilgang på slike. Dersom såret er på sakrum må pasienten IKKE bli liggende eller sittende på område. Snuregime iverksettes selv om pasienten har trykkavlastende madrass. Filtavlastning rundt såret kan også være et godt alternativ i tillegg.

Behandling trykkskade grad 2: Vi har nå et sår der hudbarrieren er brutt. Såret er overfladisk og oftest relativt rent. Fibrinbelegg kan forekomme. Det viktigste tiltaket er totalavlastning også her. Man må rengjøre såret med enten natriumklorid eller antibakterielle produkter. Oftest er det ikke behov for debridering (opprensning av såret), men ved fibrinbelegg og mistanke om biofilm må dette utføres. Oftest er det tilstrekkelig med en skumbandasje. Dersom mistanke om økt bakteriell belastning i såret bør man bruke en antibakteriell bandasje under skumbandasje, f.eks sølv. Fuktskade av huden omkring såret kan forekomme, det er derfor viktig med barrierefilm rundt sårkanter. Sårskift må utføres etter hvor mye såret væsker.

Behandling trykkskade grad 3: Ved trykkskade grad 3 ser man ofte nekrotisk dødt vev, og det er avgjørende å debridere såret for at det skal tilhele. Å debridere såret vil si å fjerne dødt vev enten med debrideringskluter eller kniv/kyrette, eventuelt andre mer avanserte metoder. Man kan også forsøke med autolytisk debridering der kroppen selv

fjerner nekrose gradvis. Bandasjer som øker fuktigheten i såret, vil være behjelpelig i denne prosessen. Man skal være oppmerksom på at svart tjukk nekrose lar seg vanskelig fjerne med autolytisk debridering.

Det er viktig å holde såret infeksjonsfritt. Vask med antibakterielle skyllemidler og bruk antibakterielle bandasjer som fyller sårhulen, med skumbandasje over. Vær obs på at denne type sår ofte har mye sekresjon, og man må bruke bandasjer som håndterer en del væske. Skift-intervallet må oftest være nokså hyppig i starten for å unngå å skade sårkantene grunnet fukt. Barrierfilm på sårkanter er viktig. **Til slutt – husk totalavlastning!**

Behandling trykkskade grad 4: Trykkskade grad 4 behandles på lik linje med grad 3. Det viktigste er å rengjøre sårene slik at man får bort all nekrose og dødt vev. Nekrose er grobunn for bakterier og må fjernes fra såret for at det skal kunne tilhele.

Når det gjelder grad 4 trykkskader skal man være oppmerksom på osteomyelitt, som betyr infeksjon i beinet. Dersom man har blottlagt bein i såret skal man mistenke osteomyelitt til det motsatte er bevist. Mange helsearbeidere undervurderer dessverre denne tilstanden. Om det foreligger en osteomyelitt, vil såret aldri kunne gro før denne er behandlet.

Utredning for osteomyelitt skal foregå på sykehus. Det tas oftest en røntgenundersøkelse og/eller MR for å stille diagnosen. Behandlingen er langvarig antibiotika.

Andre typer avansert behandling kan tilbys pasienter der en ikke har kommet i mål med standard tiltak. Til dømes kan vakuumbehandling være et alternativ, men man skal være forsiktig med grad 4 trykkskader grunnet dype kanaler og lommer og dette øker infeksjonsrisikoen betraktelig dersom ikke vakuumbehandling

mer til. Larvebehandling kan benyttes dersom man ikke får sårene rene med andre typer debridering. Larvebehandling er en skånsom metode for å fjerne nekrose og kan ofte være et godt alternativ for pasienter som ikke vil tåle en større revisjon for eksempel i narkose.

Hva er inkontinens assosiert dermatitt?

Inkontinens assosiert dermatitt (IAD) er et viktig begrep som man skal kjenne til for å igangsette riktig behandling. Mange helsearbeidere synes det er vanskelig å skille mellom trykkskade og IAD. IAD oppstår i områder der hud er utsatt for fukt fra urin eller avføring. IAD oppstår oftest på grunn av våte bleier som fører til at fuktigheten etser i huden. I slike områder der hudbarrieren er brutt er man ekstra utsatt for å få trykkskader, og man skal i tillegg til å iverksette tiltak for å hindre fukt, også forebygge mot trykkskader ved å avlaste området. Dersom man utvikler en tilstand med IAD er man i høyrisiko for å få trykkskade i dette området da huden er svært dårlig.

IAD deles inn i kategori 1 og 2.

Kategori 1: Hel hud. Røde, flekkvise inflammasjonsområder med glatt, blank overflate. Blemmer, svie og kløe kan forekomme.



Kategori 1 (Helse fonna, 2022)

Kategori 2: Røde, flekkvise inflammasjonsområder med åpne sår. Blemmer, blemmer, svie og kløe kan forekomme.



Kategori 2 (Helse fonna, 2022)

En liten oppsummering til slutt
Trykkskader kan forebygges i over 90 % av tilfellene! Om din arbeidsplass ikke arbeider systematisk med risikovurdering, sørg for å få dette på plass!

Husk at kun små uskyldige rødheter i hud som utsettes for trykk/friksjon eller fukt kan gi svært alvorlige skader hos pasienten innen kort tid dersom ikke tiltak iverksettes med en gang.

Den nasjonale trykksår dagen feires over hele verden årlig i november. I år er datoen 21 november 2024. Gjør litt blest av denne dagen på din arbeidsplass og engasjer kollegaene dine. Du finner mye nyttig materiell som kan brukes på NIFS (norsk interessefaggruppe for sårtilheling) sine sider og NPIAP (national pressure injury advisory panel).

Referanser

EPUAP. (2023) PU Guideline. [PU Guideline | EPUAP.org](https://www.epuap.org/)

Wounds. (2024, 1. januar). Trykksår. Hentet 26/4-24 fra <https://www.wounds.no/trykks%C3%A5r>

Helse fonna (2022). Trykksårveileder sårbehandling- forebygging og behandling av trykksår og inkontinens assosiert dermatitt (IAD). Hentet 1/5-24 fra [Trykksår-og-IAD--veileder.pdf \(helse-fonna.no\)](https://www.helse-fonna.no/trykks%C3%A5r-og-inkontinens-assosiert-dermatitt-veileder.pdf)



Fra venstre: Solfrid J. Lunde, Solfrid M. Løwensprung og Mona Brovold

Lokalgruppelaget i Sør-Trøndelag

Styret i Sør-Trøndelag består av Solfrid Meier Løwensprung, Solfrid Jakobsen Lunde og Mona Brovold. Vi jobber ved lungemedisinsk avdeling på St. Olavs hospital.

Solfrid Jakobsen Lunde har jobbet til sammen 34 år og har hatt mange verv i sin karriere. Hun jobber nå ved lunge sengepost og er også kvalitetsrådgiver. Hun er kasserer i styret.

Solfrid Meier Løwensprung har jobbet i 19 år. Hun jobber nå på lungepoliklinikk og Medisin og lungeovervåking. Hun er leder i styret.

Mona Brovold har jobbet i 15 år på lungeavdelingen. Hun jobber på lunge poliklinikk og lunge sengepost.

Ta gjerne kontakt med oss for innmelding i Lungesykepleierne NSF.

Vi er ved startstreken med planlegging av landskonferansen som skal være her i Trondheim i 2026.

Vi gleder oss til å se dere der!



Navn: Kurt Hatløy

Stilling: Lungesykepleier/fagsykepleier Lungepost

Arbeidssted: Kristiansand Sykehus

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunstig intelligens som privatperson?

Noe. Effektiv måte å få raske svar på spørsmål, men det må ofte kvalitetssikres.

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier?

Noe. Open AI/chat GPT gir raske svar på spørsmål, men man må sikre at kunnskapen stemmer ved å også bruke andre kunnskapsbaserte kilder.

Hvordan kan vi ta i bruk eller videreutvikle bruk av kunstig intelligens i lungeenheter?

Sammenstilling av informasjon til pasienter, fra leger og sykepleiere, for å sikre god informasjon ved utskrivelse. Rask tolking av radiologiske undersøkelser.

AI kan kanskje skape lærerike simuleringssituasjoner, ved bruk av VR briller eller lignende.

Hvordan kan bruk av kunstig intelligens komme lungepasientene til gode?

Stille raskere diagnoser og komme fortere i gang med behandling, som kan lette symptombyrden. Ved god øving hos personale, kan de bli drillet til å håndtere akutte situasjoner bedre.

Hvilke utfordringer ser du ved å ta i bruk kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier?

Fare for at den informasjonen som tas i bruk, ikke er kunnskapsbasert og beste praksis.

Informasjon som blir laget av AI må kvalitetssikres, det kan være en risiko hvis denne sikringen uteblir.



Navn: Johanna Kvisle

Stilling: Kreftkoordinator

Arbeidssted: St. Hanshaugen bydel, Oslo kommune

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier?

Hvilken erfaring jeg har med å bruke kunstig intelligens i arbeid som sykepleier er avhengig av hvordan man definerer KI. Men intuitivt så tenker jeg lite erfaring. Samtidig er jeg utsatt for algoritmer og liknende daglig på en del plattformer som brukes i jobben. Dette er også en form for KI. For eksempel internett. Dette har jeg egentlig ikke tenkt så mye over. Mange tekniske systemer er gamle og i min daglige jobb så er det nok internett og søk i google som er der nærmeste jeg kan komme.

Hvordan kan bruken av KI komme lungepasienter til gode?

Jeg tror at KI kan hjelpe oss til å se de subtile tegnene på at en forverring er på gang. Nå finner vi oftest tegnene når vi leser gjennom journalen i etterkant og vet at utfallet var en kolsforverring. Vi har da ikke forstått at det var en forverring før tilstanden har blitt veldig alvorlig. Tenk om KI kunne samle informasjon fra journaler og dermed klare å tolke det subtile før helsepersonell eller pasienten selv klarer det. KI kan kanskje også kartlegge pasientene med hyppige astmaanfall, og med informasjon som samles inn forhindre disse anfallene eller forebygge at de ikke eskalerer. KI kan kanskje samle informasjon og komme med målrettede lindrende tiltak og hjelpe oss helsepersonell å identifisere de pasientene som trenger en palliativ plan og dermed øke kvalitet og gjøre pleien mer likeverdig.

Fortsetter neste spalte ►►



Hvilke utfordringer ser du for deg ved å bruke KI i arbeidet som sykepleier?

Bruk av KI kan svekke sykepleiers kompetanse til å bruke klinisk blikk. At vi «tar» informasjonen fra KI uten å reflek-

tere over om den er sann. Vi må bruke vår kritiske sans og koble det opp mot fag. Kanskje mange ser KI som løsnin- gen istedenfor som en del av en helhet. Det er et hjelpe- middel. Det trengs kunnskap om hva KI er og hvordan det brukes mest hensiktsmessig.



Navn: Elias David Lundereng

Stilling: Kreftskykepleier

Arbeidssted: Avdeling for kreftbehandling OUS, lungekreft og lindrende behandling

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunstig intelligens som privatperson?

Jeg har begrenset erfaring med kunstig intelligens, men har brukt det noen ganger som søkemotor og har testet ChatGPT litt. Jeg har brukt ChatGPT til å få sammenfattet kompliserte saker eller få forklart komplekse temaer på en enkel måte. For eksempel har ChatGPT vært nyttig for å få en forenklet innføring i for eksempel statistikk, bruk av nye dataprogrammer og politikk. Jeg har også brukt det til teknisk hjelp, som når PC-en krasjer eller programvare ikke fungerer. ChatGPT har ofte gitt riktige løsninger på tekniske problemer (som regel å skru av og på datamaskinen).

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier?

Jeg har begrenset erfaring med kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier, men jeg har funnet det nyttig for å forstå diagnoser og tilstander jeg er mindre kjent med. Forskningslitteratur kan være teknisk og vanskelig å forstå, og tilgang til relevant faglitteratur kan være begrenset. I slike tilfeller

har ChatGPT hjulpet meg med å få en grunnleggende forståelse av medisinske fenomener. For eksempel brukte jeg ChatGPT til å lære mer om en diagnose jeg ikke var kjent med, og den forklarte komplekse fysiologiske prosesser på en enkel måte. Det er viktig å ikke stole blindt på ChatGPT og alltid bruke validerte oppslagsverk for kliniske beslutninger, men det kan være et nyttig verktøy for å forstå og lære mer, og gjør der også enklere å lese seg opp på det samme temaet gjennom litteraturen.

Hvordan kan bruk av kunstig intelligens komme lungepasientene til gode?

Kunstig intelligens kan være til nytte for alle pasienter ved å gjøre det lettere å forstå helseinformasjon og klinisk dokumentasjon. Mange pasienter synes det er vanskelig å forstå sin egen sykdom og behandling, og epikriser og journaldokumenter kan være utfordrende å tolke. Jeg tror det ligger et stort ubenyttet potensial i å integrere AI i systemer som Helsenorge eller andre pasientapplikasjoner som potensielt kan tilby funksjonalitet for å «oversette» eller forenkle klinisk dokumentasjon. I tillegg til språkbaserte AI-løsninger er det en rask utvikling innen AI-assistert radiologi og andre kliniske undersøkelser, noe som kan bidra til raskere og mer presise prøvesvar.

Hvilke utfordringer ser du ved å ta i bruk kunstig intelligens i arbeidet som sykepleier?

Jeg tror det er viktig å være forsiktig med å bruke AI til å styre klinisk praksis. Jeg har opplevd at ChatGPT kan gi råd som ikke alltid er i tråd med norsk medisinsk praksis. Spesielt innen felt som kreftbehandling, hvor utviklingen er rask, er det avgjørende å søke informasjon fra validerte kilder. Jeg har også erfart at ChatGPT kan generere falske referanser til forskningsartikler og forskere. ChatGPT genererer ofte ganske generelle svar om medisinske tilstander som gjør at det ikke nødvendigvis er representativt for den enkelte pasient. Jeg er også noen ganger bekymret for at vi kan bli for avhengige av AI, noe som kan svekke vår kliniske intuisjon og magesfølelse, som er helt sentralt i helhetlig og pasientsentrert sykepleie. Det er viktig at vi ikke glemmer hvordan vi tenker selv!

Norsk Sykepleierforbunds nasjonale e-helsekonferanse

14. og 15. februar 2024 ble Norsk Sykepleierforbunds nasjonale e-helsekonferanse arrangert i Lillestrøm. Denne fikk i år navnet Sykepleie 2.0. Vi er på vei videre fra Sykepleie 1.0 ved at digitale løsninger og KI skal bidra til at vi kan gi pasienter og brukere gode og trygge tjenester også i framtiden.

Kristin Degnes

«Vi går tom for folk før vi går tom for penger» (regjeringen.no). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles helsetjeneste beskriver hvordan vi i økende grad må bruke digitalisering i helse- og omsorgstjenestene. Med fremtidens utfordringer med å få nok helsepersonell vil Regjeringen legge opp til at det utvikles digitale løsninger for å friggi personell til pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og utdanning. Det vil bli lagt opp til finansieringsmodeller for dette.



Kurt Hatløy og Anne Marte Frigstad



Kristin Degnes og Maren Pettersen, som var deltagere

Her var det mange interessante og tankevekkende foredrag. Vi har allerede kommet et godt stykke på vei med å ta i bruk nye digitale tjenester og KI.

Befolkningen har i økende grad digital kompetanse, både pasienter og helsepersonell. Dette gjør det enklere å innføre. Allikevel er det tunge prosesser. Det handler om endring som krever mye av

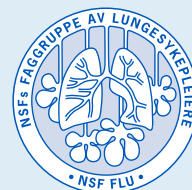
de som skal planlegge og gjennomføre. Det er mange aktører som må inn for at dette skal bli trygt og være i henhold til lovkravene vi har.

Digital hjemme oppfølging er allerede utbredt i hele landet, og nye tilbud kommer til hele tiden. Eksempler fra konferansen var digitaloppfølging av sårbehandling, kroniske syke med både

psykisk og somatisk sykdom som får oppfølging hjemme og barseoppfølging. Videosamtale med AMK gjør at de som sitter på AMK sentralen kan se situasjonen via innringers telefon. Dette startet i Vestre Viken, men er nå tatt i bruk ved flere helseforetak.

Kurt Hatløy og Anne Marte Frigstad, fra Sørlandetsykehus, som er NSF FLU medlemmer, hadde en poster der de viste sitt Kvalitetsforbedringsprosjekt hvor de har utarbeidet en digital opplæringspakke for helsepersonell i forhold til hjemmerespirator.

Det var også andre NSF FLU medlemmer på konferansen.



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

**Sommerhilsen
fra alle i styret**

NORGE P.P.

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

OLYMPUS



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