



Fagblad

for lungesykepleiere

Nr. 2 – 2023

Ambulerende lungeteam

– Sykehuset Østfold side 5

Kjære alle medlemmer!

Tusen takk for flott innsats for pasientgruppen vår i året som snart har gått og for at dere er medlemmer av faggruppen.



Gerd Gran

På generalforsamlingen den 02.11.23 ble det enstemmig vedtatt at NSF FLU fortsatt skal ha samme medlemskontingenten i 2024 for vanlige medlemmer, som er kr. 300,-. I tillegg ble det vedtatt at fra 01.01.24 innføres det to nye kategorier som vil få medlemskontingent på kr. 150,-. Dette er for medlemmer som har fylt eller fyller 67 år i det inneværende året, og studenter på bachelor-, videre-, masterutdanning, og ph.d.-studenter. Dere finner mer informasjon her i bladet.

Tusen takk til arbeidsgruppen i Innlandet for en meget vel gjennomført og faglig interessant NSF FLU Landskonferanse i 2023. Noen av de første studentene med master i Lungesykepleie hadde flotte presentasjoner av masteroppgavene sine på Landskonferansen.

NSF sitt Landsmøte ble avholdt 06. – 10.11.23. og noen av dere var delegater der. Det var mange interessante saker som stod på saklisten. Dere finner alle sakene på NSF sin nettside. Når det gjelder organisering av fylkesstruktur så følger NSF vedtaket fra 2019 om at NSF skal følge den til enhver tid gjeldende fylkesstrukturen i Norge. Dette innebærer blant annet at Viken fylke går tilbake til de tre fylkene Akershus, Buskerud og Østfold. Dette vil da også gjelde for våre lokalgrupper.

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

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

Søknadsfristen for å søke om stipend i 2024 er den 31.05.24. Mer informasjon og søknadsskjema finner dere på nettsiden hos NSF og på www.lungesykepleiere.no

Det ble arrangert lokalgruppeledersamling i Trondheim 30.11. og 01.12.23, og det var ni fylker som var representert der. Vi hadde blant annet gruppearbeid med idemyldring om hvordan drive fagutvikling i en travel hverdag hvor det kom mange gode innspill. Vi fikk også et godt innblikk i hvordan Helseplattformen fungerer nå av lokalgruppeleder i Trøndelag.

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

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

Vervepremier:

- **1. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen og kr. 5000,- til en annen konferanse eller reise og opphold til Landskonferansen.
- **2. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen.

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

*Julehilsen fra alle i styret
v/Leder Gerd Gran*



Innhold

Ambulerende lungeteam.....	5	Tilbakemelding deltakelse konferanser	21
Oppgavedeling i medisinske sengeposter	8	Digital hjemmeoppfølging	24
Portvakter i praksis	10	Møte i NSF FLUs forskningsnettverk	31
Hvordan kan praksisveiledere tilrettelegge.....	14	Nytt fra lokalgruppene.....	33
Presentasjon av styret	18	Tett på 3	34
Årets sykepleierleder	20	Helsekompetanseoppfølging	38

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 31.05.24. Søknaden sendes som vedlegg på e-post til nsfflu@gmail.com

Forsidebilde: Sanna S. Nielsen

Design og trykk: Aksell – aksell.no

Utgivelsesplan 2024–2025:

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

2025	Matr.frist	Utgivelse
Nr. 1 2025	1. mai	juni
Nr. 2 2025	1. november	desember

Gjeldende annonsepriser:

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

Alle priser er uten mva.



Redaktøren har ordet – Fremtidens Fagblad for lungesykepleiere?

Er du glad i å skrive, jobber med fagutviklingsprosjekt, forskningsprosjekt eller har stått i situasjoner i praksis som du ønsker å dele med andre? Kanskje du har skrevet en fordypningsoppgave i lungesykepleie eller ved en annen videreutdanning eller master? Hva med å skrive en kort tekst til Fagblad for lungesykepleiere. Du kan også skrive om erfaringer og refleksjoner rundt arbeidet som lungesykepleier. Brenner du for noe i lungefaget? Hva med å skrive et kort innlegg til fagbladet? Noen tar kontakt med oss fordi de har en tekst som de ønsker å publisere i fagbladet. Vi ønsker at enda flere skal skrive for oss. Omtrent 440 medlemmer får fagbladet i posten to ganger i året. De som publiserer hos oss, får et gavekort fordi vi ønsker å gi noe tilbake til de som skriver for oss. Om du har en god ide, mens synes det er litt skummelt å skrive og litt usikker på det skrive tekniske som for eksempel referanser, kan vi gi veiledning og hjelp med teksten. Har du forslag til temanummer, ros, ris eller noe annet, ta kontakt. Vi ønsker å gjøre fagbladet best mulig!

Vi oppfordrer alle som har skrevet masteroppgave, ph.d.-avhandling eller som forsker om å sende inn abstrakt til ERS 2024 i Wien. Send inn abstrakt



Simen A. Steindal

for muntlig- eller posterpresentasjonen under «nurses group 9.03». Dette er viktig for at sykepleierne skal bli hørt i ERS.

I dette nummeret av fagbladet kan du blant annet lese om ambulant lunge-team ved sykehuset Østfold, oppgavedeling i medisinske sengeposter ved Sykehuset Innlandet og om hvordan du kan lære sykepleierstudenter om forskning og palliativ omsorg i praksis. Du kan også lese om digital hjemmeoppfølging av pasienter med KOLS, hvordan det var å jobbe den første sommeren som sykepleier ved lungeavdeling og mye mer.

God jul!

Simen A. Steindal
Redaktør

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



APEXXNAR ER DEN ENESTE KONJUGERTE PNEUMOKOKKVAKSINEN SOM DEKKER 20 SEROTYPER

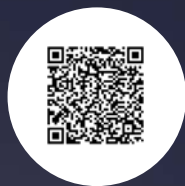
APEXXNAR INDUSERER IMMUNOLOGISK HUKOMMELSE OG BIDRAR
TIL Å BESKYTTE MOT NOEN AV DE MEST UTBREDTE SEROTYPENE
SOM ER ASSOSIERT MED PNEUMOKOKKSYKDOM¹

Bygger på klinisk erfaring med Prevenar 13 hos voksne og hjelper med å
forhindre både pneumokokk pneumoni og invasiv pneumokokksykdom¹



Lær mer

(Scanne med mobilkamera
og klikk på lenken)



INDIKASJON: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥ 18 år.

Referanse: 1. APEXXNAR SPC

▼ Apexxnar utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjon: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥ 18 år. Skal brukes i samsvar med offentlige anbefalinger. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller ditteritoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnet medisinsk behandling og overvåkning skal alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon. Vaksinen må administreres med forsiktighet hos personer med trombocytopeni eller blødningsforstyrrelse. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier har blitt utført. Forskjellige injiserbare vaksiner skal alltid gis på ulike injeksjonssteder. Apexxnar kan administreres samtidig med covid-19 mRNA-vaksine (nukleosidmodifisert). Apexxnar kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (firevalent, overflateantigen, inaktivert, adjuvantert). **Dosering og administrasjonsmåte:** 1 dose (0,5 ml) settes intramuskulært, fortrinnsvis i deltamuskel. Apexxnar skal ikke injiseres intravaskulært. **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 1 stk 997,20 kr, suspensjon i ferdigfylt sprøyte uten kanyle. Apexxnar kan rekvireres av lege på blå resept direkte fra apotek eller Folkehelseinstituttet med henvisning til §4 for utvalgte pasientgrupper, herunder pasienter uten miltfunksjon, HIV positive personer og personer som har gjennomgått stamcelletransplantasjon. Resept må påføres tydelig indikasjon. Reseptgruppe C.

Prevenar 13 utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjon: Aktiv immunisering for forebygging av invasiv sykdom og pneumoni forårsaket av *Streptococcus pneumoniae* hos voksne ≥ 18 år og hos eldre. Bruk av preparatet bør baseres på offisielle anbefalinger. Dosering voksne ≥ 18 år: En enkeltdose gis ved intramuskulær injeksjon. **Kontraindikasjoner:** Vaksinasjon skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjoner som forkjølelser skal imidlertid ikke gjøre det nødvendig å utsette vaksinasjonen. Kontraindisert ved overfølsomhet for virkestoffene eller ditteritoksoid. **Forsiktighetsregler:** Egnet medisinsk behandling og overvåkning skal alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner oppstår etter injeksjon. **Interaksjoner:** Prevenar 13 kan gis samtidig med sesongens kvadrivalente, inaktiverte influensavaksine (QIV). **Viktige bivirkninger:** Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktisk/anafylaktoid reaksjon inkludert sjokk er rapportert, se også Forsiktighetsregler. **Pris:** 698,20 kr. Reseptgruppe C.

Ambulerende lungeteam – Sykehuset Østfold

Karoline Bugten Pettersen, sykepleier, Ambulerende lungeteam, Sykehuset Østfold,
Karoline.Bugten.Pettersen@so-hf.no

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på sykdommer i luftveiene og lungevevet som fører til vedvarende innsnevring av bronkiens diameter og etter hvert ødelagte alveoler (Skjønsberg, 2023). Om lag 6-7 % av befolkningen over 40 år har KOLS og denne lungesykdommen var den fjerde hyppigste registrerte dødsårsaken i Norge i 2021 (Kols - FHI). I 2022 hadde Sykehuset Østfold 2 499 KOLS-pasienter i systemet hvor 1699 ble innlagt på grunn av en KOLS-forverring (Analyseavdelingen, Sykehuset Østfold).

Når pasienter med KOLS blir innlagt på sykehus med en KOLS-forverring ansees dette som en alvorlig forverring med betydelig svekkelse i etterkant. I de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av KOLS gis det en sterk anbefaling om at sykehuset skal følge opp pasienter med respirasjonssvikt innen 4 uker etter innleggelse (Helsedirektoratet, 2022). Pasienter med KOLS blir i vårt tilfelle henvist til lungepoliklinikken for videre oppfølging. Vår erfaring er at de dårligste pasientene med KOLS med hyppige innleggelse er dårlige i stabil fase og har store utfordringer med å komme seg til og fra en poliklinisk kontroll. De klarer ikke å følge den



Karoline Bugten Pettersen

oppsatte behandlingen de har fått. Det er her ambulerende lungeteam kommer inn i bilde.

Ambulerende lungeteam

Vårt ambulerende team består av to sykepleiere med erfaring fra Lunge-medisinsk avdeling i 1,5 stilling, en fysioterapeut med erfaring innen KOLS-

rehabilitering i 30% stilling, en sekretær i 30% stilling og en lungeoverlege som har hovedansvaret for temaet.

Sykepleierne reiser ut på hjemmebesøk hver dag med en egen bil og setter opp tre pasienter på hjemmebesøk hver dag. Førstegangsbesøket tar ca. 1 time hvor vi går gjennom inhalasjonsmedisiner, inhalasjonsteknikker, tar en arteriell blodgass om nødvendig, SpO2, puls, observerer pasientens hud og kartlegger symptombyrde ved hjelp av COPD Assessment Test (CAT) og Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Vi har en grundig gjennomgang av hva pasienten er i stand til å utføre av daglige gjøremål og hva de trenger hjelp til. Vi kartlegger også hvilke ressurser pasienten har rundt seg. Vi er opptatt av at pasienten skal ha best mulig livskvalitet til tross for sykdommen og de begrensningene den gir.

Notatene vi skriver sendes direkte til fastlege og eventuelt hjemmesykepleie for bedre samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Ved akutte situasjoner i hjemmet kan vi konferere med lungelege via konfereringstelefon samme dag, mens ved mindre akutte ting som medisinendringer sender vi melding til ansvarlig overlege for teamet



og svares ut når vedkommende får anledning. Pasienter som kan ha nytte av slimmobilisering eller generell opp-trening etter forverring henvises av sykepleierne til teamets fysioterapeut som også reiser på hjemmebesøk.

Vi er opptatt av å legge til rette for at pasientene med KOLS som ønsker å være hjemme kan få mulighet til det med rett oppfølging. Vi samarbeider med fastlegene, hjemmesykepleien og helsehus og har stor tro på kompetanse-overføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten vil gi gode resul-tater på sikt. Dagens sykehus bygges mindre og tanken er at kommunen skal

overta mye av det sykehusene normalt gjorde før. For å få til dette på best mulig måte må det være lettere å samarbeide på tvers av instansene enn det det har vært til nå. Vi ønsker at det skal være lav terskel for hjemmesykepleie, helsehus og fastleger å ta kontakt med oss for drøf-ting av våre pasienter.

Erfaringer så langt

Vi er foreløpig i en oppstartsfasen i ambu-lerende lungeteam, men ser allerede nå at dette er nyttig for pasientene. Samtale om sykdommen og generell sykdoms-lære har vist seg å være svært nyttig. Vi opplever at mange pasienter ikke er klar over hva KOLS er og hvorfor det er

viktig å ta medisiner som forskrevet. Når vi viser riktig inhalasjonsteknikk beskri-ver mange at de kun har fått utlevert medisiner på apoteket og ikke fått instruksjoner på hvordan medisinene skal tas.

Mange pasienter er ikke klar over vik-tigheten av trening selv med alvorlig KOLS og trenger derfor litt hjelp av vår fysioterapeut for å komme i gang. Enkle justeringer på hvordan hverdagen kan mestres på en bedre måte viser seg også å være til nytte. Noen blir svært tung-pustet av å stå og smøre seg mat, men om de får en arbeidsstol blir aktiviteten straks mye enklere. Vi instruerer pasien-

tene i å ta hurtigvirkende inhalasjonsmedisiner i forkant av aktivitet, ikke etter de har blitt tungpustet og det er vanskelig å hente seg inn.

Informasjon om hvilke symptomer pasientene selv skal være oppmerksom på ved en eventuell forverring har vi stort fokus på da pasientene som blir lagt inn med en KOLS-forverring på sykehus stort sett oppgir økt dyspne, økt ekspektorat og sykdomsfølelse i 1-2 uker uten å ta kontakt med fastlege for tidlig behandling. Flere av pasientene oppgir at de ikke ønsker å være en byrde for fastlegen og tar derfor kun kontakt når de sliter med å puste, som igjen fører til en innleggelse på sykehus.

De største utfordringene vi opplever er, etter min mening, pasienter med KOLS som har behov for en palliativ tilnærming og hvordan møte disse. Vi ser at mange av våre pasienter er svært syke og har kort forventet levetid med høy symptombyrde i stabil fase, selv med optimal behandling av sykdommen. Allikevel ser vi at de ikke får tilstrekkelig lindring av sine symptomer fordi helsepersonell er redde for respirasjonsdepresjon ved bruk av for eksempel morfin. Dette er et vanskelig dilemma å bevege seg inn på, men desto viktigere å ta tak i. Det er få av pasientene som har hatt samtale om død og prognose med sin fastlege og har heller ikke vært rom for dette de gangene de har vært innlagt på sykehus. Det kommer for mange som et sjokk at KOLS er en dødelig sykdom og mange har for eksempel ikke fått muligheten til å velge om de ønsker NIV-behandling ved neste sykehusinnleggelse. Studier viser at økt fokus på lindring i tidlig palliativ fase øker livskvaliteten til pasientene (Batalji et al. 2021).

Hvordan starte ambulerende lungeteam?

Vi ser viktigheten av å ha erfaring innen lungefaget for å kunne gjøre en god jobb i ambulerende lungeteam. Vi jobber veldig selvstendig og tar avgjørelser basert på eget klinisk blikk og tolkning av for eksempel blodgasser.

Å legge til rette for et godt og trygt samarbeid med kommunehelsetjenesten har vi stor tro på at er et sted å starte. Vi har laget undervisningopplegg for generell opplæring av hvordan vi skal behandle pasienter med KOLS på best mulig måte, slik at de er bedre rustet for å møte utfordringene de står ovenfor.

Tilslutt vil jeg takke ledelsen i Sykehuset Østfold for at de gir oss ganske frie rammer slik at vi kan forme dette for best mulig oppfølging av pasientene. Sykepleierne i teamet har fått stor tillitt til de vurderingene vi tar ute hos pasientene og våre overleger er lette å få tak i og gode å samarbeide med. Det er stor takhøyde for spørsmål, og vi har hyppige tverrfaglige møter for å evaluere arbeidet vårt. Veien blir litt til mens vi går, men vi finner stadig gode måter å jobbe på og nye utfordringer å ta tak i. Det er veldig spennende å få lov til å være med å utvikle dette videre, og vi har stor tro på at det kommer pasientene til gode.

Avslutning

Det er viktig for oss at pasientene føler seg sett, hørt og verdsatt i en tøff hverdag med høy symptombelastning. Vi ønsker et større fokus på en palliativ tilnærming og best mulig symptomlindring hos de dårligste pasientene med KOLS, slik at livet skal være så godt som mulig å leve. Tidlige palliative tiltak hos pasienter med KOLS kan gi bedre symptomkontroll og bedre livskvalitet. Det at pasienter med KOLS er klar over sin alvorlige

sykdom og kan gi dem muligheten til å prate om livet, døden og ønsker for fremtiden. Vi mener at ambulerende team dermed er svært viktig for denne pasientgruppen. Helsepersonell må tørre å prate om vanskelige temaer med pasienter med KOLS selv om vi ikke vet helt sikkert når livet tar slutt.

Referanser

Baltaji, S., Cheronis, N., Bajwa, O., & Cheema, T. (2021). The role of palliative care in COPD. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(1), 113-120.

Helsedirektoratet. (2022). Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/kols-diagnostisering%20og%20behandling>

Skjønsberg, O.H. (2023). kols (kronisk obstruktiv lungesykdom). Store norske leksikon. https://snl.no/kols-kronisk-obstruktiv-lungesykdom?gclid=EA1aIQobChMI9ouFqK7rg-QMV-eyyCh1-XAuCEAAyAIAE-gI5rvD_BwE



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

Oppgavedeling i medisinske sengeposter

i divisjon Elverum-Hamar, Sykehuset Innlandet

Kristin Ingvaldsen, avdelingssjef,
medisinsk avdeling, Divisjon Elverum-
Hamar, Sykehuset Innlandet HF

Oppgavedeling er et aktuelt tema innenfor helsesektoren i Norge. Mange kommuner og helseforetak gjennomfører prosjekter og tiltak innenfor dette område. Det er det mange gode grunner til.

Hvorfor er dette blitt så viktig?

Statistisk sentralbyrås analyse av arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 (SSB rapport 2019/11), viser at Norge om 15 år vil mangle 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere i helse- og omsorgssektoren, hvis vi fortsetter å jobbe slik vi gjør i dag. I opptaksområdet for Sykehuset Innlandet har vi en aldrende befolkning med økt behov for helsehjelp, noe som vil forsterke rekrutteringsutfordringen. Det er derfor viktig å kartlegge hvordan man bedre kan benytte kompetansen til helsepersonell, og ikke minst hvilke oppgaver de i dag gjør som kan overføres til andre yrkesgrupper, for å klare å håndtere antallet pasienter og pleiebehov framover.

Allerede i dag er det mange som opplever utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Man kan heller ikke se til utlandet for å hente helsepersonell. Det viser seg at dette ikke bare en utfordring



Kristin Ingvaldsen

ring for oss og Norge, men en global utfordring.

Erkjennelsen er at det er knapphet på helsepersonell og at utfordringen vil øke, tilsier at det er viktig å implementere tiltak for å sikre at sykepleierressurser prioriteres til oppgaver som krever akkurat denne kompetanse. Oppgaver som kan gjøres av helsefagarbeider, helsesekretær, matforsyning, renhold og

portør, bør overføres. Dette er ikke en enkel oppgave og vil kreve endring og tilpasning fra alle involverte.

Hva gjorde vi?

Prosjekt jobber etter et mandat, og første fase har i hovedsak handlet om å kartlegge situasjonen slik den er nå. Fokus for kartleggingen var tid til pasientrettet arbeid for sykepleier i perioden januar 2022 og ble avsluttet 31. mai 2022.

Vi hadde med oss to fantastiske arbeidsgrupper fra Elverum og Hamar som besto av deltagere fra lege, sykepleiere, helsefagarbeidere, helsesekretær, matforsyning, renholder, portør, tillitsvalgt og vernetjenesten. Kartlegging ble gjort gjennom observasjoner og workshops.

Observasjoner

Sykepleier observerte sykepleier, renholder observerte renholder og portør observerte portør. Ingen fikk observere hverandre i egne enheter. Det vil si at ansatte på Elverum reiste til Hamar og ansatte på Hamar reiste til Elverum. De observerte aktiviteter og interaksjoner i løpet av en vakt. Totalt antall observasjoner ble:

- 15 dagvakter inkl. renhold og portør (mandag til fredag)
- 3 kveldsvakter (mandag til fredag)
- 2 nattevakter
- 3 dagvakter på helg
- 3 kveldsvakter på helg

Hva fant vi?

Det er viktig å nevne at observasjonene viser et bilde, men er ikke nødvendigvis en sannhet for hvordan hver dag er. Selv om fordeling av tid var ganske lik, viste disse observasjonene at sykepleier brukte minst tid på pasientrettet arbeid. Den viste også at det var mange avbrytelser i løpet av en dag, noe vi tror mange vil kjenne igjen.

Kartlegging av arbeidsoppgaver gjennom workshops

Arbeidsgruppe på Elverum og Hamar kartla oppgaver på dag, kveld, natt og helg. Gruppen besto av sykepleier, helsefagarbeider, lege, helsesekretær, renholder, portør, matforsyning, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Etter at alle oppgaver var kartlagt, markerte sykepleier hvilke oppgaver som trengte sykepleiekompetanse og hvilke oppgaver er til deling.

Hva fant vi?

Kartleggingen gjennom workshops viste at sykepleier har 117 oppgaver til deling gjennom døgnet.

Det skilte seg ut fem hovedgrupper:

1. Transport/følge/ hente (bestille taxi, følge pasienter, gå med prøver mm)
2. Pasientrom (re senger, rydde, ta søppel, rydde smitterom, mm)
3. Oppfølging av pasient (stell, sning, munnstell, avisolering, planlegging av utreise mm)
4. Prosedyrer (stell av PVK, sår, stomi, mottak av pasienter mm)
5. Dokumentasjon (mottak av pasienter, kartlegging, sende helseopplysninger, PLO mm)

Opgavene innenfor disse fem hovedgruppene kunne fordeles til helsefagarbeider, helsesekretær, renholder, portør og matforsyning.

Hva nå?

På bakgrunn av kartleggingen gjort sammen med de ansatte, er det mulig med oppgavedeling. På bakgrunn av fase 1 foregår det nå to delprosjekter:

- Delprosjekt A:
Implementering av oppgavedeling
– Prosjektperioden går fra januar 2023 til mars 2024.
– Her er arbeidet i gang med å implementere oppgavedeling og ca. 30 % av oppgavene er overført.
- Delprosjekt B:
Pilotering av apotekerteknikker i sengepost
– Her er pilot i gang i disse dager med oppgavedeling til apotekerteknikker.

Til slutt

Det er viktig å involvere ansatte, de sitter ofte på de gode løsningene. Ansatte er raske og gode til å ta i bruk nye måter når det ikke er hinder i veien for dette.



Portvakter i praksis når palliasjon skal læres – sykepleierstudenters erfaringer og veileders rolle

Kristin Valen, *førstemanuensis*, Høgskolen på Vestlandet, kristin.valen@hvl.no

Introduksjon

Når sykepleiestudenter beskriver møte med uhelbredelig syke og døende pasienter og deres pårørende høres av og til uttalelsen; *Jeg vet ikke hva jeg skal si, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre*. Med tanke på at 50 % av sykepleiestudentenes utdanning skjer i praksis (Råholm et al., 2010), har praksisveileder en sentral rolle i å tilrettelegge for opplæring i palliasjon. Denne artikkelen bygger på funn fra en studie der hensikten var å undersøke sykepleierstudenters erfaringer med å lære palliasjon til en lungekreft pasient i livets siste fase gjennom simulering, og om studentene fikk brukt og videreutviklet det de lærte i simulering når de var i sykehuspraksis. Det reflekteres særlig rundt hvilken betydning resultatene har for praksisveiledning.

Bakgrunn

Studier viser at sykepleierstudenter er lite forberedt på å møte pasienter med behov for palliasjon, og deres pårørende i praksis (Ek et al., 2014; Henoch et al., 2017). Studentene har gjerne et ønske om å delta, samtidig som de kan være redde for å bli konfrontert med egne følelser, og reaksjoner på alvorlig sykdom og død (Dimoula et al., 2019; Gillett, O'Neill, & Bloomfield, 2016; Hall-Lord, Petzäll,

& Hedelin, 2017). Internasjonalt rettes oppmerksomheten mot at det er behov for økt fokus på palliasjon i sykepleieutdanningen, og manglende opplæring i palliasjon er en barriere for å sikre god palliasjon til de som trenger det (Arias-Casais et al., 2019; Mason et al., 2020). I Norge legger den nasjonale retningslinjen for sykepleierutdanning til grunn at en sykepleierstudent etter endt utdanning skal ha *bred kunnskap om sykepleierens lindrende funksjon, inkludert kunnskap om palliasjon, og en generell kompetanse til å gjennomføre sykepleie til mennesker i palliativ fase i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten* (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019).

Palliasjon innebærer å lindre symptomer og tilrettelegge for optimalisert livskvalitet uavhengig av diagnose og alder ved livsbegrensende sykdommer (NOU 2017:16, 2017). Studentene trenger derfor å lære om fysiske plager, symptomlindring, kommunikasjon, samt psykososiale, kulturelle og eksistensielle elementer. I tillegg trenger de kunnskap om samarbeid, og hvordan håndterer egne reaksjoner i møte med døende (Ferrell et al., 2016).



May Kristin Valen

For at studentene skal oppnå sluttkompetanse i palliasjon er det nødvendig med vektlegging av fagfeltet i både teoretiske emner og gjennom praksisperioder. Dette for å sikre progresjon fra det relativt enkle til komplekse pasientsituasjoner (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019; Valen et al., 2022). Sykepleiere som møter studentene i praksis, har en nøkkelposisjon for å veilede studentene til å se sammenhenger mellom ulike kunnskap og erfaring, og sette dette sammen i møte med alvorlig syke og døende pasienter.

Metode

Studien denne artikkelen tar utgangspunkt i hadde et eksplorativt kvalitativt design. Det ble gjennomført individuelle intervju våren 2017 med elleve andreårsstudenter, ni kvinner og to menn fra en høyskole i Norge. De inngikk i en gruppe på 55 studenter som frivillig deltok på en simuleringsøvelse i starten av medisinsk eller kirurgisk praksis.

Simuleringsøvelsen bestod av to case hvorav det ene omhandlet kommunikasjon med en lungekreftpasient og pårørende når pasienten ikke lenger tar til seg næring og pårørende er fortvilet. Det andre caset omhandlet symptomlindring, og identifisering av kliniske tegn på at pasienten var døende.

Inklusjonskriteriet for intervjuene var deltagelse på simuleringsøvelsen og erfaring med palliasjon i den aktuelle praksisperioden. Den semistrukturerte intervjuguiden vektla studentenes erfaringer med å oppnå læringsutbytte i palliasjon gjennom simulering og muligheten til å videreutvikle læringsutbytte i aktuell praksisperiode. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

Funn

Funnene indikerer at simulering økte studentenes kunnskap, ferdigheter og kompetanse i palliasjon. Gjennom aktiv deltakelse i simulering og refleksjon i debriefingen fikk studentene mer selvtilit til å gå inn i palliative situasjoner. Studentene beskrev at erfaringer fra simuleringen ble overført til praksis, og tjente som et godt grunnlag for klinisk vurdering og kommunikasjon med pasienter og pårørende (Valen et al., 2019).

Når studentene beskrev erfaringer med å videreutvikle læringsutbyttet fra simuleringen trakk de frem at en forutsetning

for videre læring var å ha et bevisst forhold til læringsutbytte i palliasjon for praksisperioden, og aktivt velge å bli med inn i palliative omsorgssituasjoner. Relasjonen studentene hadde til sykepleierne i praksis, til pasienter og pårørende og faktorer i de selv fungerte som portvakter og påvirket om studentene ble engasjert eller trakk seg fra læresituasjoner. Det å bli en sykepleier som kan utøve palliasjon, ble beskrevet som følelsesmessig utfordrende. Elementer som fremmet læringsutbytte i palliasjon, var simulerings erfaring, avklarte forventninger, støtte og god dialog med sykepleier før og etter læringssituasjoner i praksis (Valen et al., 2020).

Diskusjon

Praksisveileders rolle som tilrettelegger for læresituasjoner i palliasjon

For studentene som deltok i denne studien var palliasjon et av læringsutbyttene for praksisperioden, og studentene hadde deltatt på en simuleringsøvelse med palliative case. Likevel gav studentene uttrykk for at de måtte velge palliasjon aktivt ved å sette personlige mål, og angi om de ønsket å delta i palliasjon. De understreket sitt ansvar for å vurdere egen kompetanse, og etablere tillit til praksisveileder. Å oppnå læringsutbytte i en praksisperiode er en kompleks prosess der teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter skal integreres, og sykepleierkompetanse internaliseres (Gjevjon, Rolland, & Olsson, 2021). Her har praksisveilederne som kjenner avdelingen og pasientgruppen en sentral rolle i å hjelpe studenten til å velge ut gode læresituasjoner ut fra studentens læreforutsetninger, erfaringer og læringsutbytte for praksisperioden. Studentene i studien trakk frem betydningen av at praksisveiledere inkluderte de i praksisfellesskapet, og hjalp de med å identifisere aktuelle læresituasjoner innen palliasjon. Imidlertid beskriver ingen at praksisvei-

leder etterspurte tidligere erfaringer og kunnskap innen palliasjon som grunnlag for å vurdere om studenten skulle delta i pleie og behandling til pasienter med behov for palliasjon. Samtidig fremhever studentene at simulerings erfaringen tjente som et godt grunnlag for klinisk vurdering og kommunikasjon med pasienter og pårørende. For å overføre læring fra en situasjon eller læringsarena til en annen må studenter oppdage en sammenheng med tidligere læring, velge å forfølge denne sammenheng og identifisere en fruktbar kobling mellom tidligere læring og den nye situasjonen (Perkins & Salomon, 2012). Praksisveileder kan være en motivator og tilrettelegger for studentenes pågående læringsprosess mellom ulike læringsarenaer og læresituasjoner.

Wenger et al., (2015) beskriver at den som er ny inn i et praksisfellesskap kan ta rollen som «turist» eller «besøkende». En «besøkende» tar mer aktivt del i arbeidet enn en «turist», og dette kobles mot overfladisk eller dype tilnærminger til læring. For at studenter skal ta aktivt del i arbeidsdagen er det viktig at de forstår praksisfellesskapet og sin egen posisjon i det. Læring blir mest effektivt når engasjement, fantasi og justering kombineres (Wenger et al., 2015). Hvis refleksjon er en del av samspillet, oppstår en kultur for læring. Ved at studentene engasjeres inn i palliative læresituasjoner, får utføre konkrete oppgaver og diskutere ulike løsninger gis studentene mulighet til å samle egen erfaring. Fantasi innebære å utforske nye muligheter. Studentene trenger støtte til å utforske hva som er gode løsninger i pasientbehandlingen, men og hva de selv er i stand til å håndtere. Wenger et al., (2015) understreker at engasjement sjelden er effektivt uten en viss grad av justering til konteksten. Praksisveileders rolle blir å sikre at aktiviteter koordineres, og at retningslinjer og lovverk følges.

Portvakter for utvikling av læringsutbytte

Mulighet for å ta aktivt del i palliative læresituasjoner ble i studien påvirket av portvakter i praksis. Portvakt innenfor arbeidsplassen brukes for å beskrive individuelle beslutningstakere som kontrollerer eller regulerer tilgang til informasjon, ressurser og muligheter (Mackaway & Winchester-Seeto, 2018). De fleste av studentene følte seg i stor grad inkludert i læringssituasjoner med palliativt fokus. Sykepleierne tjente da som en portvakt som åpnet for læringsmuligheter, etterspurte studentenes mening i etiske diskusjoner, og tildelte konkrete oppgaver. Studentene anerkjente at erfarne sykepleiere hadde den kunnskapen studentene trengte, og satte pris på at de delte av sin erfaring. Særlig trakk de frem nytten av å være sammen med sykepleiere i pasientsituasjoner, og betydningen av å avklare forventninger i forkant og reflektere over situasjonen i etterkant. Gjennom dialog der praksisveileder utfordrer, nyanserer og har som mål å videreutvikle studentens erfaring kan det åpnes for nye måter å forstå situasjoner på og tilegnelse av kunnskap (Tveiten, 2019). Sykepleiere vet ofte hvordan de skal gi god palliasjon, og kan hjelpe studentene med å omsette alle inntrykkene de opplever og fremme positive opplevelser i møte pasienter med behov for palliasjon (Gillan et al., 2016).

Noen av informantene følte seg imidlertid oversett i praksis, og ble bedt om å utføre andre oppgaver når de ønsket å delta i palliasjon. Dette kan forstås som en portvakt som lukker for læringsmuligheter. Også Carmack and Kemery (2018) beskriver at sykepleiere kan vegre seg for å involvere studenter i palliasjon. Studentene i studien hadde forståelse for at pasientbehandling kom i første rekke, og reflekterte over at praksisveileder står i en posisjon der de ofte måtte velge mel-

lom hensyn til pasient og pårørende, og hensyn til students læringsbehov.

Relasjonen studentene hadde med pasient og pårørende hadde og betydning. Noen pasienter var tydelige på at studenten var ønsket, mens andre gav uttrykk for at de ikke ville ha studenter involvert. Dette kan forstås som at også pasient og pårørende var portvakter for studentenes oppnåelse av læringsutbytte. Veileder har her en sentral rolle i å gå god for studenten, og være en brobygger mellom student, pasient og eventuelt familie.

Noen ganger trakk studentene i studien seg ut av palliative læresituasjoner, og lot erfarne sykepleiere hjelpe pasient og pårørende. Dermed var de og sin egen portvakt. Å trekke seg fra en lærings-situasjon betyr ikke nødvendigvis at studenter går glipp av læringsutbytte eller ikke ønsket å bli engasjert. Det kan være en verdifull erfaring å vurdere egen kompetanse og bevissthet om pasientens, pårørendes eller sykepleierens behov. Å vise respekt og være var for når en skal være til stede og når en skal holde avstand er en viktig kompetanse innen palliasjon. Et spørsmål i slike situasjoner er om noen i avdelingen tar kontakt med studenten og gir han/henne mulighet til å reflektere over valget. Dersom erfaringer ikke blir gjort til gjenstand for bevisst engasjement og interesse kan situasjonen bli borte og studentens erfaringer forsvinner i andre oppgaver.

Studentenes beskrivelse av portvakter i praksis sammen med egne erfaringer som praksislærer og sykepleier på lungesavdeling har gitt meg innsikt i at det er mange faktorer i spill som påvirker i hvilken grad veileder klarer å inkludere en student i palliative læresituasjoner. Studentene nevner ikke avsatt tid til veiledning, men i en travel hverdag er tids-

aspektet avgjørende for hvor mye studentene blir involvert og veiledet. En annen faktor av betydning er sykepleierens egne erfaringer med palliasjon, og beredskap gjennom utdanning.

For å møte de beskrevne utfordringene kan det å inkludere studentene i praksisfelleskapet, og involvere flere kollegaer øke studentens mulighet for å lære palliasjon. Å sette ord på hvilke faktorer som er i spill sammen med studentene kan gi grunnlag for gode faglige refleksjoner rundt tematikken. En annen løsning kan være å la simulering være en del av opplæringen i praksis. Gjerne gjennom at studenter sammen med praksisveiledere og lærere utvikler simuleringscase med fokus på palliasjon relevant for aktuell avdeling.

Støtte i det kognitive og emosjonelle identitetsarbeidet

En siste tematikk studentene i studien trekker frem er at palliasjon kan være følelsesmessig utfordrende, og at det kunne være vanskelig å oppføre seg profesjonelt. Å identifisere seg som en person som gir palliasjon kan være uvant for sykepleierstudenter på grunn av mangel på tidligere erfaring med palliasjon i utdanning og i livet. Identitetsarbeid er iboende emosjonelt og innebærer å lære sosiale regler om emosjonelt engasjement og riktig uttrykk for følelser (Wenger et al., 2015). Studentene trenger derfor støtte fra praksisveileder og lærer ikke bare i det kognitive arbeid, men også det emosjonelle identitetsarbeidet som trengs for å bli en profesjonell yrkesutøver (Wenger et al., 2015).

Konklusjon

Praksisveiledere har en sentral rolle i sykepleierstudenters oppnåelse av læringsutbytter i palliasjon. Studentene beskriver at de aktivt måtte velge om de

ønsket å delta i palliasjon, og at palliasjon kan være følelsesmessig utfordrende. Studenter erfarer at de møter ulike portvakter i praksis som har betydning for om de engasjeres eller trekker seg fra palliative læresituasjoner. For praksisveileder kan det være utfordrende å ivareta pasienten og pårørende behov, og samtidig sørge for god opplæring og støtte i studentens kognitive og emosjonelle identitetsarbeid. Simulering kan være et supplement for å sikre at studentene oppnår læringsutbytte i palliasjon.

Portvakter eksisterer, og skal eksistere, kunsten er å finne balansen mellom når en skal åpne og når en skal lukke for lærings situasjoner. Først når studenten inkluderes i praksisfellesskapet og alle «portene» står åpne kan den som veiledes fritt gå veien videre for å nå læringsutbytter i palliasjon til det beste for uhelbredelig syke pasienter og deres pårørende.

Resultatene fra studien kan i sin helhet leses i:

Valen, K., Haug, B., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2020). From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in Clinical Practice-Descriptions From Nursing Students. *Journal of hospice and palliative nursing* 22(3), 204-212. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000644>

Valen, K., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2019). Nursing students' perception on transferring experiences in palliative care simulation to practice. *Nurse Education Today*, 77, 53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.007>

Referanser

- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L. d., Pons-Izquierdo, J. J., Clark, D., Hasselaar, J. G. J., Mosoiu, D. V., & Centeno, C. (2019). EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019.
- Carmack, J. N., & Kemery, S. (2018). Teaching Methodologies for End-of-Life Care in Undergraduate Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 57(2), 96. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180123-06>
- Dimoula, M., Kotronoulas, G., Katsaragakis, S., Christou, M., Sgourou, S., & Patiraki, E. (2019). Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 74, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.025>
- Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 509-515. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.10.509>
- Ferrell, B., Malloy, P., Mazanec, P., & Virani, R. (2016). CARES: AACN's New Competencies and Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students to Improve Palliative Care. *J Prof Nurs*, 32(5), 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.07.002>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412), (2019). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Gillan, P. C., van der Riet, P., & Jeong, S. (2016). Australian nursing students' stories of end-of-life care simulation. *Nursing & health sciences*, 18(1), 64-69. <https://doi.org/10.1111/nhs.12233>
- Gillett, K., O'Neill, B., & Bloomfield, J. G. (2016). Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students. *Nurse Education Today*, 36, 395-400. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.015>
- Gjevjon, E. R., Rolland, E. G., & Olsson, C. (2021). Are we prepared to educate the next generation of bachelor nursing students? A discussion paper. *Nordic Journal of Nursing Research*, 205715852110404. <https://doi.org/10.1177/20571585211040444>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hall-Lord, M. L., Petzäll, K., & Hedelin, B. (2017). Norwegian and Swedish nursing students' concerns about dying. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 18-27. <https://doi.org/10.1177/2057158517709408>
- Henoch, I., Melin-Johansson, C., Bergh, I., Strang, S., Ek, K., Hammarlund, K., Hagelin, C. L., Westin, L., Österlind, J., & Browall, M. (2017). Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons—A longitudinal study. *Nurse Education in Practice*, 26, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.06.007>
- Mackaway, J., & Winchester-Seeto, T. (2018). Deciding Access to Work-Integrated Learning: Human Resource Professionals as Gatekeepers. *International Journal of Work-Integrated Learning*, 19(2), 141-154.
- Mason, S., Paal, P., Elsner, F., Payne, C., Ling, J., Noguera, A., & Mosoiu, D. (2020). Palliative care for all: An international health education challenge. *Palliative & Supportive Care*, 18(6), 760-762. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000188>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. (978-82-583-1343-1). Helse- og omsorgsdepartementet: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
- Perkins, D., & Salomon, G. (2012). Knowledge to Go: A Motivational and Dispositional View of Transfer. *Educational Psychologist*, 47(3), 248-258. <https://doi.org/10.1080/00461520.2012.693354>
- Råholm, M. B., Hedegaard, B. L., Löfmark, A., & Slettebø, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126-2137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - mer enn ord* (5. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Valen, K., Haug, B., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2020). From Palliative Care Developed During Simulation, to Performance in Clinical Practice-Descriptions From Nursing Students. *Journal of hospice and palliative nursing* 22(3), 204-212. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000644>
- Valen, K., Holm, A. L., Jensen, K. T., & Grov, E. K. (2019). Nursing students' perception on transferring experiences in palliative care simulation to practice. *Nurse Education Today*, 77, 53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.007>
- Valen, K., Jensen, K. T., Holm, A. L., & Grov, E. K. (2022). Palliative care in Norwegian nursing education: A document analysis of the integration of learning outcomes. *Nordic Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/205715852210983>
- Wenger, E., Hutchinson, S., & Fenton-O'Creevy, M. (2015). *Learning in landscapes of practice : boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning*. Routledge.

Hvordan kan praksisveiledere tilrettelegge for at studenter skal arbeide forskningsbasert i praksisperioder?

Kjersti Velde Helgøy, ergoterapeut, førsteamanuensis, VID vitenskapelige høgskole, Stavanger, kjersti.helgoy@vid.no

Bakgrunn

Fremtidige profesjonsutøvere bør inneha kunnskaper og ferdigheter i forskning for å kunne utøve en kunnskapsbasert praksis (Keib et al., 2017; Thomas et al. 2017). Det å basere fagutøvelsen på oppdatert forskningsbasert kunnskap, henger tett sammen med behovet for å ivareta pasientsikkerhet og god kvalitet på helsetjenestene. Alle som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, har plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Helsedirektoratet definerer en tjeneste av god kvalitet dersom den er virkningsfull, trygg og sikker, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2018, §1).

En innfallsvinkel for å oppnå at fremtidige profesjonsutøvere anvender forskning, kan være ved å integrere opplæring i forskningsferdigheter og elementer av forskningsbasert utdanning i utdanningsprogram (Helgøy et al., 2022). Ved å legge til rette for at studenter er deltakere i et forskningsbasert læringsmiljø kan studenter få muligheter til å utvikle forskningsferdigheter og evne til kritisk tenkning (Huet, 2018). Disse ferdighetene vil være betydningsfulle også i en praksiskontekst. Fokus på det å søke etter nyere forskning, kunne lese, forstå og kritisk vurdere denne, er særlig relevant for studenter innen profesjonsutdanninger på bachelornivå. Opplæring knyttet til studenters bruk av forskning, har en gjerne tradisjonelt tenkt at i hovedsak ligger til opplæringen som foregår i en akademisk kontekst på campus. Imidlertid foregår store deler av studenters opplæring innen helsefaglige profesjonsutdanninger også ute i praksisfeltet. Da tidligere forskning har indikert at det å implementere kliniske retningslinjer og forsknings-



Kjersti Velde Helgøy,

funn i klinisk praksis er utfordrende for profesjonsutøvere, er nettopp praksiskonteksten en helt sentral arena for å vektlegge forskning (Saunders et al., 2019; Upton et al., 2014).

Hvordan kan praksisveiledere ha fokus på forskning i sin veiledning?

En tilnærming til å fremme studenters bruk av forskning i fremtidig profesjonsutøvelse, kan involvere at praksisveile-

dere vektlegger studenters bruk av forskning i veiledningen i praksisperioder. Praksisveiledere blir ofte beskrevet som rollemodeller for studenter og praksisveilederes holdninger og atferd knyttet til søk etter og anvendelse av forskning kan dermed ha en innvirkning på studenters fremtidige profesjonelle praksis. Det er imidlertid sentralt å fremheve at bruken av forskning skal foregå i en kunnskapsbasert praksiskontekst der også klinisk erfaring og brukeres ønsker og behov i en gitt situasjon skal ivaretas. I doktorgradsavhandlingen min, utforsket en av delstudiene praksisveilederes vektlegging av forskning i veiledning av ergoterapistudenter i praksisperioder. Hovedfunn fra denne delstudien, som også er publisert i en vitenskapelig artikkel i *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy* i 2021, indikerte at praksisveilederne fremhevet at det var flere fordeler ved å bruke forskning, likevel fokuserte de i liten grad på studenters bruk av forskning i praksisperioder. Praksisveilederne pekte på et behov for forventningsavklaring og et tydeligere samarbeid med utdanningsinstitusjonen når det kom til denne delen av studenters opplæring (Helgøy et al., 2021). I tillegg var det flere som beskrev at de var lite bevisst forskning i sin egen praksis og at dette influerte hvorvidt forskning var noe de var opptatt av i veiledningen av studenter. Det ble også løftet frem at det varierte hvorvidt praksisveilederne hadde ferdigheter til å søke etter forskningslitteratur og kunnskaper til å kritisk vurdere denne (Helgøy et al., 2021). Praksisveilederne fremhevet at de ønsket å snu denne trenden og bli mer bevisst på forskning i profesjonell praksis og utfordre studentene i større grad fremover i veiledningen.

Aktuelle virkemidler

Tidligere forskning har pekt på at studenter mangler rollemodeller blant praksisveiledere når det kommer til å bruke forskning og utøve kunnskapsbasert praksis (McEvoy et al., 2018; Nichols, 2017). Ett virkemiddel for å fremme studenters bruk av forskning kan være at praksisveiledere viser hvordan de benytter forskningsresultater som en del av beslutningsgrunnlaget for valg av tiltak, for på denne måten inspirere studenter til å gjøre det samme (Nichols, 2017). I tillegg til at praksisveiledere kan være sentrale rollemodeller for studentene, bør de også støtte og utfordre studenter til å vise hvordan de kan anvende kunnskaper og ferdigheter innen forskning og kunnskapsbasert praksis i sin praksisperiode (Ramis et al., 2019). Studentene har undervisning om blant annet søk etter forskningslitteratur i vitenskapelige databaser, som kan komme praksisfeltet til gode. I forkant av praksis kan praksisveiledere sende inn aktuelle kliniske spørsmål de ønsker at studenten finner forskning på og formidler disse resultatene til praksisveiledere ved praksisoppstart. I litteraturen fremheves det at det også foreligger en forventning om at studenter baserer valg av tiltak på nyere forskning (Nichols, 2017). I en annen delstudie i doktorgradsavhandlingen min, fant jeg at tredje års ergoterapistudenter beskrev variasjoner knyttet til hvorvidt de var blitt utfordret av praksisveiledere når det kom til bruk av forskning i praksis (Helgøy et al. 2020). Et flertall fremhevet at de ikke ble møtt med slike forventninger og presiserte at de skulle ha ønsket at de i større grad hadde blitt utfordret på dette. Noen av studentene som hadde vært i praksis i spesialisthelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten, beskrev imidlertid at de hadde opplevd et stort fokus på å begrunne valg

av tiltak gjennom nyere forskning. Dette gjorde at de også tilstrebet en slik måte å begrunne tiltak på (Helgøy et al., 2021).

Studenters opplæring i forskning og kunnskapsbasert praksis bør foregå både i en akademisk kontekst og i en praksiskontekst (Atler & Stephens, 2020). I tillegg er det sentralt å fremme samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet, når det kommer til rollefordeling og ansvar vedrørende studenters bruk av forskning. Journal clubs der studenter, vitenskapelig ansatte og praksisveiledere samarbeider om å analysere en vitenskapelig artikkel som er relevant for praksisfeltet, kan også være et egnet virkemiddel (Szucs et al. 2017; Helgøy et al. 2022). Samarbeid mellom student, praksisveileder og vitenskapelig ansatte i mindre forskningsprosjekter, kan også være et middel til å fremme bevissthet knyttet til forskning (Helgøy et al., 2021). Barrierer som mangel på tid og manglende forberedelse for praksisveilederrollen, har blitt identifisert i litteraturen (Hanson, 2011). Dette kan tyde på behov for støtte og opplæring til praksisveiledere når det kommer til å vektlegge forskning i veiledning (Helgøy et al. 2022). Bruk av kliniske retningslinjer kan også være egnet til å integrere forskning og praksis i enda større grad. Bruk av kliniske retningslinjer kan også fremme samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen. Integrere forskning i større grad i praksisdokumenter, veiledersamlinger og ved praksisbesøk ble beskrevet av praksisveiledere som essensielt for å øke bevisstheten rundt forskning. I tillegg et tydeligere fokus på forskning i organisasjonen og spesielt knyttet til leders oppfordring til og forventning knyttet til bruk av forskning i profesjonell praksis (Helgøy et al. 2021).

Referanser

- Atler, K. & Stephens, J. (2020). Pilot use of the adapted fresno test for evaluating evidence-based practice knowledge in occupational therapy students. *Am J Occup Ther.* 74(4):7404205100p1-7404205100p9.
- Hanson, D.J. (2011). The perspectives of fieldwork educators regarding level II fieldwork students. *Occup Ther Health Care.* 25(2-3):164-177
- Helgøy, K.V., Bonsaksen, T., Røykenes, K. (2022). Research-based education in undergraduate occupational therapy and physiotherapy education programmes: a scoping review. *BMC Medical Education* 22, 358 (2022), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03354-2>.
- Helgøy, K.V., Smeby, J.-C., Bonsaksen, T. (2021). Practice educators' emphasis on research in supervision of occupational therapy students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 242-256. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1968948>
- Helgøy, K. V., Smeby, J.-C., Bonsaksen, T., & Rydland Olsen, N. (2020). Research-based occupational therapy education: An exploration of students' and faculty members' experiences and perceptions. *PLOS ONE*, 15(12), e0243544, 1-19 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243544>
- Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 29. oktober 2018, lest 20. september 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Huet, I. (2018). Research-based education as a model to change the teaching and learning environment in STEM disciplines. *European Journal of Engineering Education*, 43(5), 725-740. <https://doi.org/10.1080/03043797.2017.1415299>
- Keib, C. N., Cailor, S. M., Kiersma, M. E., & Chen, A. M. (2017). Changes in nursing students' perceptions of research and evidence-based practice after completing a research course. *Nurse Education Today*, 54, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.007>
- McEvoy, M. P., Lewis, L. K., & Luker, J. (2018). Changes in physiotherapy students' knowledge and perceptions of EBP from first year to graduation: A mixed methods study. *BMC Medical Education*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1212-4>
- Nichols, A. (2017). Changes in knowledge, skills, and confidence in fieldwork educators after an evidence-based practice short course. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 5(1). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1204>
- Ramis, M.-A., Chang, A., Conway, A., Lim, D., Munday, J., & Nissen, L. (2019). Theory-based strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: A systematic review. *BMC medical education*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1698-4>
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen & Julkunen, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176-185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>
- Szucs, K. A., Benson, J. D., & Haneman, B. (2017). Using a guided journal club as a teaching strategy to enhance learning skills for evidence-based practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 31(2), 143-149. <https://doi.org/10.1080/07380577.2016.1278296>
- Thomas, A., Han, L., Osler, B. P., Turnbull, E. A., & Douglas, E. (2017). Students' attitudes and perceptions of teaching and assessment of evidence-based practice in an occupational therapy professional Master's curriculum: A mixed methods study. *BMC Medical Education*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0895-2>
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24-38. <https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335544>

Kompetansebroen Innlandet



KOLS

Hensikten med kurset er å bli trygg i møte med pasienter med kols slik at helsepersonell kan gi den beste behandling, støtte og opplæring

Kompetansebroen er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner. Nettsiden gir tilgang til digitale læringsressurser, temabaserte fagområder, arrangementskalender og nyheter. Målgruppen for Kompetansebroen er helsepersonell og studenter i helsetjenesten.

Formålet med Kompetansebroen er gjensidig og effektiv informasjons- og kompetansedeling mellom kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner.

Kompetansebroen skal være lett tilgjengelig og brukervennlig, og brukerne skal oppleve siden som nyttig i sin praksis. Innholdet på Kompetansebroen skal være kvalitetssikret og oppdatert, og Kompetansebroen skal tilby ulike typer digitale læringsressurser av god kvalitet.

Kompetansebroen har ulike fagtema som favner ganske bredt. Vi jobber nå med å revidere disse. Vi ønsker blant annet å etablere et tema som omhandler kroniske lidelser og er takknemlige for å få tilbakemeldinger om behov for ulike fagressurser her. Om det finnes gode fagressurser om kroniske lidelser som kan deles på Kompetansebroen vil vi gjerne få innspill på dette.

For helsepersonell og studenter som jobber med pasienter som har en lungesykdom har vi blant annet et e-læringskurs om KOLS (klikk på bildet for å se nærmere på dette) og e-læringskurs om ulike oksygenkonsentratorer som kan være relevante:

- [High flow oksygenbehandling Airvo 2 - et e-læringskurs på Kompetansebroen](#)
- [Bærbart oksygenutstyr - et e-læringskurs på Kompetansebroen](#)
- [Stasjonære oksygen-konsentratorer - et e-læringskurs på Kompetansebroen](#)

Men her tar vi også imot innspill og tips til gode fagressurser.

Kompetansebroen Innlandet legger ut aktuelt saker og ønsker gjerne tips om saker som kan være aktuelle for Innlandet. Ved tips, spørsmål eller andre henvendelser kan vi kontaktes på kompetansebroen@sykehuset-innlandet.no

K

BEHANDLE COVID-19 HJEMMEFRA

▼ PAXLOVID®

Behandlingen (2 ganger daglig i 5 dager) bør starte umiddelbart etter en positiv covid-19 test og ≤ 5 dager etter symptomdebut¹



Relativ risikoreduksjon for sykehusinleggelse eller død vs. placebo i EPIC-HR studien^{2*}

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

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

Paxlovid kan nå også forskrives på hvit resept til personer over 18 år.³ Scan QR-koden og les mer om hvilke pasienter som kan få Paxlovid på hvit resept.



▼ Paxlovid relevant sikkerhetsinformasjon:

Paxlovid er indisert til behandling av covid-19 hos voksne som ikke har behov for supplerende oksygenbehandling, og som har økt risiko for å utvikle alvorlig covid-19 sykdom. Anbefalt dose er 300 mg nirmatrelvir (2 rosa tabletter) og 100 mg ritonavir (1 hvit tablett), som alle tas samtidig hver 12. time i 5 dager. Fullføring av 5-dagerskuren anbefales selv om pasienten må innlegges på sykehus pga. alvorlig/kritisk covid-19. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (eGFR ≥30 -<60 ml/minutt), skal dosen nirmatrelvir reduseres til 150 mg (1 rosa tablett) hver 12. time i 5 dager. Paxlovid metaboliseres via CYP3A og er en sterk hemmer av CYP3A4. Samtidig behandling med andre legemidler som metaboliseres via, hemmer eller inducerer CYP3A4 kan føre til interaksjoner som potensielt kan gi alvorlige, livstruende eller fatale hendelser. **Det må derfor gjøres en fullstendig gjennomgang av pasientens legemidler, inkludert reseptfrie legemidler og kosttilskudd, og et interaksjonssøk før behandling med Paxlovid igangsettes. Pasienter bør overvåkes for bivirkninger forbundet med de samtidig administrerte legemidlene.** Paxlovid er kontraindisert ved alvorlig nedsatt leverfunksjon og ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (eGFR <30 ml/minutt). Tilfeller av toksisk epidermal nekrolyse og Stevens-Johnsons syndrom har blitt rapportert. De vanligste bivirkningene som er rapportert under behandling med Paxlovid er dysgeusi, diaré, kvalme, hodepine og oppkast. Paxlovid tabletter kan forskrives på blå resept (blåreseptforskriften §4) til pasienter med bekreftet smitte av SARS-CoV-2, som har høyest risiko for å utvikle alvorlig sykdom eller på hvit resept. Følg faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet. Pris kr 0,- på blå resept. Prisen for hvit resept er 191,25 kr inkl mva (arbeidsprisen på apotek). Pakningsstørrelse 20 stk. + 10 stk. (blister). Reseptgruppe: C.

Se preparatomtale (SPC) for fullstendig informasjon.

Referanser: **1.** PAXLOVID SPC **2.** Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with covid-19. N Engl J Med. 2022;386(15):1397-1408. **3.** Helsedirektoratet, brev utsendt til alle kommuner 09.06.2023



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



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

Jeg synes at lungefaget er et spennende fagområde og ser at vi har mange interessante oppgaver som faggruppen arbeider med og bør fortsette å arbeide med, og også nye utfordringer som vi kan gripe fatt i. Jeg vil som leder gjøre mitt beste for å fremme faggruppen vår og oss lungesykepleiere både nasjonalt og internasjonalt.



JEG HETER Kristin Degnes, er 59 år jobber som rådgiver i Divisjonsledelsen i Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Elverum-Hamar. Min erfaring med lungepasienter er fra mine jobber i akutt-mottak, lungesengepost, lungerehabilitering og som astma sykepleier på et legesenter, men de fleste årene fra lungepoliklinikk. Jeg er klinisk spesialist i sykepleie og har tatt tre kurs i National Respiratory Center i England, og jeg har en bachelor i Organisasjon og ledelse.

Jeg har sittet i styret i NSF FLU siden 2017, og er ansvarlig for lokalgrupplederne.



JEG HETER Tonje S. Hanssen, er 39 år gammel og bor i Bodø sammen med mine to døtre på 13 og 15 år. Jeg jobber på medisinsk poliklinikk ved Nordlands-sykehuset i Bodø, og har jobbet med lungepasienter i 14 år. Lungepasienter står mitt hjerte nærmest og det er gode erfaringer å ta med seg i vervet som styremedlem i faggruppen for lungesykepleiere. I 2015 ble jeg valgt som leder av NSF FLU Nordland, og i 2017 ble jeg valgt inn i styret til NSF FLU og har sittet som nestleder siden det. Det er en oppgave jeg trives veldig godt med. På fritiden er jeg glad i å reise og å være ute på tur både sommer og vinter, og trives aller best ute.



JEG HETER Ingunn Halvorsen og er 35 år gammel fra Haugesund. Arbeider som LTMV koordinator og fagutviklings-sykepleier ved Lungeavdelingen på Haugesund Sykehus. Fullførte Bachelor i sykepleie ved University of Newcastle, Australia i 2011 og ble ferdig med videreutdanning i lungesykepleie våren 2023. Nytt styremedlem, spent på tiden fremover!



JEG HETER Agathe Krekvik Govertsen. Jeg kommer fra Bergen, er snart 50 år, gift og har to flotte jenter på 14 og 16 år. Jeg jobber som lungesykepleier ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland Universitets sykehus. Jeg holder for tiden på med en master i lungesykepleie, og synes fortsatt det er viktig med fokus på videreutvikling og videreutdanning. Jeg er leder for NFS FLU Vestland, noe jeg synes er veldig kjekt. Jeg har også vært så heldig å få vært med i hovedstyre de siste fire årene. Jeg synes det er viktig at vi fortsetter å jobbe aktivt for å få økt fokus på våre pasienter ute i samfunnet, og for å fremme kunnskap om lungesyke og lungesykepleie.



JEG HETER Ida Mørkesdal. Først og fremst ønsker jeg å takke for at jeg får fire nye år i styret. Jeg startet som sykepleier på lungeavdelingen ved Sørlandet sykehus Kristiansand tilbake i 2013. Det tok ikke lang tid før interessen for mekanisk ventilasjon, spesielt hjemmerespirator vokste. I løpet av tiden min på lungeavdelingen fikk jeg også hospitere i et halvt år ved lungemedisinsk dagsenter med utredning og behandling av søvnapne. Etter nesten 8 år på lunge gikk veien videre til intensivavdelingen, hvor lungepasientene fortsatt er mine hjertebarn. Holder nå på å utdanne meg til intensivsykepleier.

På hjemmebane er jeg gift og har tvillingjenter på 5 år. Fritiden går mye til familien, men er også en aktiv strikker og trives best på hesteryggen når jeg ikke er på jobb.



JEG HETER Simen A. Steindal og er redaktør for Fagblad for lungesykepleiere og ansvarlig for nyhetsbrev. Jeg har vært styremedlem i NSF FLU i 6 år. Videre leder jeg NSF FLUs forskningsnettverk og sitter i styringsgruppen for Nordisk forskningsnettverk for lungesykepleiere. Jeg er professor ved Lovisenberg diakonale høgskole og professor II ved VID vitenskapelige høgskole. Forskningsområdene mine er KOLS, kreft, symptomlindring, velferdsteknologi, palliativ omsorg og omsorg ved livet slutt. Lungesyke pasienter må også få god palliasjon! Jeg har jobbet som sykepleier ved Lungemedisinsk avdeling og ved Sengepost for lindrende behandling ved Oslo universitetssykehus.



Webinar

Onsdag 17. januar fra 12.30-14.00 på Zoom

TEMA: Bedre psykososial oppfølging av pasienter med tuberkulose

Program vil bli lagt ut på Facebook på NSF's Faggruppe av lungesykepleiere

Årets sykepleieleder i Agder

Elise Austegard er årets sykepleierleder i Agder.
Elise er enhetsleder på medisinsk lungepost ved Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Nominasjonskomiteens begrunnelse¹

- Hun er en entusiastisk leder med grundig kjennskap til fagfeltet hun i dag leder.
- Hun setter klare grenser som gir pasientene riktig hjelp på riktig nivå, og de ansatte klare og oppnåelige mål for sin sykepleie.
- Hun gir sine ansatte støtte.
- Hun vet at livet har mange faser, og tilrettelegger for individuelle behov når det behøves, så langt det er mulig.
- Det settes også krav om at man yter kollegastøtte, og har en åpenhet og hjelpsomhet kollegaer imellom.
- Hun vet at for å beholde og rekruttere kompetanse - må man ta vare på de ansatte, men også gjøre alt for å forhandle om lønn for kompetansen.
- Hun er en god rollemodell for sine ansatte, og har en positiv og aktiv rolle i arbeidsmiljøet.
- Hun har evnen til å inspirere og motivere sine ansatte til å yte sitt beste, samtidig som hun ser sine ansatte som hele mennesker

Styret i NSF FLU er veldig stolt over at Elise Austegard er et aktivt medlem av vår faggruppe. Elise meldte seg inn i faggruppen 1992 to år etter at den ble stiftet. Hun har vært leder for faggruppen, leder for sykepleiergruppen i European Respiratory Society og leder/medlem av nominasjonskomiteen. Hun har vært aktivt medlem i flere arbeidsgrupper relatert til lungepasientene og var også en av de to som hadde ansvar for National respiratory training center kursene innen Astma og Kols som ble arrangert i flere år i Norge, i samarbeid med senteret i England.

Gratulerer så mye med prisen

– årets sykepleieleder, den er vel fortjent og vi er veldig stolt av deg.

1 hentet fra <https://www.nsf.no/fylke/agder/nyheter/arets-sykepleier-og-sykepleieleder-i-agder-2023>

Stipend til faglige arrangement og utdanning innen lungefaget

NSFs Faggruppe av Lungesykepleiere har i budsjettet for 2024 satt av kr. 100.000 til stipend til medlemmer som skal på relevante faglige arrangement innen lungefaget og kr. 30.000 til medlemmer som tar utdanning innen lungefaget.

Stipend til faglige arrangement kan søkes etter 1 års medlemskap og kan tildeles hvert annet kalenderår, personer som innehar verv i faggruppen kan søke hvert år. Den som får tildelt stipend må skrive en faglig tilbakemelding fra arrangementet som kan trykkes i Fagblad for lungesykepleiere. Du finner alle retningslinjene og søknadsskjema på nettsiden til NSF og www.lungesykepleiere.no

Stipend til faglig utvikling kan også søkes etter 1 års medlemskap og søknadsskjema og informasjon finner du på nettsiden til NSF og www.lungesykepleiere.no

Navn: Siri M. Birkenes, **Stilling:** Sykepleier
Arbeidsted: Lungemedisinsk Dagsenter, Sørlandet sykehus Kristiansand
Utdanning: Sykepleier, Diploma i asthma care og COPD course

NSF FLU Landskonferansen Hamar november 2023

Jeg fikk i år støtte til å delta på Landskonferansen til NSF FLU. Det er alltid hyggelig å treffe igjen kollegaer og få en faglig oppdatering og inspirasjon til videre arbeid. Som tidligere landskonferanser var det også i år et variert og spennende program (er litt usikker på hvor stor plass firma skal få i det faglige programmet).

Det var flere spennende foredrag, men synes kanskje noe av det mest nyttige som ga tanker for videre arbeid i egen avdeling var prosjektet fra Lovisenberg Diakonale Sykehus som ble presentert av Christine Borge. Selv om resultatene ikke ennå er publisert høres dette ut til å være noe man bør ta med seg i videre arbeid og jeg gleder meg til å lese artikkelen når den publiseres.

Det var også nyttig å høre om hvordan Behandlingshjelpemidler Innlandet har laget instruksjonsvideoer av de fleste apparater som er i bruk. Dette vil være nyttig i hverdagen både i opplæring av pasienter, pårørende og annet helsepersonell. I tillegg til dette var det også kjekt å høre Myskja som kommer med noe til ettertanke.

Tusen takk til arrangementskomiteen for en flott konferanse. Selv om ikke været var det aller beste var det hyggelig hotell og en flott atmosfære innendørs.

Navn: Ranveig Trøsberget **Stilling:** Lungesykepleier
Arbeidsted: Ahus Kongsvinger, legesenter på Årnes
Utdanning: SNRTC utdanningen, Diploma In Asthma Care, The Psychology of Asthma Compliance Course, Degree Level of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Deltakelse ERS kongressen Milano september 2023

Jeg fikk i år støtte til å delta på ERS. På ERS i Milano har jeg hørt det var 20.000 – 25.000 deltagere, og som før mange parallell-sesjoner. Det positive er at jeg da kunne velge det som jeg har mest bruk for i min jobb. Det var mye fokus på forebygging, behandling, og ikke minst klima og carbonavtrykk. Jeg fikk en del nytt om vaksiner, som absolutt er et tema per i dag. Det er så mye mer enn influensavaksine, pneumokokkvaksine og Covid-19. Det finnes flere lungevaksiner, det er anbefalt å revaksinere seg for Pertussis. Vi bør tenke på Shingrix vaksine som også er god for hjerte/lungepasienter. I tillegg er det nå kommet en ny RSV vaksine – for de > 60 år + risikosykdommer.

Jeg prøvde også få med meg en del om el-røyk med mer, fikk inntrykk av at det fortsatt er mye uklart når det gjelder el-røyk. El-røyk kan gi økt risiko for lungefibrose og hjerte- problemer. El-røyk er kanskje hakket «bedre» enn vanlig røyk, men er ikke anbefalt som et avvennings/reduceringshjelpemiddel. Foredragsholder sa det på en fin måte; «Røyker du, hopper du fra 4 etasje. Bruker du el-røyk, hopper du fra 3 etasje.» Enkelte stoffer i el-røyk er forbudt i enkelte land, godkjent i andre. Og sist, men ikke minst, så kan du ha el-røyk med all verdens gode smaker – som selvfølgelig øker lysten på å fortsette å røyke.

Det var mye, mye mer, men dette var noe av det jeg fikk med meg.

Navn: Liss Martinsen, **Stilling:** Sykepleier
Arbeidsted: Lovisenberg rehabilitering, Cathinka Guldbergs sykehus
Utdanning: Sykepleier, går nå videreutdanning lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet

NSF FLU Landskonferansen Hamar – november 2023

Jeg deltok på NSF FLU landskonferanse 2.-3. november. Det var et godt arrangement med viktige temaer. Jeg vil trekke frem viktigheten av hensiktsmessig pust fra foredraget til Audun Myskja på konferansen. Vi som jobber med lungesyke, vet jo godt at god pusteteknikk kan gjøre forskjell hos lungepasientene. I et yrke hvor det ofte er mye stress og man glemmer sin egen pust, var det nyttig å reflektere over hvordan man selv puster, og hvilket fokus man har på sin egen pust i hverdagen. Jeg vil i min arbeidshverdag sammen med kollegaer gi daglig fokus på «mikropausers». Dette gjør man ved å

ta seg 5 minutters pause med oppmerksom pust. Hovedpunktene i oppmerksom pust er 6 sekunders innpust og 6 sekunders utpust. Muskulaturen i kroppen er avslappet med en liten (20%) aktivering i magemuskulaturen, ansiktsmusklene er avslappet, la haken falle. Kjenn at pusten utvider ribbena og at skulderbladene får bevegelse på seg. Jeg har tro på at daglig oppmerksom pust i arbeidshverdagen vil gjøre forskjell både for seg selv og kollegaer.

Takk for mange nyttige flotte foredrag på årets fagkonferanse.

INHALE. EXHALE. EASYHALE. ¹⁻⁴

BUFOMIX
EASYHALER®

(BUDESONID/
FORMOTEROL)



Skann etter
instruksjonsfilm



BUFOMIX EASYHALER®. EASYHALER® SORTIMENTET ER KLASSIFISERT SOM KARBONDIOKSIDNØYTRAL.⁵

- En inhalator som gir en jevn dose⁶ og er enkel å bruke⁷.
- Behandlingsalternativ ved kombinasjonsbehandling av astma og KOLS⁸

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

*Gjelder ikke KOLS



Carbon
Neutral
Product

SIKKERHETSINFORMASJON | DET ANBEFALES AT DOSEN TRAPPES GRADVIS NED DERSOM BEHANDLINGEN SKAL AVSLUTTES. BEHANDLINGEN BØR IKKE AVSLUTTES BRÅTT. DERSOM PASIENTEN MENER BEHANDLINGEN IKKE ER EFFEKTIV, ELLER BRUKER DOSER SOM OVERSTIGER DEN HØYESTE ANBEFALTE DOSEN BUFOMIX EASYHALER, MÅ LEGE OPPSØKES. PASIENTEN BØR RÅDES TIL Å HA AKUTTINHALATOR TILGJENGELIG TIL ENHVER TID. BEHANDLING MED BUFOMIX EASYHALER SKAL IKKE INITIERES UNDER EN EKSASERBASJON ELLER VED SIGNIFIKANT FORVERRING ELLER AKUTT FORVERRING AV ASTMA.⁸

Hvorfor og hvordan kan digital hjemmeoppfølging bli en del av vårt helsetjenestetilbud?

Kommunene må forberede seg på økt befolkningsvekst og en økning i antall eldre over 75 år i årene som kommer. Det er også forventet en økning i antallet personer som lever med kronisk sykdom, slik som kols, hjertesvikt og diabetes. For å sikre bærekraft og gode helsetjenester også i fremtiden, må helsevesenet utvikle nye måter å levere tjenestene på.

Marte Aasen Fredriksen, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune
Marte.Aasen@ullensaker.kommune.no

Maren Skogli Pettersen, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune
Maren.Skogli.Pettersen@ullensaker.kommune.no

Nina Mickelson Weldingh, *prosjektleder digital hjemmeoppfølging*, Ullensaker Kommune
Nina.m.weldingh@ullensaker.kommune.no

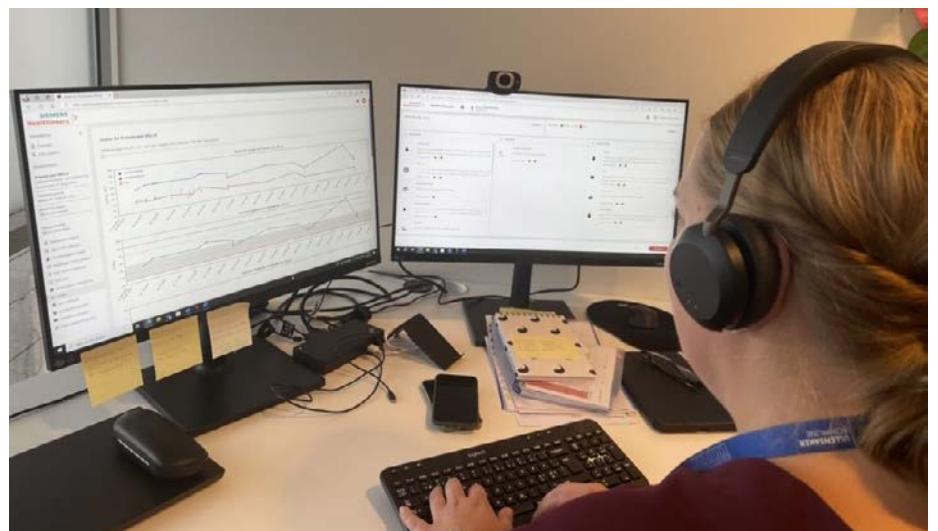
Mitt liv, mitt ansvar (MILA) er en av seksten delprosjekter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som jobber for å støtte innføring av ny teknologi i helsetjenesten og for at digital hjemmeoppfølging (DHO) skal kunne bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Formålet med prosjektet er å:

- finne ut hvordan DHO kan benyttes som hjelpemiddel, for å gi økt trygghet og mestring, økt kunnskap om egen sykdom, en bedre kontroll over egen sykdom og mindre symptomer
- undersøke hvordan DHO best organiseres for å styrke samhandlingen mellom helsetjenestenivå og undersøke i hvilken grad DHO påvirker forbruk av andre helsetjenester i sykehus og kommune.

MILA er et samarbeidsprosjekt mellom Ullensaker (prosjekteier) og Akershus universitetssykehus (Ahus), og er nå i en spredningsfase med ni andre involverte kommuner fra helsefelleskapet; Gjerdrum kommune, Hurdal kommune,

Eidsvoll kommune, Nes kommune, Nannestad kommune, Nordre Follo kommune, Frogn kommune, Nesodden kommune og Aurskog-Høland. Videre er også Cathinka Guldbergs sykehuset (tidligere LHL-sykehuset Gardermoen)





Marte Aasen Fredriksen



Maren Skogli Pettersen



Nina Mickelson Weldingh

involvert i inklusjon av pasienter. Prosjektet har siden oppstart samarbeidet med Siemens Healthineers om å utvikle en teknisk løsning som inkluderer at pasientene kan følges opp via målinger hjemme, samt få utarbeidet en digital plan for egenbehandlingstiltak. Prosjektet har hatt brukermedvirkning fra Landsforeningen for hjerte- og lungesykke underveis i utviklingen av løsning og tjenesteforløp.

Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kols og hjertesvikt. Prosjektets tjenestemodell er organisert med en oppfølgingstjeneste sentralisert i Ullensaker kommune, som ivaretar pasientoppfølgingen for alle samarbeidende kommuner. Gjennom en sentral oppfølgingstjeneste klarer man i større grad å ivareta mengdetrening, kompetanse og kvaliteten på oppfølging, råd og veiledning som tilbys pasientene.

Tjenestemodellen innebærer at pasienter med kols og hjertesvikt følger opp egen sykdom med regelmessige egenmålinger og at helsepersonell bistår med råd og veiledning. Egenmålinger gjøres av vitale data, som f.eks. blodtrykk, vekt

og oksygenmetning, i tillegg til spørsmål om egen helsetilstand. Pasientene kan følge med på egne målinger på nettbrett. Målingene blir også overført til oppfølgingstjenesten, som tar kontakt med pasienten ved målinger utenfor referanseområde. Oppfølgingstjenesten gir sykepleiefaglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen er pasientens verktøy for å håndtere egen sykdom, og utarbeides i fellesskap mellom pasient, oppfølgingstjeneste og lege.

Det unike i dette prosjektet er det tette samarbeidet mellom oppfølgingstjenesten og spesialist på sykehus.

«Det bidrar til økt kvalitet på egenbehandlingsplanene, raskere medisinsjusteringer samt at det fremmer en mer brukerstyrt poliklinikk, basert på behov fremfor rutinekontroller»

(Nina Weldingh)

Pasientene som følges opp i prosjektet rapporterer om økt trygghet og bedre mestring av egen sykdom. DHO gjør det lettere å fange opp tegn til forverring, som gjør at man får iverksatt tiltak på et

tidlig tidspunkt og forhindre behov for akutt helsehjelp. Foreløpige tall for MILA viser at antall innleggelser på sykehus, polikliniske besøk og kontakt med legevakt går ned etter bruk DHO.

Hvordan DHO gjennomføres i praksis kan være ulikt, men dette er et eksempel på hvordan man kan organisere tjenestetilbudet. Vi håper at flest mulig kommuner og sykehus ser nytten av et tett samarbeid som del av den digitale hjemmeoppfølgingen.

Organisering av tjenesten og oppfølgingen

Pasientene inkluderes fra ulike arenaer i kommunen eller via kontakt med Ahus. Pasientene som takker ja til å bli fulgt opp med DHO får utdelt blodtryksmåler og pulsoksymeter, men benytter eget termometer og vekt. Via en app som lastes ned på pasientens nettbrett eller smarttelefon, svarer de på spørsmål om egen helse og gjennomfører målinger. Oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommunen består av to sykepleiere, som nå følger opp de om lag 110 pasientene, på vegne av alle de samarbeidende kommunene. Slik deler ►

kommunene mer på ressursene, opprettholder mengdetrening i veiledning og kompetansen som kreves for å følge opp pasientene. Hver av de samarbeidende kommune har i tillegg en koordinator som bidrar med inklusjon og opplæring av pasienter i egen kommune.

Ved inklusjon til DHO får alle pasientene med kols en kartleggings samtale hjemme eller på lungepoliklinikken på Ahus der pasientens helsetilstand og utfordringer kartlegges. Pasienter får opplæring i bruk av utstyr og app. Målingene pasientene sender inn kategoriseres i grønne, gule og røde varsler. Grønne varsler er normale forhold, gule varsler er et tegn til endring i helsetilstanden og ved røde varsler har bruker en forverrelse av sin sykdom. Målingene observeres og pasient kontaktes via telefon og melding i den digitale DHO plattformen. Har pasientene behov for akutt helsehjelp kontakter de selv fastlege/legevakt/113.

Når pasientene har målt i 14 dager gjennomfører oppfølgingstjenesten en målsamtale med pasient med hovedfokus på «hva er viktig for deg?» som kan være temaer som røykeslutt, trening og ernæring. Resultatene fra målsamtalen brukes aktivt i videre samtaler.

Ut ifra målinger som er gjort vurderes disse av enten fastlege eller spesialist, avhengig av hvor pasienten ble inkludert fra, og individuelle terskelverdier for vitale verdier innenfor grønn, gul og rød tilstand defineres. Kommunikasjon mellom oppfølgingstjenesten og fastlege foregår via elektronisk melding i journalsystemet. Oppfølgingstjenesten har ukentlig legemøter med lungelege og koordinator på Ahus. Her diskuteres pasienter hvor oppfølgingstjenesten ser utfordringer eller endring i sykdomsbilde, hvor det kan være behov for justering av medikamentelle tiltak eller

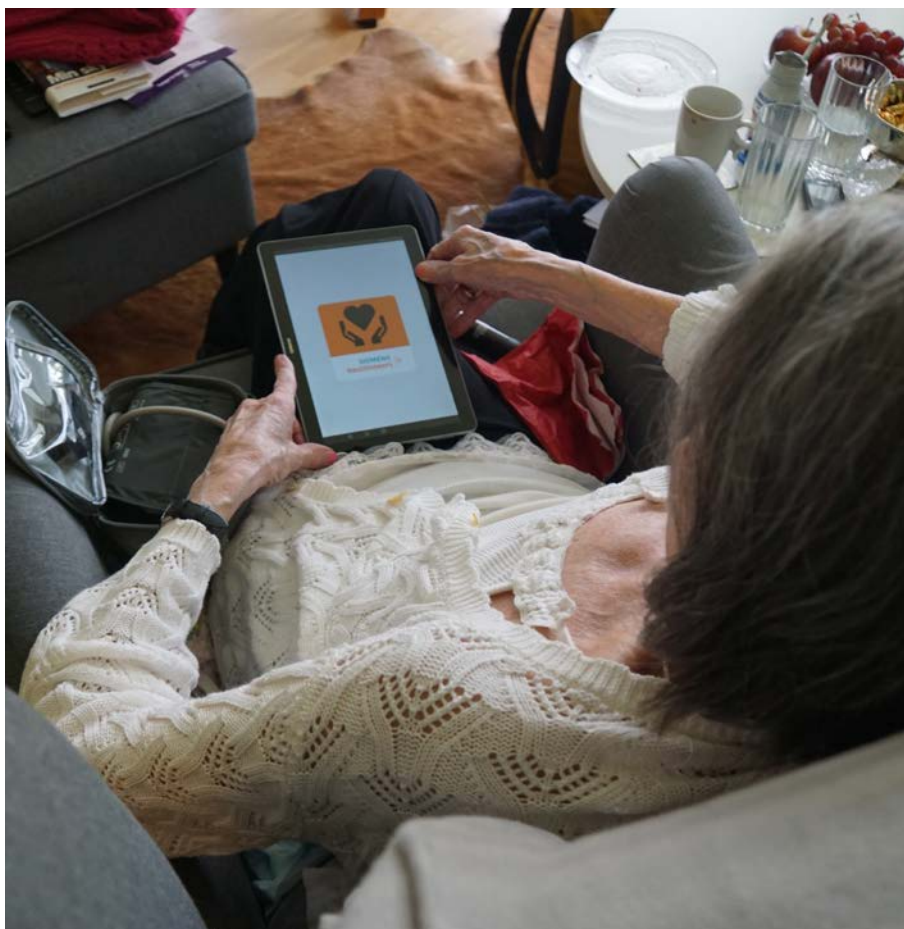
behov for kontroll hos spesialist. Pasienten kommer da inn til time på lungepoliklinikken via prosjektet til lungefunksjonstester, møte med sykepleier og samtale med lege. Sykehuset opplever at dette samarbeidet bidrar til å fremme en mer brukerstyrt poliklinikk. Poliklinikken kutter nå rutinekontrollene for disse pasientene og kaller inn til hastetimer etter behov. På den måten får pasientene behandling ut ifra behov fremfor rutinestyrte kontroller ifølge avdelingsleder ved lungemedisinsk avdeling, Anne Edvardsen.

På oppfølgingstjenesten jobber sykepleierne Maren Pettersen og Marte Aasen Fredriksen. Oppgavene på oppfølgingstjenesten er spennende og svært varierende. Arbeidet består i å følge opp målingene pasientene sender inn, spre informasjon om MILA ut i egen kom-

mune, bistå andre samarbeidskommuner, inkludere nye pasienter og koordinere dialogen mellom alle aktører. En stor del av jobben er inklusjon av nye pasienter. Det kan være utfordrende å vurdere hvilke pasienter denne tjeneste er best egnet for. Pasientene som deltar, har stor variasjon i sine sykdommer og alder, noen er yrkesaktive, andre er plaget med hyppig forverrelser, og noen utredes for transplantasjon. Maren og Marte opplever at DHO gir disse pasientene trygghet og økt kunnskap til å mestre egen sykdom og få en bedre hverdag.

Økt mestring gjennom en digital egenbehandlingsplan

Alle pasientene som deltar, får utarbeidet en individuell digital egenbehandlingsplan, som de har tilgang til via en egen app. Planen utarbeides i samarbeid med pasient, lege og sykepleier på oppfølgings-



tjenesten. Pasientene som inkluderes fra kommunen får utarbeidet egenbehandlingsplanen i samarbeid med fastlege, mens pasienter som inkluderes fra poliklinikk får utarbeidet plan fra lungelege. Planen tar utgangspunkt i pasientens egne definerte mål i kartleggingssamtalene og er delt inn i en grønn, gul og rød sone med ulike tiltak for grad av forverring av symptomer. Planen er et verktøy som viser hva pasienten selv kan gjøre hvis helsen endrer seg og inneholder råd om aktiviteter, medisiner, røykeslutt, slimmobilisering og ernæring.

Når pasientene har gjennomført en måling genererer dette et grønt, gult eller rødt varsel, og pasienten får beskjed om hvilken sone de befinner seg i. Pasientene kan logge seg inn egenbehandlingsplanen og trykke på sonen som er aktuell denne dagen. For mange gir dette en god støtte og trygghet. Planen er lett tilgjengelig ved at den er digital, er enkel å redigere og holde oppdatert. Det er viktig at pasientene kun har en plan. Noen pasienter tar egenbehandlingsplanen raskt i bruk selv, mens andre har behov for tett veiledning og hyppige samtaler om hva de selv kan gjøre, etter spør om de har sett i egenbehandlingsplanen sin og trygger de på økning av inhalasjoner, start av prednisolon eller antibiotika.

Hvilken verdi opplever pasientene at digital hjemmeoppfølging gir dem?

Turid og Laila har blitt fulgt opp med DHO over lenger tid. Begge er sterkt preget av sin lungesykdom, men sier at DHO har gjort en stor endring i deres hverdag. Begge nevner trygghet som et nøkkelord, og det opplever Maren og Marte at er viktig for de fleste. Pasientene vet at det er noen som ser på målingene deres, tar kontakt ved behov og har noen de kan rådføre deg med. Vi har fått lov til å dele Turids og Lailas historie.

Turids historie

Turid er 70 år, har kols GOLD IV med uttalt emfysem og ble rekruttert inn i prosjektet fra hjemmesykepleien. Turid bor i en omsorgsbolig, satt i koronatiden alene i lenestolen, og var ikke ute av leiligheten sin på 2 år. Hun ble redd for å gå ut, isolerte seg, spiste lite, røyket over 10 røyk om dagen og vegret seg for all aktivitet grunnet ekstrem tungpust og slim. Hun har vært heldig og hatt lite infeksjoner, men leppene var cyanotiske, selv i ro. Hun orket ikke stelle seg, drakk næringsdrikker fordi hun ikke orket å lage seg mat, og pådro seg decubitus på sete. Hjemmesykepleien økte daglige besøk, og Turid hadde gitt opp.

Jeg hadde ikke vært ute av leiligheten på to år. Jeg hadde gitt opp

Ved oppstart med DHO ble det raskt avdekket at hun hadde veldig lav metning, SaO₂ på 75 –78% og høyt blodtrykk. Hun fikk nye blodtrykks- og inhalasjonsmedisiner hos fastlegen. Dette gav god effekt, og Turid fikk håp om at hverdagen kunne bli bedre. Ved å utføre regelmessige målinger har Turid lært mer om sin egen helse og hva hun selv kan gjøre for å holde seg i best mulig form. Hun opplever det trygt å vite at det er noen som følger med, og man blir godt kjent selv når oppfølgingen foregår digitalt. Målsamtalen med oppfølgings-tjenesten gjorde henne mer bevisst om at det fortsatt er mulig å gjøre tiltak i hverdagen. Hun har jobbet mye med røykeslutt og har forsøkt flere ganger tidligere uten å lykkes. Nå har Turid brukt god tid og det ble laget en plan. Med støtte fra både oppfølgings-tjenesten, og Frisklivssentralen i kommunen er hun blitt røykfri. Etter tre måneder uten røyk, ble Turid tatt opp på det ukentlige tverrfaglige dialogmøte oppfølgings-tjenesten har med lungelege og sykepleier på lungepoliklinikken ved Ahus. Hun kom inn på en av prosjektets



polikliniske timer, og fikk etter dette aktivitetsoksygen og VPAP. Det ble utarbeidet en egenbehandlingsplan hvor Turid har flere tiltak innen blant annet pusteteknikk og økte inhalasjoner hun kan forsøke når pusten oppleves tyngre. Turid opplever dette som trygt. Oksygenet gjør også at Turid føler seg tryggere. Hun forsøker å stelle seg selv og lage seg mat så ofte som mulig, men hjemmesykepleien er fortsatt innom daglig. Dagsformen varierer, men hun har lært seg hvordan å energispare aktiviteten sin. Det har ikke blitt hyppigere besøk hos fastlege, men hvis behovet skulle komme så er ikke tanken på å reise på legekontoret like slitsomt som før.

Turid opplever å ha en bedre hverdag med økt sosialt innhold og har klart å besøke slektninger/venner hun ikke har sett på mange år. Ergoterapeut hjalp til med å skaffe Turid en scooter. Hun kommer seg nå på kafé med venner og familie, men har også reist på egenhånd på butikken. Hun har gått opp i vekt, matlysten er bedre og decubitus er grodd. Hun merker en positiv endring i hud og hår etter røykeslutt, og dette gjør at hun føler seg mer vel. Klesskapet er under ►

opprydding, og de gamle hobbyene strikking og tegning er en del av hverdagen igjen.

«Det er betryggende at noen følger med, og at det samarbeides mellom kommune og sykehuset. Jeg synes det føles lettere å oppsøke fastlegen»

Det har vært lettere for Turid å gjøre en endring i livet når hun har teamet rundt DHO i ryggen. Når Turid ser tilbake på alt som har skjedd i livet etter at hun ble med i prosjektet, er hun veldig glad for at hun gav DHO en sjanse. Røykesluten

har vært veldig viktig, men vanskelig å gjøre på egenhånd. Turid forteller at hun er svært stolt av å ha klart dette. Hun er nå klar for trening, og har søkt om bistand fra mestringsteamet i kommunen igjen. Målet er å kunne hente posten med rullatoren igjen.

«Jeg har fått bedre innsikt og forståelse for min egen sykdom. Det har gitt meg en bedre hverdag med mer sosialt innhold. Jeg har fått bedre matlyst og gått opp i vekt, og nå føler jeg meg klar for å starte gå-trening.»

Lailas historie

Laila er 74 år og kom inn i prosjektet etter en innleggelse på øyeblikkelig hjelp plass i kommunen. Hun har kols GOLD IV med både emfysem og hyppig bronkitt. Hverdagen før hun begynte med DHO var preget av mye usikkerhet og utrygghet rundt sykdommen og flere forverrelser som innimellom trengte innleggelse. Hun var lite ute av leiligheten på grunn av covid og tungpust. Symptomer som tungpust, hoste og slim preget hverdagen, og satte en begrensning rundt hverdagslige aktiviteter. Dusjing var nærmest umulig for henne å gjennomføre. Vekten begynte å gå nedover og hun fikk ikke i seg tilstrekkelig med næring. Laila hadde lite oppfølging rundt sin kols og følte hun fikk lite forståelse for sine utfordringer rundt sykdommen. Da Laila fikk tilbud om DHO kom hun raskt inn i bruk av app og utstyr, og lærte seg fort å kjenne igjen endringer i egen helsetilstand ved å følge med på egne målinger. Gjennom de innrapporterte målingene oppdaget oppfølgingstjenesten desaturering under aktivitet. Gjennom de tverrfaglige dialogmøtene mellom oppfølgingstjenesten og spesialist fikk hun raskt time på lungepoliklinikken, hvor hun fikk endret inhalasjonsmedisiner og tildelt aktivitetsoxygen hjemme.

Hverdagen har blitt mye bedre for Laila. Hun har fått hjelp til å søke om scooter og elektrisk rullestol og hun forsøker å komme seg ut nesten hver dag enten på egenhånd eller med ektemannen. Hun har fått interesse for stolpejakt, og bruker scooteren som hjelpemiddel for å komme seg rundt. Ved min siste polikliniske time på Ahus gikk hun inn med rullator i stedet for å bruke rullestol.

«Hverdagen er veldig mye bedre nå. Jeg føler meg privilegert som får så god oppfølging.»



Laila sier hun opplever en trygghet gjennom å bli fulgt opp digitalt. Før hun kom med i prosjektet var hun plaget med mye uro og angst. Dette har blitt bedre etter at lungelegen og fastlegen, gjennom prosjektet samhandlet om en videre plan.

«Det gir en trygghet å bli fulgt opp digitalt, jeg blir roligere i kroppen, og det er fint å kunne ha noen å ringe hvis det er noe man lurer på. Det har gått seg til mye, takket være dere. Jeg hadde ikke vært der jeg er i dag hvis jeg ikke hadde blitt med.»

Avslutning

Turid og Laila sine historier er bare to av mange eksempler på hvordan DHO kan bidra til økt trygghet og økt mestring av egen sykdom. Pasienter med kols blir ikke friskere, så det er vanskelig å se om DHO kan føre til redusert forbruk eller forskjøvet behov for helsetjenester. Det å oppnå lengre stabile faser i sitt sykdomsforløp er også en stor verdi for pasientene. De foreløpige tallene viser til et redusert behov for akutte helsetjenester, noe som antas å knyttes opp mot en tidligere gjenkjenning av symptomer

og tidligere igangsetting av tiltak gjennom DHO oppfølgingen. Tilbudet om DHO er foreløpig under utprøving, men målet er at det implementeres som del av vårt tjenestetilbud. På sikt er det ønske om å utvide konseptet til å gjelde også andre pasientgrupper og kommuner.



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

Argumenter for at fremtidens spesialsykepleiere må ha mastergrad¹

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Spesialsykepleiere med masterkompetanse bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene

- Det blir flere pasienter per sykepleier i fremtiden. Sykepleiere må ha høyere kompetanse for å møte arbeidsbyrden.
- Kompetanse og kunnskapsutvikling gir større fokus på forebygging av komplikasjoner, bedre og mer presis helsehjelp, færre liggedøgn og reduserte kostnader.
- Spesialsykepleiere med masterkompetanse gir redusert dødelighet og mer tilfredse pasienter i akuttmottak og intensivavdelinger.
- Spesialsykepleiere med masterkompetanse har avansert vurderings- og samhandlingskompetanse – kan overta funksjoner som resultat av oppgave- glidning
- Sykepleiere med masterkompetanse har bedre evne til tverrfaglig samarbeid. Dette styrker helseteamets samlede kompetanse og gir økt pasientsikkerhet.
- Sykepleiere med masterkompetanse har evne til å fungere som veiledere i praksis, både for studenter, andre sykepleiere og tverrfaglig. Sykepleiere med masterkompetanse kan jobbe kunnskapsbasert og bidra til at ny kunnskap og ny teknologi tas raskt i bruk i tjenestene.
- Sykepleiere med masterkompetanse er nødvendig for rekruttering til forskning og kunnskapsutvikling for å heve kvaliteten i helsetjenestene.

UTDANNING

Utdanningsløp skal være forutsigbart for studentene og følge gradsstrukturen for høyere utdanning, med bachelor, master og ph.d.

- Det skal være en gradsstruktur med tre nivåer i Norge⁴. Videreutdanning uten mastergrad representerer et brudd med dette.
- Avbrutt masterutdanning avviker fra både det norske og det europeiske kvalifikasjonsrammeverket.

REKRUTTERING

Manglende tilrettelegging for fullgatte masterløp kan gjøre det vanskelig å rekruttere til både utdanningen og yrket.

- Karrierevei. Studentene ønsker i stor grad formell uttelling for sin utdanning. Etter tre semestre gis ikke vitnemål, kun karakterutskrift.
- Universitetet i Stavanger sluttet å tilby 2 løp da få studenter var interessert i å «hoppe av» før fullgått mastergrad. De siste årene har de kun tilbudt master, noe som har resultert i flere søkere, yngre søkere og flere menn. Den samme tendensen ser man ved blant annet Universitetet i Sørøst-Norge. Gode fagmiljøer. Sykepleiere med mastergrad kan jobbe kunnskaps- basert, bidra til kompetanseheving, og til at ny kunnskap og ny teknologi tas raskt i bruk.
- Rekruttering. Enheter som satser på utvikling av kompetanse har lettere for å rekruttere og beholde arbeidskraft.

¹ Argumentene er hentet fra NSF's dokument HVORFOR SKAL FRAMTIDENS SPESIALSYKEPLEIERE HA MASTERGRAD? Begrunnelse for behovet for masterkompetanse

Møte i NSF FLUs forskningsnettverk

Forskningsnettverket til NSF FLU er et nasjonalt nettverk for sykepleiere som forsker innen lungefaget. Nettverket har til hensikt å bygge opp og stryke det nasjonale forskningsmiljøet innen lungesykepleie og styrke forskning på problemstillinger som er relevant for pasienter med lungesykdommer og deres pårørende.

Aktuell tematikk for forskningsprosjekt kan være:

- Symptomer og livskvalitet
- Samhandling
- Pasienter og pårørendes erfaringer med å leve med lungesykdom i de ulike stadier av sykdomsforløpet
- Lungesykepleierens funksjon og ansvar

Forskningsnettverket til NSF FLU, med medforfattere, har tidligere publisert artikkel om systematisk review og meta-analyse på sykepleieintervensjoner for å lindre tung pust hos personer med kols i *Journal of Advanced Nursing* (DOI: 10.1111/jan.13902).

Hvem er vi?

Medlemmene av forskningsnettverket kommer primært fra Oslo og Bergen. De fleste har doktorgrad, mens noen har mastergrad. Flere jobber ved høgskole/universitet, mens noen jobber også i sykehus som for eksempel ved lungeavdeling. Forskningsnettverket jobber med forskning som er relevant for lungesykepleie. For å bli medlem må du

ha minimum mastergrad og være medlem av både NSF og NSF FLU.

Hvem er med forskningsnettverket i dag og hvem er leder: (bilde); Simen A Steindal (leder), Agnieszka Grazyna Tomczak, Anne Louise Kleiven (nestleder), Trine Oksholm (medlem styringsgruppen), Gerd Gran, Marit Leine, Hilde Smith-Strøm, Heidi Ø Markussen og Vivi Lycke Christensen.

Disse deltok ikke på bilde, men er med i forskningsnettverket: Christine Råheim Borge, Heidi Jerpeseth og Thomas Berge.

Se tabell på neste side for mer informasjon om medlemmene av forskningsnettverket. ▶



Ta kontakt med oss om du

- Lyst til å lære mer om forskning som er relevant for lungesyke
- Har ide til et forskningsprosjekt og trenger veiledning og hjelp til å skrive en prosjektbeskrivelse, søknad om forskningsmidler
- Ser etter en biveileder på masteroppgave
- Diskutere tema for masteroppgave
- Diskutere tema for mulig ph.d.-prosjekt

Møte i Oslo

NSF FLUs forskningsnettverk fikk fagutviklingsmidler fra NSF til å arrangere workshop i forskningsnettverket for å utvikle et felles forskningsprosjekt og lage retningslinjer for forskningsnettverket.

Vi møttes i Oslo 16.-17. mars 2023. Den første dagen brukte vi tid på at gamle og nye medlemmer av forskningsnettverket skulle bli kjent. Heidi Ø Markussen og Vivi L Christensen hadde forberedt en presentasjon om mulig tema for forskningsprosjekt som vi jobbet med i grupper. Vi deltok også på digitalt møte i Nordisk møte for lungesykepleiere. Denne dagen ble avsluttet med en hyggelig middag.

Dag to jobbet vi med retningslinjer for forskningsnettverket. Simen A. Steindal ble gjenvalgt som leder, mens Anne Louise Kleiven ble valgt til ny nestleder. Trine Oksholm ble gjenvalgt som medlem av styringsgruppen. Det vil bli gjennomført valg hvert andre år.

I forbindelse med NSF FLUs landskonferanse ønsker vi gjennomføre en halvdag med forskningskonferanse før selve landskonferansen starter.

Hva jobber forskningsnettverket med i dag

Forskningsnettverket til NSF FLU jobber for tiden med utvikling av et større forskningsprosjekt for å undersøke hvilken kompetanse som anses som viktig hos lungesykepleiere og fra et brukerperspektiv. Prosjektet ledes av Heidi Ø Markussen og Vivi L Christensen. Hensikten med prosjektet er å kartlegge hvilken kompetanse som er viktig for å ivareta sykepleie til pasienter med lungesykdommer og/eller respiratoriske plager. Studien vil rette seg mot brukere samt sykepleiere som er medlemmer i NSF FLU og omfatter intervju og utfylling av spørreskjema. Fagbladet vil følge prosjektet fra sidelinjen og vil komme med mer informasjon etter hvert.

Navn	Tittel	Arbeidsted	Forskningsområder
Simen A. Steindal Leder forskningsnettverket	Sykepleier, professor, professor II	Lovisenberg diakonale høyskole VID vitenskapelig høyskole	Palliativ omsorg, omsorg for døende, symptomer og symptomlindring, kols, kreft, helse teknologi
Anne Louise Kleiven Nestleder forskningsnettverket	Lungesykepleier med master i lungesykepleie	Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål	Langtids mekanisk ventilasjon og helse relatert livskvalitet. Brenner spesielt for utvikling av hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging
Trine Oksholm, Medlem styringsgruppen forskningsnettverket	Førsteamanuensis	VID vitenskapelig høyskole	Lungekreft, overføring, symptomer
Marit Leine	Fagutviklingssykepleier/ stipendiat	Lovisenberg Diakonale Sykehus	Helsekompetanse, kreft, KOLS
Gerd Gran	Lungesykepleier med master	Helse Bergen	Pasientsikkerhet
Agnieszka Tomczak	Sykepleier og respirator koordinator, master i sykepleievitenskap	Lungeavdeling, Stavanger universitetssykehus	Forbedringsarbeid
Hilde Smith-Strøm	Sykepleier, førsteamanuensis	VID vitenskapelig høyskole	Skriver sammen med Heidi Markussen en systematisk oversiktsartikkel med tittel: The effect of telemedicine in treatment and follow-up for patients receiving long-term mechanical ventilation: a systematic review
Heidi Jerpseth	Sykepleier, ph.d., førsteamanuensis	OsloMet	Pasienter med KOLS; beslutninger om ventilasjonsstøtte behandling til eldre og skrøpelige. Opplevelse av skam knyttet til «selvpåført» sykdom. Nytt av forhåndssamtaler til pasienter med alvorlig KOLS. Kvalitativ forskning.



NSF FLU Agder

Mitt navn er Kurt Hatløy og er ny lokalgruppeleder for NSF FLU Agder. Arbeidsstedet mitt er Lungepost 1D ved SSHF Kristiansand, her er halve min stilling fagsykepleier/assisterende avdelingsleder. Jeg jobber også 50 % på sengeposten som lungesykepleier.

Sykepleierutdannelsen ved UiA i Kristiansand, ferdig 2008. Lungesykepleie ved HVL, ferdig 2020. Suppleringsopptak masterstudie ved HVL, startet i 2023.

Lungemiljøet på Agder er bra, med engasjerte og fremoverlente sykepleiere og leger. Vi har mange medlemmer i NSF FLU på Agder, men det er alltid plass til flere.

Jeg ser frem til å være leder for lokalgruppa, der vi håper på mange gode, faglige og sosiale samlinger i tiden som kommer. _



NSF FLU Nordland

Faggruppen NSF FLU Nordland holder til i Bodø. Vi består i dag av 38 medlemmer. Faggruppen har et ønske om å skape et godt fagmiljø innenfor lungefaget i Nordland. Vi ønsker å skape et samhold blant oss som jobber med lungepasienter, uavhengig av om man jobber i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller rehabilitering.

Vi ønsker å dele fagkunnskap med hverandre, og at det skal være enkelt å ta kontakt med en kollega uansett arbeidssted, slik at vi kan bruke hverandre til å gi best mulig tilbud til pasientene våre. Dette gjør vi ved å invitere til fagkvelder vår og høst. Vi har pleid å ha ulike temaer på disse fagkveldene, men vi bruker alltid lokale forelesere. Det finnes utrolig mange dyktige fagfolk rundt oss som vi har lært masse fra. Vi pleier alltid å velge et hyggelig lokale, god mat og drikke til disse kveldene. Relasjonene som skjer rundt bordet etter forelesningen er like viktig som den faglige oppdateringen. I tillegg har vi en egen Facebook side hvor vi oppdaterer med ulike kurs og konferanser som medlemmene kan melde seg på.

Vi oppfordrer medlemmene våre til å søke kursstøtte fra NSF og NSF FLU slik at de får mulighet til å reise på ulike konferanser. Vi har sett at det kan være dyrere reiseutgifter for oss i nord, lengre reisevei og dyrere billetter. Vi i faggruppen lokalt har litt penger som medlemmene våre kan søke om hvis ikke får tilstrekkelig kursstøtten andre steder. Vi pleier å ha to lotteri, et julelotteri og et påskelotteri hvor vi får inn penger til faggruppen.

I 2024 skal vi arrangere landskonferanse i Bodø. Det gleder vi oss veldig til. Vi håper mange har lyst å ta turen opp til Bodø å være noen dager sammen med oss.

Hilsen Karianne, Siv og Tonje

Leder: Tonje Susann Hanssen
Nestleder: Karianne Aanes Hansen
Kasserer: Siv Anita Hansen



Navn: Stine Helen Rosenkranz

Stilling: Sykepleier

Arbeidsted: SUS Stavanger universitetssykehus

Hvorfor begynte du å jobbe på en lungeavdeling?

Når jeg begynte å nærme meg å være ferdig med bachelorstudiet i sykepleie og sto sannsynligvis ovenfor samme dilemma som majoriteten av andre nyutdannede sykepleier: hva skal jeg gjøre da? Fra tidligere hadde jeg jobbet både på sykehjem, hjemmetjeneste og medisinsk sengepostavdeling ved siden av studiet. I ønske om å finne min plass innenfor systemet valgte jeg å søke jobb på universitetssykehuset i Stavanger under Bemanningssentralen.

Bemanningssenteret «bidrar til å bemanne avdelinger med sykepleiere og helsefagarbeidere når sykdom eller annet bemanningsbehov oppstår» (Helse Stavanger, 2022). For meg opplevdes dette som en mulighet til å få utforsket ulike sengeposter og jeg slapp da å binde meg til én sengepost. Jeg startet i 100% stilling som sykepleier i juni. Om sommeren har bemanningssenteret en ordning hvor man blir «låst» til én sengepost hele sommeren og dermed slipper å bytte sengeposter. Min avdeling ble Lungeseksjonen 4G.

Hva slags opplæring fikk du da du begynte på lungeavdelingen?

Man kan på mange måter si at starten på min arbeidstid hos 4G var hard og brutal. Som nyutdannet sykepleier med både spenning, men ikke minst nerver med meg på lasset, startet jeg midt i ferieavviklingen. Dette førte til at jeg kun fikk 2 opplæringsvakter før jeg skulle stå som «alene sykepleier» med ansvar for et antall pasienter på avdelingen. Noe som ikke er vanlig for ferske sykepleiere på denne avdelingen,

men som likevel ble mitt tilfelle. Likevel ble jeg etter disse to opplæringsvaktene tilbudt flere av bemanningssenteret, som sammen med lungeavdelingen var veldig gode på å følge meg opp.

Det er ingen hemmelighet at lungeavdelinger ofte har relativt høyt trykk og tempo i den vanlige arbeidsdagen, dette gjaldt også den medisinske sengeposten jeg arbeidet på under studietiden (UNN Harstad), som blant annet hadde lungepasienter. Opplevelsen av å så raskt gå fra sykepleierstudent til «ferdig opplært sykepleier» på lungeavdelingen var utfordrende, men personlig opplevde jeg det også som spennende.

Til tross for at jeg metaforisk sett ble «kastet ut i det» fikk jeg en god opplæring av sykepleierne jeg møtte på lungeavdelingen 4G i Stavanger. Jeg kan ikke skryte nok av de ansatte på avdelingen som alle var gode på å se og følge meg opp. Aldri opplevde jeg at jeg sto alene i en situasjon, terskelen for å spørre om hjelp og veiledning var utrolig lav. To som særlig er årsaken til at min hektiske og utfordrende oppstart som sykepleier også opplevdes som god og trygg er avdelingsleder Charlotte og sykepleier Agnieszka, som blant annet hadde meg på en av opplæringsdagene. Opplevelsen jeg hadde tror jeg at mange nyutdannede hadde syntes var særdeles tung å stå i, men organisasjonskulturen og de flotte menneskene på 4G gjorde opplevelsen god.

Hvordan var det å være nyutdannet og nyansatt i sommer-månedene?

Jeg vil tørre å påstå at de fleste nyutdannede sykepleier som går ut i arbeid midt i sommeravviklingen vil beskrive det som utfordrende. Dagene går raskt når man noen ganger ikke har tid til å ta seg ordentlig lunsj. Noen ganger kjenner man ikke at man må på toalettet, siden tankene og fokuset er en annen plass. Men likevel var opplevelsen god. Slik jeg forsto det på andre ansatte på avdelingen var denne sommeren en større suksess bemanningsmessig enn tidligere sommermånedene. Vi hadde mange dyktige assistenter som var ufaglærte, sykepleierstudenter og medisinstudenter.

Hvordan kan sykepleierutdanningen forberede nyutdannede sykepleiere på å være nyansatte?

Før jeg gikk ut som ferdigutdannet sykepleier skrev jeg en oppgave på skolen om nøyaktig dette. Sykepleiestudiet er god på å fremme klinisk kunnskap til studentene, vi lærer å bandasjere, legge veneflon, vi lærer om sykdommer og om pasienthåndtering. Likevel det er vanskelig å møte realiteten som venter deg som sykepleier om du ikke får organisatorisk kunnskap med på kjøpet. Sykepleierens arbeid handler ikke bare om det kliniske, du må også kunne lede,

organisere og koordinere helsearbeid. Denne kunnskapen bidrar til at sykepleieren vet hvordan hun eller han skal prioritere viktige arbeidsoppgaver, delegere oppgaver til andre medarbeider og dermed koordinere helsearbeidet. Mange snakker om realitetssjokket man opplevde når man startet som sykepleier etter studiet. På studiet opplevde jeg, og flere andre, at man blir i stor grad «skjermet» mot det verste stresset på avdelingen. Studenter bør absolutt utfordres i praksis, der det er tryggere å føle på press, fordi man ikke står alene.

Har du noen tips til sykepleiestudenter som skal begynne å jobbe som sykepleiere ved en lungeenhet neste sommer?

Pust med magen. Dette er et utrolig spennende fagfelt, hvor man kan møte på mange ulike problemstillinger. Støtt deg på medarbeiderne dine, alle har vært ny en gang. Bruk

ressursene rundt deg til det de er verdt. Assistenten, andre sykepleiere, leger og andre fagfelt er der for at man sammen skal klare å yte god helsehjelp til pasientene. Og ikke minst: ikke stress. Verden går ikke under om du tar deg noen sekunder til å samle hodet og puste ut. Noen ganger ble jeg nødt til å kombinere lunsj med rapportskrivning eller overgi noen oppgaver til aftenvakten som kom etter meg: det er ikke verdens undergang. Vi spiller hverandre gode, vi er et team. Du har lov til å være ny.

Lenker:

Helse Stavanger (2022). Bemanningssenteret. Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/avdelinger/avdeling-for-personal-og-organisasjonsutvikling/bemanningssenteret> (03.10.2023).



Navn: Malin Berg

Stilling: Sykepleier

Arbeidsted: Lungeavdelingen på Nordlandssykehuset

Hvorfor begynte du å jobbe på en lungeavdeling?

Jeg begynte å jobbe på lungeavdelingen på Nordlandssykehuset høsten etter jeg var ferdig utdannet sykepleier i 2022. Min siste praksis hadde jeg på avdelingen, og like fagfeltet og de ansatte godt. Her fikk jeg se at det var en travel avdeling hvor læringskurven var bratt, dermed kunne jeg få et stort utbytte av å være der. Allerede etter halvannet år har jeg utviklet meg som sykepleier og lært mye både om fagfeltet og nye måter å jobbe på; eksempelvis hvordan være effektiv og hva som bør prioriteres under tidspress.

Hva slags opplæring fikk du da du begynte på lungeavdelingen?

Da jeg begynte i jobben var det mye sykdom blant de ansatte og travle dager, som gjorde at jeg måtte hoppe rett i jobben. Mine tre første vakter var nattevakter, uten videre opplæring. Neste gang jeg kom på jobb snakket jeg med sjefen og fikk satt opp opplæringsvakter i etterkant. Selv om disse ble satt opp, ble de ikke som forventet grunnet tidligere nevnte sykdom blant de ansatte. Jeg endte dermed opp med å gå vaktene uten en annen sykepleier og hadde det fulle og hele ansvaret for pasientene selv. Heldigvis har jeg gode kollegaer som hjalp til der jeg hadde spørsmål eller hadde behov for hjelp til prosedyrer jeg ikke hadde gjennomført selv før. Selv om starten ble tung, lærte jeg utrolig mye på kort tid.

Hvordan var det å være nyutdannet og nyansatt i sommer-månedene?

Da sommeren kom hadde jeg jobbet i syv måneder på avdelingen. Den første sommeren var hektisk og lærerik. Vi hadde en del sommervikarer inne, som ofte førte til at jeg var den mest kjente på avdelingen og ble satt opp som ansvarlig sykepleier. Det var både krevende og morsomt. Jeg er glad jeg hadde syv måneders erfaring i sekken før sommeren, som helt klart gjorde jobben enklere. Der det var pasienter som måtte ha Optiflow, var det for eksempel lettere for meg å vurdere det fordi jeg var kjent med det. De sommervikarene som ikke var kjent med Thopaz og skylling av dren, for eksempel, kunne jeg lære prosedyren til.



Navn: Marta Ebne
Stilling: Sjukepleiar
Arbeidsted: Lungeavdelingen, Haugesund Sykehus

Hvorfor begynte du å jobbe på en lungeavdeling?

Eg var i praksis på lungeavdelinga som sjukepleiarstudent, då eg gjekk andre året på sjukepleien. På lungeavdelinga likte eg meg så godt at eg fekk meg studentavtale på avdelinga, etter endt praksis. Studentavtalen innebærte at eg arbeide tredje kvar helg, samt 5 veker om sommaren. Grunnen til at eg likte meg så godt på lungeavdelinga som student var nok ein kombinasjon av at eg hadde kjekke kolleger og at sjukepleie til lungepasienter var noko som eg fant spennande og lærerikt. Eg opplevde at eg blei tatt godt i mot på avdelinga, og at kollegane mine var flinke og erfarne innan feltet, og ønsket å lære vidare til meg.

Hva slags opplæring fikk du da du begynte på lungeavdelingen?

Då eg var nyutdanna sjukepleiar hadde eg den fordel med at eg allereie hadde arbeide på avdelinga som assistent. Dette gjorde at eg allereie kjente til avdelinga og rutinene. Likevel fekk eg 5 opplæringsvakter då eg var nyt-

danna som sjukepleiar. På opplæringsvaktene fulgte eg sjukepleiar på vakt, og var med på alt i frå medisintil levering til prosedyrer og legevisitt. Sjølv om eg var godt kjend med rutinene på avdelinga fra tidligare, var det skummelt å tenkje på at det var eg som skulle ha det fullstendige ansvaret fremover.

Hvordan var det å være nyutdannet og nyansatt i sommer-månedene?

Det var skummelt å skulle stå på egne bein som heilt fersk sjukepleier. Det følte som eit enormt ansvar, å skulle ha kontroll over så mange pasienter. På lungeavdelingen er det i tillegg mange svært sjuke pasientar. Eg blei plutsleg nøyd for å takle både kronisk, og akutt sjuke. Læringskurven min var bratt. Eg lærte meg fort å skulle være sjølvstendig i ulike situasjonar, men også å spørre etter hjelp. Fordelen med å arbeide på eit sjukehus er at ein aldri er aleine. Eg har alltid opplevd å få god hjelp dersom eg spør lege/ sjukepleier om hjelp.

Hvordan kan sykepleierutdanningen forberede nyutdannede sykepleiere på å være nyansatte?

Eg er stort sett nøgd med korleis sykepleierutdanningen har forberede meg på å bli nyutdanna sjukepleiar. Dei ulike praksis-periodane har lært meg ulike sider innan utdanningen. I kvar og ein praksis har eg også fått lært meg å være «ny» på ein arbeidsplass, lære og skulle tilpasse meg avdelingen. Dette har vert til nytte når eg seinare skulle få meg jobb.

Ein anna ting eg lærte på sjukepleien var korleis ein kan finne fram til hjelpemidler ein kan ta i bruk, dersom ein står fast. I min jobb brukar eg til dømes felleskatalogen til å søkje opp legemiddelinformasjon, samt VAR til prosedyrer. Ein viktig ting å ta med seg er at ein ikke alltid har svar på alt, derfor er det viktig å vite kor ein skal finne den informasjonen ein treng.

Er det ein ting eg kunne ønske var eit større fokus på sjukepleierutdanningen, så er det prioritering av tid. På studiet blir ein lært opp til å kunne følge alt opp til punkt og prikke. Realiteten er at ein ofte må prioritere tida si, grunna travel avdeling og uforutsette ting. Det var eit lite sjokk som nyutdanna å ikkje alltid få tid til alt ein hadde tenkt. Derfor hadde det vert nyttig å lært noko om dette under utdanningen.

Har du noen tips til sykepleiestudenter som skal begynne å jobbe som sykepleiere ved en lungeenhet neste sommer?

- Les deg opp på sjukdommar/ behandling/ undersøkelser du kjem over, som du ikkje føler at du veit nok om
- Lytt til pasientane når dei fortel om sykdomsbilde sitt
- Ikkje ver redd for å stille kollegane dine spørsmål

Kort informasjon om Landsgruppen av bedriftssykepleiere i Norsk Sykepleierforbund

Bedriftshelsetjenesten er en fagkyndig rådgivende tjeneste innen forebyggende HMS-arbeid. Bedriftshelsetjenesten sitt mandat etter arbeidsmiljøloven og forskrifter er å bistå arbeidsgiver i arbeidsmiljøspørsmål. Bedriftshelsetjenesten har en fri og uavhengig rolle i arbeidsmiljøspørsmål.

Bedriftssykepleier har en sentral rolle i dette arbeidet og gjennomfører på selvstendig grunnlag undersøkelser og oppfølging av arbeidstakere ut fra arbeidsrelaterte helseutfordringer.

NSF har en egen faggruppe; Landsgruppen av bedriftssykepleiere (NSFLBS), som ble etablert i 1964, og feirer 60 års jubileum i 2024.

Faggruppen har et stort faglig og idealistisk engasjement og jobber for å sikre bedriftssykepleieres posisjon i bedriftshelsetjenesten. Et viktig formål er identitetsbygging og fagfellesskap. Faggruppen har eget landsstyre som jobber ut fra tre hovedområder:

- At våre medlemmer er informerte, aktive og engasjerte bedriftssykepleiere
- Videreutdanningsløp for bedriftssykepleiere som gir studiepoeng og helst mastergrad
- Styrke bedriftssykepleierens plass i bedriftshelsetjenesten

Det finnes ikke særskilt videreutdanning eller masterutdanning for bedriftssykepleiere, derfor er videreutdanning er et

satsingsområde for faggruppen. Faggruppen har utarbeidet en veileder for hvilken kompetanse som skal til i arbeidet som bedriftssykepleier.

Det er også utarbeidet en kompetansebeskrivelse for bedriftssykepleiere. Denne beskriver kompetanse, ansvar og oppgaver som bedriftssykepleieren har i bedriftshelsetjenesten.

Styret for perioden 2023-2025

Leder Hege Kristiansen
telf. 900 15 780

Nestleder Anne Christine Høyem
telf. 917 67 052

Sekretær Ingrid Mjanger Thorsnes
telf. 906 98 815

Kasserer Barbro Gaustad Rodt
telf. 416 19 697

Styremedlem Bente Døvik Roland
telf. 984 17 759

Varamedlem
1. Rigmor Farsund Moe
telf. 984 86 656

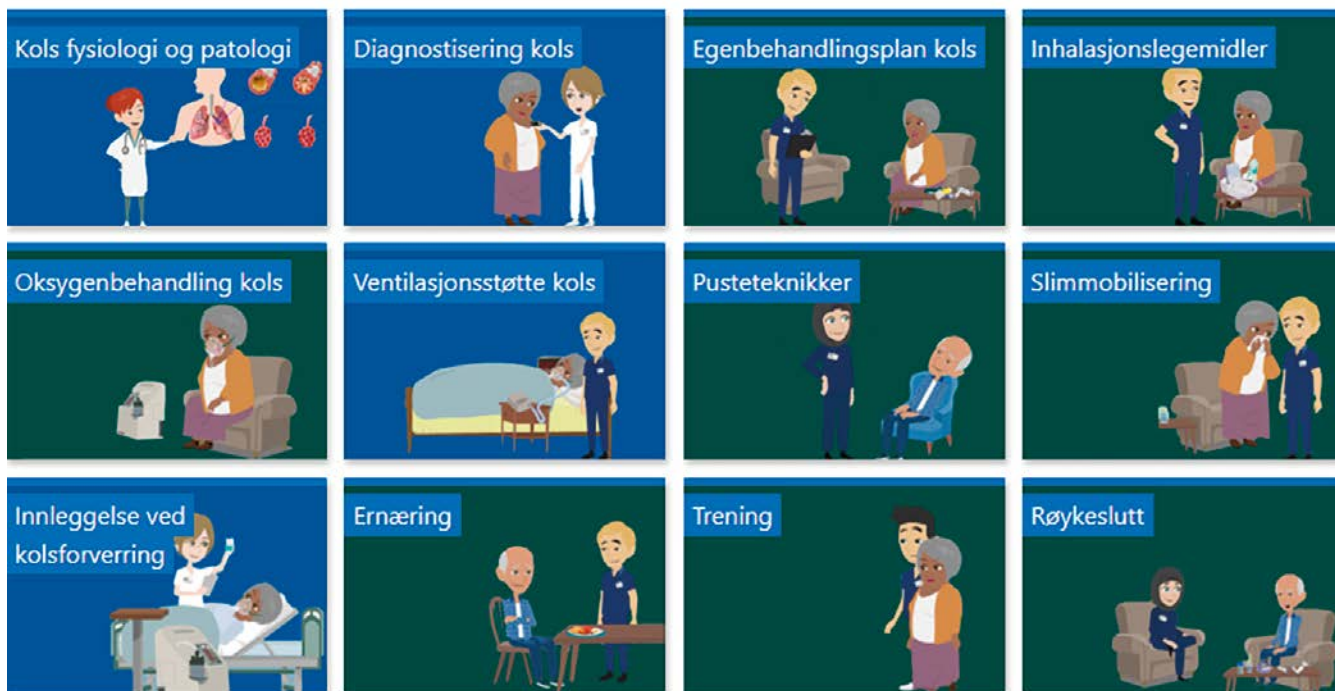


Besøk oss gjerne på Facebook

<https://www.facebook.com/photo/?fbid=460109429487994&set=a.460109396154664&tn=%3C>



Fra venstre Anne Christin Høyem, Bente D. Roland, Rigmor F. Moe, Hege Kristiansen, Barbro G. Rodt, Ingrid. M. Thorsnes
Fra venstre Anne Christin Høyem, Bente D. Roland, Rigmor F. Moe, Hege Kristiansen, Barbro G. Rodt, Ingrid. M. Thorsnes



Helsekompetanseoppfølging av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom

Christine Råheim Borge, *Førsteamanuensis*, Lovisenberg Diakonale Høgskole og UiO og seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, christine.borge@ldh.no
Ingrid Tryland Kolle, *Sykepleier*, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Hvis du som sykepleier har kunnskap om kols, kan dette hjelpe deg til å trygge og følge opp brukere med kols slik at de kan få økt helsekompetanse som betyr å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon (Helsedirektoratet 2019).

I prosjektet Helsekompetanse: Nøkkelen til helse hos personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) kom det frem at både personer med kols og helsepersonell har behov for kunnskap om

kols. Personer med kols opplever at det er vanskelig å finne helseinformasjon og vet ikke hvem de skal kontakte eller hvor de finner nødvendig helsehjelp om kols. Deres helsekompetanseutfordringer er også relatert til å føle seg trygg, oppleve verdighet og få en økt motivasjon, utholdenhet og egeninnsats i å ta vare på egen helse. Videre viser resultater at personer med kols som har helsekompetanseutfordringer også opplever lavt psykologisk velvære. Å hjelpe personer med kols med deres helsekompetanseutfor-

dringer kan derfor hjelpe dem til egenmestring og bedre psykologisk velvære (Wahl, Osborne et al. 2021, Borge, Larsen et al. 2022, Borge, Larsen et al. 2022).

Imidlertid opplever helsepersonell at de ikke har den kunnskapen som skal til for å følge opp helsekompetanseutfordringer hos personer med kols og at det også er vanskelig å oppnå denne kompetanse (Borge, Larsen et al. 2022).

En arbeidsgruppe bestående av tverrfaglig helsepersonell fra kommunehelsetjenesten ved bydel Gamle Oslo, Sagene, Grünerløkka og St. Hanshaugen og spesialisthelsetjenesten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Universitet i Oslo har derfor jobbet sammen om å tilpasse en helsekompetanseintervensjon til personer med kols (Borge, Larsen et al. 2022). I intervensjonen som i dag er implementert i vanlig drift, får personer med kols en skreddersydd oppfølging av sykepleiere med spesialkunnskap om kols og motiverende intervju gjennom hjemmebesøk og telefonkontakt i seks måneder.

Basert på kunnskap fra denne samhandlingsintervensjonen og diskusjon i arbeidsgruppemøtene er det utviklet 12 undervisnings-/e-læringskurs om hvordan følge opp helsekompetanseutfordringer hos personer med kols. De består av animasjonsfilmer for å vise hvordan helsepersonell kan hjelpe personer med kols sine helsekompetanseutfordringer knyttet til sykdommen i hjemmet og med få enkle kunnskaps-spørsmål. De varer fra 5-15 minutter per leksjon for at helsepersonell kan få mulighet til å lære om tiltaket rett før eller i en situasjon hvor de møter en person med kols innen temaet undervisningsopplegget tar for seg.

Undervisningskursene er nå publisert ved KS læring som er en felles læringsplattform for kommuner og fylkeskommuner i Norge. Du kan som ansatt i kommunen logge deg inn å få tilgang til tilbudet eller logge deg inn som bruker gjennom bankId; Kurs: KOLS (kslaring.no)

12 undervisningskurs/e-læringskurs er utviklet om helsekompetanseoppfølging av personer med kols av tverrfaglig helsepersonell ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og kommunehelsetjenesten ved bydel Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen og Sagene. Telemark kom-

petanse AS har på oppdrag gjennomført utviklingen og en referansegruppe ved Sørlandet sykehus og Kristiansand Kommune har bidratt med kunnskap og kvalitetssikring av innholdet.

Prosjektet i sin helhet har fått midler gjennom Stiftelsen DAM, Universitet i

Oslo, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Kirsten Rønnings Legat, Forskningslegatmidler ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Kommunehelsetjenesten ved bydel Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen og Helse Sør Øst samhandlingsmidler fra Oslo kommune.

INFO

Informasjon om nye medlemskontingentsatser

NSFs Faggruppe av Lungesykepleiere skal fortsatt ha samme pris for medlemskontingenten i 2024 som vi har nå for vanlige medlemmer.

Fra 01.01.24 innføres det to nye kategorier som vil få medlemskontingent til kr. 150,-:

- Medlemmer som har fylt eller fyller 67 år i det inneværende året.
- Studenter på bachelor-, videre- eller masterutdanning, og ph.d.

Hvordan får man redusert medlemskontingent

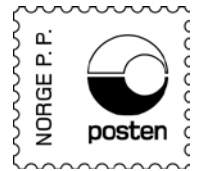
Ved innmelding velger man type medlemskap, er man student så velger man studentmedlemskap. NSF sjekker da når man skal være ferdig med studiet og legger inn en overgang til vanlig kontingentpris.

Dere som allerede er registrert som ordinære medlemmer må derfor kontakte NSF for å få endret medlemskapet, gå inn via denne lenken: <https://www.nsf.no/om-oss/kontakt-oss>, klikk så på feltet – Kontaktskjemaer, du må være innlogget for å kunne gjøre dette. Her finner dere så skjemaet, som dere skal benytte. Dere må her legge inn at dere er studenter.

Det samme gjelder de som skal ha redusert medlemskap med bakgrunn i alder, dette gjelder ikke de som har fylt/fyller 67 år innen 2023, dere vil automatisk få halv pris på medlemskontingenten.

Dette vil da bli tilsvarende i årene fremover.

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