



Fagblad

for lungesykepleiere

Nr. 3 – 2011



TEMA: Kurs og utdanning

AV INNHOLDET:		Velkommen til Fagmøte	14
Leder: Hei alle medlemmer	2	Program – Fagmøte i Trondheim	15
Redaktøren har ordet	3	Påmelding – Fagmøte i Trondheim	16
Behandlingshjelpemidler for hjemmeboende	4	Invitasjon til posterutstilling	17
Videreutdanning gjennom «Education for health»	9	Tilbakemelding for tildelt kursstøtte	20
ERS i Amsterdam	10	Høring: KOLS	23
Informasjon til medlemmene	12	NSF FLU's nettsider	24
Innkalling til årsmøte i NSF FLU	13	Kursstøtte	26
		Stipend	27

NSFs FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE



Hei alle medlemmer!

Internettsiden vår arbeides det med hele tiden og vi håper dere er fornøyd med de endringene som er gjort og vil bli gjort. Målet er at siden skal være mest mulig funksjonell, slik at dere raskt finner frem til det dere har behov for.

Flott hvis dere kommer med innspill hvis det er noe dere savner på siden eller andre gode tips til oss.

Vi har også fått oss side på facebook – sjekk den ut.

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

Bildet på forsiden er fra Trondheim og dere vil også finne informasjon, program, påmeldingsskjema og invitasjon til posterutstilling til Fagmøtet i Trondheim i 2012 her i bladet. Det er et spennende og variert program og vi sier allerede nå tusen takk til arbeidsgruppen i Trondheim for flott innsats og lykke til videre med arbeidet. Vi håper at mange av dere får anledning til å delta på Fagmøtet og vi ser frem til å møte dere i Trondheim i mars.

Her i bladet vil dere også finne innkalling til NSF FLU sitt årsmøte i 2012.

Til dette årsmøtet har vi i styret allerede meldt inn en viktig sak, som følger av et vedtak på NSF sitt Landsmøte i november i år. Saken er endringer av vedtektene våre som følge av dette vedtaket. Mer informasjon vil dere finne lenger ute i bladet, på nettsiden til NSF og på vår nettside.

Alle lederne for faggruppene deltar på NSF sitt Landsmøte med tale- og forslagsrett. Det var et spennende Landsmøte med meget lange dager (netter) og mange vedtak ble gjort. Jeg regner med at en del av dere fulgte med på nettet.

Vi har nå bestilt flere rollups slik at NSF FLU kan bli mer synlig på lokale arrangement, det er flere lokalgrupper som har ønsket seg dette.

Vi holder på å redigere vår informasjonsfolder, som vi tidligere har trykket opp en gang i året. Nå lager vi en som ikke har behov for å bli redigert årlig og vi håper å få denne ferdig tidlig på nyåret.

Styret har nettopp sendt inn hørings svar til NSF, som så skal sende ett felles hørings svar til Helsedirektoratet ifht: Høring på utkast til nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og oppfølging av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Denne kommer ut i 2012, så følg med.

Til slutt vil vi i styret ønske dere alle en fredelig og GOD JUL og et riktig GODT NYTTÅR!

Beste julehilsen fra alle oss i styret v/Gerd Gran



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

Internett:
www.sykepleierforbundet.no

Styret 2011/2012 består av:

Leder: Gerd Gran
Lungeavdelingen
Haukeland Universitetssykehus
Jobb: gerd.gran@helse-bergen.no
Jobb: 55 97 35 55 / Mobil: 958 90 520

Nestleder: Geir Kristian Gotliebsen
Seksjon for behandlingshjelpemidler Harstad
Jobb: geir.gotliebsen@unn.no
Jobb: 77 01 51 11 / Mobil: 994 17 553

Sekretær: Marit Leine
Medisinsk poliklinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17, 0440 Oslo
Jobb: marit.leine@gmail.com
Privat: marit.leine@lds.no
Jobb: 982 07 524 / Mobil: 975 06 927

Kasserer: Lise Østgård Monsen
Lungeavdelingen
Haukeland Universitetssykehus
Jobb: lise.monsen@helse-bergen.no
Jobb: 55 97 40 89 / Mobil: 926 22 156

Fagblad ansvarlig: Nina Bertelsen
Lungeavdelingen/lungepoliklinikk på
universitetssykehuset i Stavanger
Jobb: nina.bertelsen@sus.no
Privat: nina_bertelsen@hotmail.com
Jobb: 4G lunge: 51 51 85 24/23
Lungepol: 51 51 94 31 / Mobil: 976 25 813

Lokalgruppeansvarlig: Hanne Fjäll Larssen
Sykehuset Østfold HF Moss
Lungepoliklinikken
Jobb: hanlar@so-hf.no
Jobb: 69 86 69 46 / Mobil: 918 50 169
Mobil: 976 25 813

Webansvarlig: Karin Helen Danielsen
Medisin hjerte lungepost
Bærum sykehus
Jobb: karin.danielsen@vestreviken.no
Jobb: 67 50 27 28 / Mobil: 477 50 959

Adresseforandringer sendes til:
Marit Leine
Medisinsk poliklinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17, 0440 Oslo

Søknadsfrister for kursstøtte er den 1. mars.
Søknad sendes til:
Marit Leine
Medisinsk poliklinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17, 0440 Oslo – eller
til: epost: marit.leine@gmail.com

Repro og trykk: Østfold Trykkeri AS, Askim.
Tlf.: 69 81 88 99. Fax 69 81 88 90.
E-mail: svein@ostfold-trykkeri.no

ISSN 0807-1241



	Side
Leder: Hei alle medlemmer	2
Redaktøren har ordet	3
Behandlingshjelpemidler for hjemmeboende	4
Videreutdanning gjennom «Education for health»	9
ERS i Amsterdam	10
Informasjon til medlemmene	12
Innkalling til årsmøte i NSF FLU	13
Velkommen til Fagmøte	14
Program – Fagmøte i Trondheim	15
Påmelding – Fagmøte i Trondheim	16
Invitasjon til posterutstilling	17
Tilbakemelding for tildelt kursstøtte	20
Høring: KOLS	23
NSF FLU's nettsider	24
Kursstøtte/Stipend	26/27

Frister for innlevering av stoff til Fagblad for lungesykepleiere:

Nr. 1-2012: 15. jan. –12	Utgivelsesdato:	medio februar
Nr. 2-2012: 20. mai –12	Utgivelsesdato:	ultimo juni
Nr. 3-2012: 30. okt. –12	Utgivelsesdato:	ultimo november

Annonsepriser:

Format	4 farger	Sort/hvitt
1/1 side	5.500,- +mva	2.800,- +mva
1/2 side	2.800,- +mva	1.700,- +mva
Baksiden i 4 farger:	6.000,- +mva	

Redaktøren har ordet

Hei hei kjære medlemmer

Året er snart omme og årets siste fagblad er trykket. Nå venter et nytt år med nye muligheter. Dette året har vært veldig spennende. Med nye valgte styremedlemmer, fagmøtet i Fredrikstad, styremøter og selvfølgelig ERS i Amsterdam. Satser på at det nye året blir like spennende.



Håper dere medlemmer har hatt en fantastisk høst, og ønsker dere en fabelaktig slutt på året.

Kos dere masse i adventstiden=)

God jul og godt nyttår =)

Mvh Nina Bertelsen

Forsidebildet: Trondheim. Foto: Jørn Adde (c) Trondheim kommune © Trondheim kommune.

BEHANDLINGSHJELPEMIDLER FOR HJEMMEBOENDE PASIENTER – FORELIGGER DET RISIKO FOR KRYSSMITTE VED GJENBRUK OG RESIRKULERING AV MEDISINSK/TEKNISK UTSTYR?

Diplomoppgave i smittevern (kortversjon)

Ellen Julie Hunstad

Sykepleier/klinisk spesialist i sykepleie

Diplomstudent i smittevern/masterstudent i folkehelse

Veileder: Nina K Sorknes,

Folkehelseinstituttet/NHV

Mars 2011

Introduksjon

Etter mange år med spesialisert og intensivt behandling i sykehus, er det nå en økende praksis med avansert medisinsk behandling også for hjemmeboende pasienter. Den tekniske og medisinske utvikling de siste årene har resultert i at mange pasienter kan gjennomføre midlertidig eller varig behandling i hjemmet med de nye behandlingshjelpemidler som nå er tilgjengelig. Dette gjelder særlig for pasienter med ulike respirasjonsproblemer, ernæringssvikt, smertebehandling og lignende. Behandling forordnes og styres fra spesialisthelsetjenesten, og er en del av pasientforløpet og behandlingsskjeden.

”Behandlingshjelpemidler med tilhørende forbruksmateriell benyttes for å bedre pasientenes medisinske tilstand og er en del av behandlingsskjeden innenfor spesialisthelsetjenesten.

Behandlingen

skjer ved bruk av utstyret utenfor sykehuset, blant annet i hjemmet til pasienten, på arbeidsplassen eller i skole og barnehage.

Behandlingshjelpemidlene eies av helseforetakene og lånes ut til pasientene etter søknad fra legespesialist”

(www.behandlingshjelpemidler.no).

Behandlingshjelpemidler som ordning omfatter medisinsk teknisk utstyr, flytende oksygen og transport av dette, tilhørende forbruksmateriell inklusiv apotekvarer samt medisinske

og tekniske tjenester inklusiv transport. Man antar at ca 80 % av behandlingshjelpemidler som er på midlertidig og varig utlån er til pasienter med lungemedisinske problemstillinger (respirator, slimmobiliserende apparater, inhalasjonsapparater, oksygenterapi, sug – tilføyelse av forfatter). En annen stor pasientgruppe er de som bruker behandlingshjelpemidler for inntak av medisiner eller ernæring (inhalasjon, infusjoner intravenøst, subkutant og/eller enteralt – tilføyelse av forfatter).

Det har vært lite fokus på hygiene og smittevern innenfor ordningene med hjelpemidler og behandlingshjelpemidler, og innen det offentlige helse- og sosialvesen er det ikke vurdert behov eller praksis for smittevern i prosessen med tildeling av behandlingshjelpemidler til hjemmeboende pasienter. Helseforetakene har ansvaret for den behandlingen som gis, inklusive bruk av medisinsk teknisk utstyr. Behandling med medisinsk teknisk utstyr i hjemmet er omfattet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Medisinsk teknisk utstyr skal konstrueres og fremstilles på en slik måte at bruken av det ikke forverrer pasientens kliniske tilstand eller setter hans sikkerhet, eller brukernes eller evt andre personers sikkerhet og helse i fare.

Det er publisert studier som viser kontaminering av respirasjonsutstyr med luftveispatogeter og manglende rutiner for kontroll, rengjøring og smittevern ved hjemmebehandling med medisinsk teknisk utstyr ved ulike diagnosegrupper (Hutchinson 1996, Blau 1996, Gonzales Moro 2004, Montforte 2005, Toussaint 2006, Cohen 2006). Kontaminering og kryssmitte av medisinsk teknisk utstyr er også beskrevet ved behandling i sykehus (Cobben 1996, Govan 2000, Fluge 2001, Griffith 2004).

Dette danner noe av bakgrunnen for utarbeidelsen av kunnskapsbaserte retningslinjer fra USA for infeksjonskontroll ved cystisk fibrose for å forebygge kryssmitte mellom pasienter (Saiman et al, 2003).

Fra brukerne (pasienter, pårørende, helsepersonell) er det kommet frem erfaringer med tildeling av medisinsk teknisk utstyr som er synlig skittent, mangelfull informasjon og opplæring i bruk, rengjøring og vedlikehold av behandlingshjelpemiddel med tilhørende forbruksmateriell (BHM rapport 2008).

”Respirasjonsutstyr og tilhørende forbruksmateriell for hjemmeboende pasienter kan utgjøre et reservoar for overføring av infeksjoner. Selv om luftveisinfeksjoner ikke er så vanlig som andre infeksjoner som utvikler seg i hjemmesykepleie og hospice pasienter, vil det å forebygge luftveisinfeksjoner for pasienter med behandling i hjemmet kreve at evidensbasert praksis konsekvent implementeres både av helsepersonell, men også av pasient og pårørende” (McGoldrick, 2010).

I høringsnotat 14.10.2010 fra Behandlingshjelpemidler – OUS Ullevål uttaler man: ”For både tekniske hjelpemidler (Hjelpemiddel-sentralene) og behandlingshjelpemidler (regionale helseforetak ved helseforetakene) gjelder at man må sikre forsvarlig resirkulering, både teknisk (skal fungere i henhold til spesifikasjoner) og hygienisk (ingen smitteoverføring fra tidligere bruksforhold). Smitteproblematikk er økende, eksempelvis MRSA. Ved mangelfull rengjøring og desinfeksjon av tekniske hjelpemidler eller behandlingshjelpemidler, kan smitte spres til neste bruker eller til personell eller pårørende.” (vedlegg 6).

Dette er en deskriptiv litteraturstudie basert på vitenskapelige og offentlige publikasjoner for å belyse om det

foreligger en risiko for kryssmitte ved gjenbruk og resirkulering av behandlingshjelpemidler hos hjemmeboende pasienter.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med prosjektet er å belyse praksis med risiko for kontaminering av brukt utstyr og rutiner for smittevern ved tildeling av gjenbrukte og resirkulerte behandlingshjelpemidler i Norge:

Foreligger det en risiko for kryssmitte ved gjenbruk og resirkulering av medisinsk teknisk utstyr til hjemmeboende pasienter?

Metode

Anvendt metode for prosjektet er et begrenset litteratursøk i vitenskapelige og offentlige publikasjoner. Prosjektet er gjennomført i mai – desember 2010.

Søkeord: Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr, gjenbruk, resirkulering, hygiene, smittevern, infeksjonskontroll.

Keywords: Home care, medical devices, technical equipment, medical equipment, respiratory devices, reuse, recycling, hygiene, infection control, respiratory diseases, contamination, disinfection.

Databaser: PubMed, Google (offentlige dokumenter og hjemmesider i Norge).

Inklusjonskriterier: Publikasjoner som beskriver bruk av medisinsk teknisk utstyr for hjemmeboende pasienter, og med ulike diagnoser for respirasjons- og lungesykdommer. Fokus er kontaminering av ulike respirasjonsutstyr, hygienemetoder og/eller risiko for kryssmitte. Språk engelsk eller skandinavisk.

Eksklusjonskriterier: Publikasjoner som beskriver bruk av medisinsk teknisk utstyr i sykehus eller helseinstitusjoner. Andre språk enn norsk eller engelsk.

Resultat

1. Risiko for kontaminering av behandlingshjelpemidler hos hjemmeboende pasienter

Cystisk fibrose

Hutchinson et al (1996) beskriver i en studie forekomst med dekontaminering av forstøverbeger brukt ved

hjemmebehandling hos pasienter med cystisk fibrose. Potensiell kilde for Burkholderia cepacia og andre colistin-resistente gram negative bakterier. Majoriteten av pasientene inhalerte også antibiotika. Pasienter som fulgte anbefaling for rengjøring av inhalasjonsutstyr inkludert tørking hadde minimal eller ingen kontaminering av sine forstøvere.

Blau et al (2006) konkludere i sin studie at forstøverutstyr ved hjemmebehandling av cystisk fibrose kontamineres hyppig, særlig når instruksjon for rengjøring er inadekvate. Kan være kilde for luftveisinfeksjon eller reinfisering spesielt som følge av kontaminering fra pasient med kronisk infeksjon med Pseudomonas aeruginosa.

Langtids oksygenterapi (LTOT)

González-Moro et al (2004) viser i sin studie at non-invasiv mekanisk ventilasjon i hjemmet er potensielle kilder for nasal kolonisering, oftest med Staphylococcus aureus. Bruk av fukter var assosiert med øket risiko for infeksjon. Kontaminering og kolonisering korrelerte med etterlevelse av rengjøring og vedlikehold av ventilatoren.

Lungetransplanterte pasienter

Montforte et al (2005) beskriver en studie med kartlegging av insidens for kontaminering i forstøverutstyr til bruk hos lungetransplanterte pasienter, og sammenhengen med bakterielle isolater i dyrkning av ekspektorat. Pasienter som ikke fulgte anbefaling for rengjøring og desinfisering av forstøverutstyr presenterte en øket isolering av patogener i ekspektorat – hovedsakelig Pseudomonas aeruginosa.

Ventilator/respirator

Toussaint et al (2006) beskriver i sin studie at slanger til hjemmeventilatorer er skitne, men ikke dekontaminert av potensielle patogener. Pasienten hadde ventilering via nasal maske, munnstykke eller tracheostomi. Studien viser behov for opplæring i basale hygienetiltak kombinert med praktisk gjennomgang. Signifikant positiv korrelasjon mellom synlig renslig og bakteriologisk kontaminering.

Astma

Cohen et al (2006) viser i studien om mikrobiologisk kolonisering av forstøverutstyr hos barn med astma at utstyr brukt i hjemmet er hyppig kolonisert med mikroorganismer som Pseudomonas aeruginosa og Staphylococcus aureus. Utstyr var også brukt av andre familiemedlemmer. Ingen hadde skiftet forstøverbeger. Mangel på informasjon og opplæring for rengjøring identifisert. Kan bakteriell dekontaminering påvirke klinisk utfall av sykdom hos barn?

Respirasjonssykdommer

McGoldrick (2010) viser i sin publisering at respirasjonsutstyr og tilhørende forbruksmateriell for hjemmeboende pasienter kan utgjøre et reservoar for overføring av infeksjoner. I akuttmedisin kan kontaminert utstyr medvirke til omfattende morbiditet og mortalitet. Opplæring av pasient og pårørende er en viktig forebyggende strategi. Kunnskapsbaserte retningslinjer for bruk av respirasjonsutstyr og rutiner for smittevern ved gjenbruk og resirkulering beskrives. Risiko for kontaminering og kryssmitte i sykehus er dokumentert – viktig bakgrunnsfakta.

Det er mange studier som bekrefter kryssmitte i sykehus, og dette er oppfattet som sykehusassosiert infeksjoner hvor risiko for kontaminering av respirasjonsutstyr og mangelfull etterlevelse av hygiene er kjente årsaksfaktorer. De fleste publikasjonene omtaler medisinsk teknisk utstyr som brukes i undersøkelser, intensiv og kurativ behandling i sykehus. En del publikasjoner omtaler også pasienter med livslange diagnoser og hjemmebehandling med medisinsk teknisk utstyr, som blant annet:

- Cobben et al beskriver i en studie fra 1996 et utbrudd i sykehus av alvorlig luftveisinfeksjon med Pseudomonas aeruginosa forenlig med kontaminering av forstøverutstyr, og dette ble diagnostisert hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. Ved bytte av munnstykke hver 24 time og sterilisering av forstøverutstyr mellom pasientene forsvant forekomsten av kontaminering og utbruddet opphørte.
- Govan (2000) sier i sin artikkel om infeksjonskontroll ved cystisk fibro-

se at forebygging av kryssmitte ervervet via pasient-til-pasient kontakt eller ervervet fra forurenset utstyr eller sykehuspersonell krever oppmerksomhet overfor mulige smitteveier for spredning og bakteriell overlevelse på forurenset overflate. Referer til flere studier som bekrefter kryssmitte.

- Fluge et al (2001) konkluderer i sin studie med at typing av *Pseudomonas aeruginosa* hos norske pasienter med cystisk fibrose viser sannsynlighet for kryssmitte mellom pasientene i sykehus, på sommerleir og blant søsken med CF. Fagrådet i Norsk forening for cystisk fibrose utformet nye anbefalinger for hygiene til bruk i sykehus og andre sosiale møter for personer med CF. Kryssmitte er i ettertid ikke avdekket.
- Griffiths et al (2004) viser til et Barnesykehus med bekreftet kryssmitte mellom fem pasienter < 5 år, og hvor alle døde av alvorlig cystisk fibrose lungesykdom. Kryssmitte ble også bekreftet mellom andre pasienter med cystisk fibrose.

I USA medførte dette til publisering av kunnskapsbasert anbefaling for infeksjonskontroll i samarbeid med Center for Disease Control and Prevention (CDC) og Cystic Fibrosis Foundation:

- Saiman et al (2003) publiserte en anbefaling for infeksjonskontroll for pasienter med cystisk fibrose: Mikrobiologi, viktige patogener og praksis av infeksjonskontroll for å forebygge kryssmitte mellom pasienter. Dette konsensusdokumentet presenterer bakgrunnsdata og kunnskapsbaserte anbefalinger for praksis med intensjoner om å redusere risiko for kryssmitte av luftveispatogener mellom pasienter med CF fra forurenset respirasjonsterapiutstyr eller forurensninger i omgivelser.

Her er beskrevet et uønsket omfang av kontaminering av medisinsk teknisk utstyr og kryssmitte mellom pasienter, og med konsekvenser som er alvorlige og fatale for pasienter i sykehus. Hvilken risiko har da hjemmeboende pasienter med daglig omfattende respirasjonsbehandling og bruk av behandlingshjelpemidler

om ikke behov for nødvendig smittevern ivaretas?

2. Hva er praksis for smittevern ved resirkulering av behandlingshjelpemidler?

Informasjon om ordningen med Behandlingshjelpemidler finnes på www.behandlingshjelpemidler.no, og her omtales blant annet følgende utstyr som kan resirkuleres:

- Respirasjonsutstyr: Respirator/ventilator, CPAP/BiPAP, fukter, inhalasjonsapparat, oksygenkonsentrator (stasjonær og bærbar), oksygentank (flytende), gassflasker, sugearrapparat, slimmobiliserende apparat (Cough Assist), tracheostomi, lommespriometer/PEF måler

- Pumper: Ernæringspumper, insulinpumper, infusjonspumper.
- Søknas sendes fra legespesialist – kortfattet med diagnose og begrunnelse for tiltak samt spesifikt på hvilket utstyr som det søkes for. Det etterspørres ikke om legemiddelbruk, risiko, spesielle behov eller spesifikke krav til infeksjonskontroll av utstyret. Søknadsskjemaet inneholder ikke informasjon om resirkulering av utstyr eller hygienisk håndtering av utstyret

(www.behandlingshjelpemidler.no). Saksbehandlingen gjennomføres som et samarbeid mellom ingeniører og helsepersonell, og er pålagt å følge helseforetakets anbudsrutiner ved vedtak av søknad. Dette kan medføre tildeling av annet utstyr enn det søkes om, og denne informasjon går ikke automatisk tilbake til pasientansvarlig legespesialist som har sendt søknaden. I enkelte tilfeller kan man gå utenfor anbudene som ved cystisk fibrose som ikke kan tildeles resirkulert behandlingshjelpemiddel pga risiko for kryssmitte.

Det er varierende praksis for renhold og smittevern ved gjenbruk og resirkulering av medisinsk teknisk utstyr ved de ulike enhetene for Behandlingshjelpemidler. Kun enkelte enheter har funksjon med kompetent personell og spesialrom for renhold, desinfeksjon og desinfeksjonsgassing i tilknytning til verkstedfunksjon. Dette gjelder prosessen med håndtering fra urent til rent utstyr inkludert pakking og klargjøring for ny bruker.

Synlige funn ved innlevering av behandlingshjelpemidler - se vedlegg 5 (foto):

- Utvending (overflate og filter) – flekker, skittent, støvbelegg, rester og lukt av legemidler, klebrig belegg ("film").
- Innvendig (overflater, slanger og deler) – skittent, støvbelegg, rester av legemidler (blant annet lukt av antibiotika), rester av biologisk materiale, klebrig belegg ("film") på slanger og tekniske deler.

3. Behov for kvalitetssikring av smittevern ved resirkulering av behandlingshjelpemidler

Individrettet

Folkehelseinstituttet viser i sine rutiner for basalt smittevern til anbefalt håndtering av pasientnært utstyr som for eksempel respirasjonsutstyr (www.fhi.no):

- brukt utstyr som er forurenset med kroppsvæsker eller som på annen måte kan være forurenset med smittestoffer, håndteres slik at det ikke kommer i kontakt med hud eller slimhinner, tøy eller annet utstyr.
- alt utstyr som skal brukes om igjen, må være omhyggelig rengjort og desinfisert eller sterilisert, før det brukes til andre pasienter.
- engangsutstyr skal ikke brukes om igjen, og kastes etter gjeldende rutiner.

Hva er risikofaktorene ved dagens praksis med gjenbruk og resirkulering:

- Smitteveier - direkte – indirekte, kontakt – luft, via gjenbruk av urene behandlingshjelpemidler, ved rester av biologisk materiale i ulike respirasjonsutstyr
- Pasient og pårørende: Lunge- og respirasjonssykdom, kronisk sykdom, organtransplanterte, multifunksjonshemmede, eldre, mangelfull eller ingen opplæring i renhold og desinfisering av respirasjonsutstyr, mangelfull eller ingen etterlevelse av rengjøring og vedlikehold av eget utstyr, dårlig etterlevelse av hånd- og hostehygiene.

Systemrettet

Folkehelseinstituttet sier i sine basale smittevernrutiner for helsetjenesten

at ”de gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Dette er en beskyttelse for helsepersonell mot smitte, og forebygge smitte til og mellom pasienter. De er basert på prinsippet om at alle kroppsvæsker inklusive blod, sekreter

og ekskretter (unntatt svette), ikke intakt hud og slimhinner kan inneholde smittestoffer. Gjennomføring av basale rutiner vil redusere risiko for smitte fra både kjente og ukjente smittetilførsler, og er en forutsetning for et effektivt smittevern i helsetjenesten” (www.fhi.no).

Vedlegg 3

Offentlige dokumenter vedrørende behandlingshjelpemidler

Dokument	Nøkkelord i dokumentet knyttet til behandlingshjelpemidler	Ikke funnet i teksten
Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste, NOU 2005:3	Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr	Gjenbruk, resirkulering, hygiene, smittevern, infeksjonskontroll
Behandlingshjelpemidler - rapport fra arbeidsgruppe 2008, Helsedirektoratet	Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr, gjenbruk.	Resirkulering, hygiene, smittevern, infeksjonskontroll
Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering - et helhetlig hjelpemiddeltilbud, NOU 2010:5	Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr, resirkulering.	Gjenbruk, hygiene, smittevern, infeksjonskontroll
www.behandlingshjelpemidler.no	Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr, hygiene, resirkulering	Gjenbruk, smittevern, infeksjonskontroll
Seknadskjema for behandlingshjelpemidler	Behandlingshjelpemidler, medisinsk teknisk utstyr	Gjenbruk, resirkulering, hygiene, smittevern
Høringsnotat fra Behandlingshjelpemidler i Oslo Universitetssykehus 14.10.2010	Behandlingshjelpemidler, hygiene, gjenbruk, resirkulering, smittevern	Medisinsk teknisk utstyr, infeksjonskontroll

Vedlegg 4

Begreper

Gjenbruk	Ombruk. Nytt bruk av samme individ.
Resirkulering	Gjenvinning. Nytt bruk fra et individ til et annet individ.
Kontaminere	Blende sammen, smitte, forurense
Smittevern	Alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og spres i en befolkning.
Smitte	Infeksjon, kontaminasjon. Inntregning av et smittestoff dvs en bakterie, virus, sopp eller parasitt i et nytt individ eller i en ny lokalisasjon hos et individ som fra før er bærer av smittestoffet.
Kryssmitte	Smittestoff som overføres fra et individ til et annet individ, og kan genetisk kodes som identisk dvs fra samme smittetilførsel.
Rengjøring	Vasket i såpevann og synlig rent.
Desinfisering	Bruk av desinfiserende væsker for effekt med bakteriedrap. Rengjøring først.
Sterilisering	Totalt bakteriedrap med metoder som koking, autoklavering, gass og bestråling. Rengjøring først.
Desinfeksjonsgassing	Robot som sprer ut tynn tåke av hydrogenperoksyd i et lukket rom. Mikrobenene trekker til seg tåken, kapsles inn og drepes. Effekt dokumentert overfor bakterier, virus og muggsopp - med unntak av mykobakterier.

European Respiratory Society Nebulizer Guidelines (2001) har som mål å forbedre klinisk praksis med bruk av inhalasjonsterapi innen Europa. Det viktigste er hensynet til effektivitet og sikkerhet. Det er gjort hygieniske vurderinger ved bruk av inhalasjonsutstyr, og det fremheves at det viktig at forstøverbeger/kammer, slanger og maske ikke må resirkuleres til multiple pasienter med unntak av hvis sterilisering av utstyret er utført. Alt annet bruk er til individuelle pasienter med grundig rengjøring og desinfisering av hele inhalasjonssystemet regelmessig. Inhalasjonsterapi brukes ved ulike lungesykdommer, og det er etter hvert mange legemidler for inhalasjon som er i daglig bruk hos pasientene: Bronchodilaterende, mycolytica (slimløsende), mucosaktiv og antibiotika.

Diskusjon

Individrettet

I de offentlige dokumenter som beskriver mål og funksjon med ordningen av Behandlingshjelpemidler er det ingen omtale av hygiene eller smittevern ved individuelt eller systemisk bruk av behandlingshjelpemidler – til tross for at dette er utstyr til gjenbruk og resirkulasjon i den daglige medisinske behandling av de hjemmeboende pasientene selv. Gjelder ikke de norske helselover, smittevernlov og lov om medisinsk teknisk utstyr for denne ordningen? Fagmiljøer og pasientorganisasjoner har kontaktet de ulike enheter for Behandlingshjelpemidler og fremmet behov for endring av praksis. En pasientgruppe har fått aksept for tilpassning til sine spesielle behov: ”Cystisk fibrose pasienter – skal ha nye, ikke resirkulerte apparater” i følge Nasjonal veileder for behandlingshjelpemidler i spesialisthelsetjenesten - del 2, rev. september 2010 (www.behandlingshjelpemidler.no). Praksis for hygiene og tildeling av utstyr til resirkulering har vært varierende ved de ulike enheter for behandlingshjelpemidler i helseforetakene, og dette har skapt stor frustrasjon blant pasienter og fagpersonell.

Systemrettet

En svakhet ved ordningen er mangel-

full informasjon om at behandlingshjelpemidler resirkuleres og gjenbrukes, og at de fleste pasienter får utstyr som tidligere har vært brukt av andre. Dette fremkommer heller ikke i et strategisk dokument som søknadskjemaet i prosessen med saksbehandling. Begrunnelsen for resirkulering av utstyret er noe uklart, men synes knyttet til økonomi og tidligere praksis når behandlingshjelpemidler var en del av hjelpemiddelordningen innen folketrygden.

I dagens praksis med behandlingshjelpemidler er det ingen særskilt eller formalisert vurdering av risiko for kryssmitte til pasient ved bruk av resirkulert og gjenbrukt utstyr for varig eller midlertidig behandling, til tross for at mye av dette utstyret er klassifisert som pasientnært utstyr med særskilte krav til hygiene. Den

informasjon som registreres og følger utstyret mangler data om hygienisk anbefaling og opplæring samt praksis og legemiddelbruk knyttet til bruk av utstyret under perioder med utlån.

Forbedringer

Erfaring innen fagmiljøet ved behandlingshjelpemidler med mangelfulle rutiner for gjenbruk og resirkulering av medisinsk teknisk utstyr, og et tilhørende mangelfullt regelverk for smittevern har påvirket til vurdering av rutiner med smittevern. Det har resultert i endring av praksis ved enkelte enheter, og utforming av Veileder for behandlingshjelpemidler innen spesialisthelsetjenesten. Man tok også initiativ overfor Helsedirektoratet, og dette resulterte i "Behandlingshjelpemidler – rapport fra arbeidsgruppe" juli 2008.

Konklusjon

Funn med kontaminering av medisinsk teknisk utstyr for hjemmeboende pasienter er beskrevet. Det er beskrevet kontaminering av medisinsk teknisk utstyr og kryssmitte mellom pasienter i sykehus, og med alvorlige og fatale utfall for pasienter. Dette har betydning for ordningen med behandlingshjelpemidler i Norge som ikke har formalisert krav til rutiner for smittevern ved gjenbruk og resirkulering av medisinsk teknisk utstyr.

For å redusere risiko for kryssmitte mellom pasienter bør man innen ordningen med behandlingshjelpemidler vurdere implementering av metoder for kvalitetssikker praksis og kontroll av etterlevelse ved at: Rutiner for smittevern ved gjenbruk og resirkulering av medisinsk teknisk utstyr formaliseres, verktøy for god logistikk av brukt utstyr implementeres, søknadskjema for utfyllende informasjon i forhold til diagnose, legemiddelbruk og smittevern utbedres, tildeling for- enlig med tilsøkt behandlingshjelpemiddel sikres og opplæring for pasient og pårørende sikres.

Takksigelse

Takk til ansatte ved Behandlingshjelpemidler i Oslo Universitetssykehus som har vært behjelpelig med kompetanse og informasjonsmateriale, og som kunnskapsrike og innovative kollegaer ved mitt engasjement i 2006. Takk til leder og kollegaer ved Norsk senter for cystisk fibrose for støtte underveis i diplomstudiet. Takk til Norsk forening for cystisk fibrose med pasienter, pårørende, fagråd og fagpersonell for sjenerøs deling av erfaring og kunnskap gjennom mange års samarbeid.

Referanser

- Blau H., Mussaffi H., Zahav MM., Prais D., Livne M., Czitrion BM., Cohen HA. Microbial contamination of nebulizers in the home treatment of cystic fibrosis. Child care, health and development (2006) 33, 4, 401-495.
- Boe J., Dennis JH., O'Driscoll BR., Bauer TT., Carone M., Dautzenberg B., Diot P., Heslop K., Lannefors
- L. European Respiratory Society Guidelines for the use of nebulizers. Eur Respir J 2001, 18:228-242.
- Cobben NAM, Drent M, Jonkers M, Wouters

Vedlegg 5

Bilder fra BHM-Ullevål: Innlevert utstyr fra brukere

		
Sekret inne i slangesystemet ("kasteassistentmaskin")	Innvendig turbin i CPAP (luftgjennomstrømning til pasient)	Utvendig filter på inhalasjonskompressor
		
Smuss, klebrig belegg, m.m. - innvendig i inhalasjonskompressor	Stav, klebrig belegg, m.m. - innvendig i inhalasjonskompressor	Smuss m.m. - Innvendig vifte og slanger på inhalasjonskompressor
		
Smuss inne i bunndeksel på transportabelt sug	Utvendig smuss og sekret på transportabelt sug	Luftinntak på transportabel oksygenkonsentrator

- EFM, Vanechoutte M, Stobberingh EE. Outbreak of severe *Pseudomonas aeruginosa* respiratory infections due to contaminated nebulizers. *Journal of Hospital Infection* (1996) 33, 63-70.
- Cohen H., Kahan E., Cohen Z., Sarrell M., Beni S., Grosman Z., Askenazi S. Microbial colonization of nebulizers used by asthmatic children. *Pediatrics International* (2006) 48, 454-458.
- Fluge G, Ojieniyi B, Høiby N, Digranes A, Ciofu O, Hunstad E, Haanæs, OC, Storrøsten OT. Typing of *Pseudomonas aeruginosa* strains in Norwegian Cystic Fibrosis patients. *Clin Microbiol Infect.* 2001;7:238-243
- Govan JWR. Infection control in cystic fibrosis: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* and the *Burkholderia cepacia* complex. *Journal of the Royal Society of Medicine Supplement* No 38, Volume 93, 2000.
- Griffiths AL, Armstrong D, Carzino R, Robinson P. Cystic Fibrosis patients and families support crossinfection measures. *Eur Respir J* 2004; 24: 449-452
- Hutchinson GR., Parker S., Pryor JA., Duncan-Skingle F., Hoffman PN., Hodson ME., Kaufman ME., Pitt TL. Home-Use Nebulizers: a Potential Primary Source of *Burkholderia cepacia* and other Colistin-Resistant, Gram-Negative Bacteria in Patients with Cystic Fibrosis. *Journal of Clinical Microbiology*, Mar 1996, p. 584-587.
- McGoldrick M. Preventing Infections in Patients Using Respiratory Therapy Equipment in the Home. *Home Healthcare Nurse* vol. 28, no. 4, April 2010.
- Montforte V, Roman A, Gavaldà J, Bravo C, Rodriguez V, Ferrer A, Pahissa A, Morell F. Contamination of the Nebulization Systems Used in the Prophylaxis With Amphotericin B Nebulized in Lung Transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 4056-4058 (2005).
- Rodriguez Gonzales-Moro JM, Andrade Vivero G, de Miguel Diez J, Lopez Martin S, Sanches C, Izquierdo Alonso JL, de Lucas Ramos P. Bacterial Colonization and Home Mechanical Ventilation: Prevalence and Risk Factors. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(9):392-6.
- Toussaint M, Steens M, Van Zeebroeck A, Soudon P. Is disinfection of mechanical tubing needed at home? *Int. J. Hyg. Environ.-Health* 209 (2006) 183-190.
- Saiman L, Siegel J. The Cystic Fibrosis Foundation Consensus Conference on Infection Control Participants. *Infection control recommendations for patients with cystic fibrosis: Microbiology, important pathogens, and infection control practices to prevent patient-to-patient transmission.* *American Journal of Infection Control*, May 2003 (Vol. 31, Issue 3, Pages S6-S62) HelseDirektoratet: Behandlingshjelpemidler. Rapport fra en arbeidsgruppe. 2008. NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud. www.behandlingshjelpemidler.no – portalen for behandlingshjelpemidler www.fhi.no – basale smittevernrutiner i helsetjenesten, 2009. http://www.regjeringen.no/pages/13354513/Oslo_Universitetssykehus_behandlingshjelpemidler.pdf - innspill fra avdeling for behandlingshjelpemidler i Oslo Universitetssykehus HF 14.10.2010. www.lovdatab.no - LOV 1995-01-12 nr 06: Lov om medisinsk utstyr. www.lovdatab.no - FOR-2005-12-15-1690: Forskrift om medisinsk utstyr. www.lovdatab.no - FOR 1999-08-20 nr 955: Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr.

VIDEREUTDANNING GJENNOM 'EDUCATION FOR HEALTH'

Education for Health, tidligere National Respiratory Training Centre (NRTC), er en engelsk utdanningsstiftelse med hovedsete i Warwick, England.

Utdannelsen er 6 til 8 måneders selvstudie med 1-2 studiedager i Oslo samt en eksamenshelg.

I Norge er det i dag ca. 200 sykepleiere som har tatt videreutdanning gjennom Education for Health. Vi har lagt opp til følgende studieretninger: Astma, Kronisk obstruktiv lungesyke (kols) og Allergi.

Vi har fått tilbakemelding på at utdannelsen er bra og svært nyttig i forhold til jobben. Erfaringer fra tidligere studenter har vist at det også kan være en fordel å være to eller flere sammen slik at man kan danne en kollokviegruppe.

Vi skrev om utdanningen i første utgave av Fagbladet. Gå inn her for å få mer utfyllende informasjon: https://www.sykepleierforbundet.no/i/kbViewer/Content/655042/Fagblad-NSFFLU_1-2011.pdf

Flere har etterlyst kols-utdanningen og vi håper å komme i gang med et nytt kurs. Det er plass til 20 studenter totalt og kursavgiften er på 13 000 kr. Vi starter opp så fort vi har minst 15 påmeldte. For mer informasjon og påmelding gå inn på våre nye webside: www.nrtc.no

*Elise Austegard & Siren Nicolaisen,
NRTC instruktører*

**HUSK Å
SØKE OM
STØTTE TIL
KURS INNEN
1. FEBRUAR**

**Gå inn på vår
hjemmeside:
www.sykepleierforbundet.no**

NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE



ERS I AMSTERDAM

24.– 28. SEPTEMBER 2011

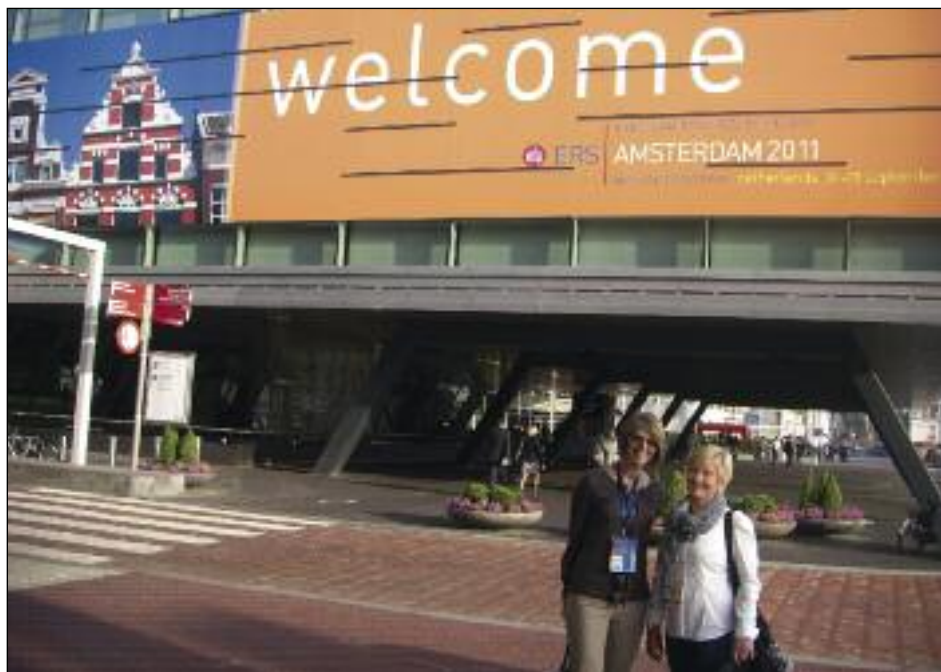
I år som i fjor var hadde vi gleden av å delta på ERS (European Respiratory Society). Vi hadde i lang tid sett frem til avreise. Av erfaring viste vi nå at for å få best mulig utbytte av en så stor kongress, må man være godt forberedt. I god tid begynte vi å utforske programmet. Kongressprogrammet er stort, og det er mange parallellsesjoner hver dag. Det gjelder å velge ut det som er aktuelt i arbeidet vårt her på medisinsk poliklinikk. Emner innen de fleste områder av lungefaget blir presentert. I vår hverdag på poliklinikken møter vi flest KOLS- og astmapasienter, derfor ønsket vi å fokusere spesielt på presentasjoner og abstracts rettet mot disse to pasientgruppene.

Vi ankom lørdag 24. september til en by som viste seg fra en mer sommerlig side enn Oslo på denne tiden av året. Det var deilig å kaste jakka!

Så bar det i vei til åpningen av kongressen lørdag kveld. I år som i fjor ”the world’s largest respiratory event” med ca 20 000 deltagere. Å delta på en slik kongress kan føles som å oppholde seg på Gardermoen flere dager i strekk – det skjer noe rundt deg hele tiden.

Søndag ble en travel og interessant dag. Vi startet med å delta på en sesjon om The COPD patient experience: care and management. Dette var en svært relevant og lærerik sesjon.

Her hørte vi blant annet T. Robinson legge frem fra studien om ”Living with severe COPD : The male carer’s story” (Harrogate, UK). Det handlet blant annet om hvor viktig det er å ta menn aktivt med i planlegging av omsorg når partneren er kronisk syk.



Kari Ljøkjell Johansen og Martha Pauline Lein ønsker velkommen.

Vår kollega Magne Hustavenes presenterte sin poster ”A phenomenological study of pain in patients suffering from COPD”. Det er spesielt moro når kolleger presenterer sitt arbeid i et slikt fora. Vi brukte et par timer på å følge poster fremlegg. Flott å se hva sykepleiere fra ulike land er opptatt av, og at vi kan kjenne igjen mye fra vår egen praksis. På denne måten knytter vi nye kontakter og utveksler erfaringer. Vår erfaring er at det er viktig å sette av tid til postere, her er det mye nyttig og nytt å lære. Vi fulgte videre sessions om røykestopp, og palliativ omsorg for KOLS pasienter.

Vi avsluttet søndagen på kongressen med å delta i et møte med ERS sykepleiergruppen. Her ble det gitt en del informasjon, og det ble diskutert hvordan en slik gruppe kan fungere på best mulig måte i fremtiden. Etter en så lang dag, var det svært hyggelig

å møte andre kollegaer fra Lovisenberg til middag.

De andre dagene var også innholdsrike med mange spennende symposium, og vi brukte også en del tid i utstillingshallen. I forhold til tidligere har vi nå mye mindre kontakt med legemiddelindustrien og utstyrsleverandører. Det var derfor nyttig å bruke tid her. Hyggelig å slå av en prat med gamle kjente.

Det mest spennende tirsdag var et symposium kalt ”From chronic lung diseases in childhood to COPD”. Spesielt interessant var det å høre A. Hislop snakke om lungenes utvikling i fosterstadiet og hvordan prematur fødsel påvirker utviklingen videre i livet. Spørsmål om Chronic lung disease (CLD) er den nye KOLS.

Videre var det interessant å høre på session 381: ”Highlights in lung func-



Magne Hustavenes, Martha Pauline Lein, Marit Leine og Kari Ljøkjell Johansen på ERS i Amsterdam.

tion 2011”, hvor en av presentasjonene var: ”How many forced spirometry efforts are useful in moderate to severe COPD patients?” ERS guideli-

nes sier 8 forsøk, men ellers foreligger det lite litteratur på dette området. Dr. Reinstaedtler la frem at etter 5 gjentakende spirometrieforsøk er det

er lite sannsynlig at resultatet av FEV1 og PEF forbedres, forutsatt at pasienten gjennomfører spirometri teknisk riktig. PEF-verdien er stort sett alltid høyest ved 1. forsøk. Det var imidlertid noe usikkerhet rundt hvor lange pauser det hadde vært mellom hvert forsøk, men det var i underkant av 1 minutt.

Vi hadde noen flotte dager i Amsterdam. Nå er vi vel hjemme fulle av inntrykk og opplevelser som vi vil dele med våre pasienter og kollegaer. Vi kan anbefale ERS sine hjemmesider, der ligger det mye nyttig informasjon og abstracts for de som har lyst til å lese mer: www.ersnet.org

Kari Ljøkjell Johansen, Elise Austegard, Marit Leine og Martha P. Lein, Medisinsk poliklinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus - Oslo

ERS AMSTERDAM 2011

Ved årets ERS, i Amsterdam, var vi fulltallig i fra styret. De to foregående årene har det vært noe amputert deltakelse fra styret, av forskjellige årsaker.

Vi ankom Amsterdam i nydelig høstvær, og det var god stemning der alle gledet seg til de neste dagers begivenheter.

I år som tidligere har vi gått på forskjellige forelesninger, ut fra hva vi jiber med til daglig.

Det er utrolig mange fantastiske forelesninger å velge mellom, mange går samtidig, slik at det ofte blir valgets kval. Hva skal man prioritere?

For min del blir det mye om søvn og søvnrelaterte pusteproblemer, men jeg fikk også med meg mange fine posters.

Norge var godt representert med posters, Glittre, Haukeland og

Lovisenberg hadde alle meget gode poster presentasjoner.

Det er en kjempeflott og stor utstilling, der det siste innen "alt" blir presentert, masker og maskiner som er interessant for meg. Men også utstyr innenfor diagnostikk og andre ting er det mye av. Veldig lærerikt, og ikke minst viktig å treffe leverandørene, og få førstehånds informasjon om det siste av det siste.

Mange gode forelesninger, jeg skal ikke si så mye om dem her. Dere finner alt på ers.net.org Anbefaler at dere tar en titt der.

Det eneste jeg vil nevne som veldig spesielt, var en tysk presentasjon om BiLevel CPAP behandling til alvorlig syke KOLS pasienter. En relativt stor studie på egne pasienter.

I Norge har vi tradisjon for relativt

lave trykk ved inspirasjon, 12-, til 18 cmH₂O, sjelden over dette ved hjemmebehandling. Vi praterte her om hjemmebehandling.

En stor tysk studie viste at de kom bedre i mål med til dels mye høyere trykk i inspiriet, helt opp mellom 35-, og 40 cmH₂O. Dette hørt veldig spesielt ut.

De viste til egne undringer, der de ikke trodde at pasientene ville klare å ligge så lenge med masken og dette høye trykket i inspiriet, men tvert i mot. Pasienter med lave, "norske trykk" lå mellom 4 og 6 timer med masken, da ville de ha den av. Men de med høye "tyske trykk" lå nesten 10 timer med masken, altså en mye bedre compliance. I tillegg hadde disse pasienten (de "tyske") bedre morgen blodgasser, og de holdt seg bedre utover dagen enn de med lavere trykk. Spennende synes jeg.

Dette er selvsagt ikke gjort over natten, og han sa at det krevde store ressurser de første døgnene, og at de brukte lang tid på å titrere seg opp til disse trykkene. Så spørsmålet blir jo da: skal vi starte med dette her på berget?

Ellers er det en fin sosial tur, vi i styret blir bedre kjent når vi blir, og bor så tette over så mange dager. Det er med på å skape et bedre samhold, og man får en bedre innsikt og forståelse av hva de forskjellige i styret har som arbeidsoppgaver.

Alt har en ende, også ERS, så selv om vi hadde fine og lærerike dager, er det bestandig godt å sette seg på flyet å dra hjem.

*Hilsen fra styret
ved Geir Kristian Gotliebsen*

INFORMASJON TIL MEDLEMMENE

På Norsk Sykepleierforbunds landsmøte 7.-11. november 2011 ble følgende vedtak fattet: Sak 18 Videre utvikling av faggruppens integrering i NSF I det fremlagte forslag til modell for faggruppens vedtekter vedtatt med følgende endringer – se linken under:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/770615/Landsm%F8tet%20VEDTAK%20Sak%2018.pdf>

Dette vil si at på årsmøtet vårt den 21.3.2012 under Fagmøtet i Trondheim er det allerede meldt inn en sak fra styret som er: Endringer av NSF FLU sine vedtekter.

Viser til vedtektene våre (se side 17-18):

§ 12. Endring av vedtekter

Endring av vedtekter kan kun finne sted med 2/3 flertall av de avgitte stemmer i årsmøtet. Forslag til endring av vedtekter skal være styret i hende senest 4 uker før årsmøtet holdes.

Informasjon om foreslåtte endringer av NSFs Faggruppe av Lungesykepleiere sine vedtekter vil bli lagt ut på nettsiden vår i forkant av Årsmøtet.

Det vil også være en representant fra Arbeidsutvalget i Sentralt Fagforum med på Årsmøtet vårt og presentere denne saken.

På vegne av styret, Gerd Gran, leder

NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE



INNKALLING TIL ÅRSMØTE I NSF's FAGGRUPPE AV LUNGESYKEPLEIERE

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

STED: Rica Nidelven Hotell i Trondheim

TID: Onsdag 21.3.2012, kl. 15.30 – 17.30.

Viser til § 6. Årsmøtet i vedtektene:

Årsmøtet er faggruppens høyeste myndighet. Årsmøtet holdes årlig innen utgangen av juni måned og innkalles av styret med minst 2 måneders varsel.

Årsmøtesaker må være styret i hende senest fire uker før årsmøtet.

Saksliste og evt. vedlegg legges ut på nett 2 uker før årsmøte.

Vedtak fattes med simpelt flertall, jamfør likevel § 11 og § 12.

Årsmøtet behandler følgende saker:

- Sakslisten
- Årsberetning
- Regnskap med revisjonsberetning
- Arbeidsprogram
- Innkomne saker
- Budsjett
- Valg

Saker til årsmøtet må være styret i hende senest tirsdag 21. februar 2012.

*På vegne av styret
Gerd Gran, leder NSF FLU*

Velkommen til NSF FLU

Fagmøte i Trondheim

21-23. mars 2012

Vi vil igjen ønske dere alle hjertelig velkommen til NSF FLU Fagmøte i Trondheim. Denne gangen vil vi invitere dere til Rica Nidelven Hotell, et av Trondheims mest moderne og velutstyrte konferansehote. Hotellet ligger 2 min. gange fra Solsiden kjøpesenter og utelivsarenaen der. Hotellet er kåret 6 ganger for Norges beste frokost - verdt å prøve! Flybuss og tog stopper i nærheten av hotellet. Les mer på www.Rica.no/Trondheim

Arbeidsgruppen i Trondheim er godt i gang med forberedelsene til Fagmøtet i mars 2012. Dere vil finne påmeldingsskjema og foreløpig program i bladet. Påmeldingsskjema også på nettsiden til NSF/ Lungesykepleiere. Hver enkelt bestiller hotellrom til seg selv. <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/lungesykepleiere>

Programmet vi har satt opp er faglig variert. Vi starter med jubilenten NSF, som er 100 år! Det skal markeres! Videre blir det en annerledes forelesning om bronkoskopi, og viktig tema om pårørende til KOLS pasienter. Vi vil oppfordre til deltakelse på Årsmøtet, før turen går til Rockheim, det nasjonale opplevelsessenteret for pop og rock. Her er det artige opplevelser, herlige musikkminner og høy teknologi! Vi avslutter kvelden med buffet i 6 etg. og byens vakreste fjordutsikt! Se egen nettside: www.Rockheim.no

Neste dag får vi høre nytt om KOLS-heim prosjektet, og nye info.muligheter på pasientterminaler. Videre blir det om Lungekreft og langtids mekanisk ventilasjon. En pasient med respirator vil fortelle om sitt liv, det blir nye tanker rundt rehabilitering av KOLS pasienter og tema kommunikasjon/samarbeid. Festmiddagen blir på Rica Nidelven Hotell med sosiale innslag. Vi håper på en trivelig aften!

Siste dag får vi høre om barn og pårørende, og om håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleierne, og krefrelaterte smerter. Tilslutt: få en super dag på 9 sek.....!

Sett av datoen allerede nå! Søk permisjon og kursstøtte i god tid! Vi i arbeidsgruppen håper at Fagmøtet skal gi inspirasjon og glede til videre arbeid innen lungefaget!

Hjertelig velkommen!
Hilsen Arbeidsgruppen

Brit Grav, leder for
arbeidsgruppen i Trondheim.
e-post: brit.grav@stolav.no

Foto: Jørn Adde (c) Trondheim kommune
© Trondheim kommune.



PROGRAM NSF FLU FAGMØTE I TRONDHEIM 2012

Onsdag 21. mars:

- Kl. 10.00 – 11.30 Innsjekk og registrering
- Kl. 11.30 – 12.30 Lunsj
- Kl. 12.30 – 12.50 Velkommen – presentasjon av arbeidsgrupper, åpning ved leder av gruppa, evt. kulturelt innslag.
- Kl. 12.50 – 13.00 Markering NSF 100 år!
- Kl. 13.00 – 13.45 Bronkoskopi og pasienthistorier, ved overlege Tore Amundsen og operasjons-sykepleier Randi Sailer.
- Kl. 13.45 – 14.15 Besøk i utstillingen, kaffe og frukt.
- Kl. 14.15 – 15.00 Pårørende til KOLS-pasienter, ved sykepleier og professor Bente Nordtug, HINT
- Kl. 15.00 – 15.30 Besøk i utstillingen. Pause-buffet.
- Kl. 15.30 – 17.30 Årsmøte i NSF FLU
- Kl. 18.30 Felles avmarsj fra Rica Hotell til Rockheim
- Kl. 18.45 – 20.00 Besøk på Rockheim – det nasjonale opplevelsessenteret for Pop og Rock.
- 20.00 Buffet-bord i 6 etg. på Rockheim.

Torsdag 22. mars:

- Kl. 08.30 – 08.45 God morgen!
- Kl. 08.45 – 09.15 KOLS – heim resultat, ved Fagansvarlig sykepleier Synnøve Sunde.
- Kl. 09.15 – 09.45 Elektronisk pasientinformasjon på pasientterminaler:
Motivasjonskurs for røykeslutt, ved lungespl. Eva Marie Wangen og Kolskurs, ved spl. Ida Stavnesli.
- Kl. 09.45 – 10.00 Besøk i utstillingen, kaffe
- Kl. 10.00 – 11.00 Luftveisstenter, laserbehandling og brachyterapi.
Ny forskning på behandling av Lungekreft, ved overlege Sveinung Sørhaug, Lungemed. avd.

- Kl. 11.00 – 11.30 Besøk i utstillingen, kaffe og frukt
- Kl. 11.30 – 12.15 Langtids mekanisk ventilasjon og utfordringer her, ved overlege Elin Tollefsen
- Kl. 12.15 – 13.00 Å leve med hjemmerespirator – en pasientfortelling
Oppfølging i hjemmet, ved hjemmespl.
- Kl. 13.00 – 14.00 Lunsj
- Kl. 14.00 – 14.30 Besøk i utstillingen
- Kl. 14.30 – 15.15 Egenskaper og omstendigheter som påvirker utfallet av rehabilitering ved KOLS, ved phd. og spl. Ola Brattås
- Kl. 15.15 – 15.30 Besøk i utstillingen, kaffe
- Kl. 15.30 – 16.30 Samarbeid – kommunikasjon
- Kl. 19.30 Aperitiff
- Kl. 20.00 Festmiddag på Rica Nidelven Hotell

Fredag 23. mars:

- Kl. 08.30 – 08.45 God morgen!
Presentasjon av NSF FLU Fagmøte i 2013.
- Kl. 08.45 – 09.45 Barn og ungdom som pårørende, ved rådgiver Grete Grøndal fra Kreftforeningen
- Kl. 09.45 – 10.00 Besøk i utstillingen, kaffe
- Kl. 10.00 – 11.00 Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleier?
Kreftrelaterte smerter, ved professor og sykepleier Tone Rustøen.
- Kl. 11.00 – 11.30 Besøk i utstillingen, kaffe og frukt
- Kl. 11.30 – 12.30 Hvordan få en ”rævva dag” til å bli super på 9 sek? ved Karl-Petter Knudsen, bedrifts-fysioterapeut ved Arbeidsmiljøseksjonen.
- Kl. 12.30 – 13.00 Avslutning av NSF FLU Fagmøte i Trondheim
- Kl. 13.00 Lunsj
- Med forbehold om endringer i programmet.*

NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE

Påmelding til Fagmøte NSF FLU i Trondheim 21. – 23. Mars 2012

Navn:

Arbeidssted og adresse:

Adresse privat:

Tlf.:

E-post:

Medlem NSF FLU: **NB! VELG:** JA NEI**Deltakeravgift:**

Deltakeravgift t.o.m. 20.01.2012 - Medlem NSF FLU: kr. 2500.- Ikke medlem kr. 2800.-

Deltakeravgift etter 20.01.2012 - Medlem NSF FLU: kr. 2800.- Ikke medlem kr. 3100.-

Deltakeravgiften inkluderer kurset, bevertning i pauser og lunsj alle tre dagene.

Torsdag 21/3: Besøk Rockheim, med middag. Egenandel 150 kr.

- Ønsker å være med på Rockheim JA NEI

Fredag 22/3: Festmiddag på Rica Nidelven Hotell: Egenandel kr.:300,-

- Ønsker å delta på festmiddag: JA NEI

SISTE FRIST FOR PÅMELDING 01.03.12**NB! PÅMELDINGEN ER BINDEND!****VIKTIG:**

Dere må lagre utfylt påmeldingsskjema og sende det på E-post, som vedlegg til:

hanne.storhaug@stolav.no elleringer-lise.bjerkan@stolav.no

Kurset søkes godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

Faktura vil bli tilsendt på mail.

Husk å påføre navn ved betaling i nettbank.NB: Kvittering for betalt deltakeravgift må vises ved registrering

Har dere spørsmål kan dere kontakte:

Inger-Lise Bjerkan, Tlf.: 72 82 81 69 / 926 11 592

E-post: inger-lise.bjerkan@stolav.no

Hanne Storhaug, Tlf.: 72 82 82 72 / 482 29 332

E-post: hanne.storhaug@stolav.no**OVERNATTING:**

Hver enkelt bestiller og betaler overnatting selv.

Send mail til: rica.nidelven.hotel@rica.no**Eller ring:** 73 56 80 00**Oppgi kode:** **FLU 12****Frist:** 4 uker før ankomst

Bestillingen må garanteres med kredittkort ved bestilling. Etter fristens utløp kan de ikke garantere verken rom eller pris.

Pris enerom med frokost: 1020 kr

Pris dobbeltrom med frokost: 1020 kr pr.rom



Invitasjon til posterutstilling!

Vil du delta med poster på NSF FLU Fagmøte i Trondheim 21.-23. mars 2012?

- Har du/eller holder du på med et prosjekt, en studie, fagutviklingsarbeid eller forskning innen Lungefaget?
Da er vi veldig interessert i å få høre om dette!
- Send inn et sammendrag som beskriver det du/dere har jobbet/jobber med til: brit.grav@stolav.no innen 1. februar 2012. Kun medlemmer i NSF FLU kan presentere bidrag. Ikke-medlemmer kan delta som samarbeidende deltaker/medforfatter.
- De som får sitt bidrag antatt blir kontaktet kort tid etter utløpt frist.
- Maks størrelse på poster: høyde 120 cm og bredde 70 cm.
- Under Fagmøtet vil NSF FLU kåre og premiere beste poster.

*NSF FLU ønsker
alle medlemmer
og annonsører
en fredelig, god jul
og et godt nytt år!*



NSF FLU's nettsider

Det er mye bra informasjon på Internett, men det kan av og til være vanskelig å avgrense seg, og finne kvalitetsinformasjonen. Vi ønsker at våre internett-sider skal gi deg:

- Fagstoff som er brukbart / seriøst / kvalitetssikret
- Informasjon om kurs
- Nyttige lenker
- Informasjon om utdanning
- Søknadskjema for økonomisk støtte i forbindelse med kurs /utdanning
- Fagbladet for lungesykepleiere.
- Informasjon om lokalgrupper

Følg oss også på Facebook, her kan dere kan gå

direkte fra vår facebookside inn på vår nettside. Vi legger ut informasjon om kurs og fagmøte. Dersom dere ønsker å legge inn informasjon kurs som skjer i deres fylke, kan dette legges inn her eller på vår nettside.

Ønsker du at vi skal ta opp tema eller emner som er av interesse for deg, ta kontakt med WEB ansvarlig karin.danielsen@vestreviken.no Kom gjerne med tilbakemeldinger til oss, både ris og ros så vi kan bli enda bedre.

Lurer du på noe om NSF FLU? Du finner både informasjon og fagstoff på nettsidene våre:

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/lungesykepleiere



TILBAKEMELDING VED TILDELT KURSSTØTTE NSF FLU: REISEBREV FRA DEN 34. EUROPEISKE CYSTISK FIBROSE KONFERANSEN, 7.-11. JUNI 2011, HAMBURG, TYSKLAND

Bakgrunnsinfo:

Marianne Bakkevig Lund
Sykepleier/CF-sykepleier, lungepoliklinikken, Stavanger Universitetssjukehus. Utdannet i 1996, Stavanger Sykepleierhøgskole,

Jeg jobber til daglig på lungepoliklinikken på Stavanger Universitetssjukehus (SUS). Her har jeg ansvar for de voksne pasientene med cystisk fibrose (CF) som tilhører SUS. Pr. nå har vi 11 voksne, og 3 ungdommer på vei over fra barneavdelingen. Dette er pasienter som er syke i svært forskjellig grad. Noen er nesten uten behov for behandling, mens andre har behov for mye hjelp og støtte. Noen har intravenøs antibiotikakurer i 14 dager ca hver 3-4 mnd.

Gjennomsnittlig levealder er nå på 40-50 år. Den øker stadig i takt med bedre behandling.

Dette er en ung pasientgruppe med en alvorlig diagnose. Dette gjør det utfordrende, spennende, tøft og lærerikt å jobbe med pasienter med CF. Jeg har jobbet med CF siden 1998, og trives svært godt med det. Jeg sitter også i styret i Norsk forum for CF-sykepleiere.

Hvert år arrangerer den europeiske CF-organisasjonen (European Cystic Fibrosis Society, ECFS) en tverrfaglig konferanse i Europa. For 11 år siden var jeg sist på konferansen, som da var i Stockholm. Det var en fantastisk opplevelse, og jeg gledet meg derfor stort til endelig å kunne få delta igjen. Oppladningen til konferansen ble noe annerledes enn jeg hadde tenkt. Først kom et nytt vulkanutbrudd på Island, som delvis lammet flytrafikken i Europa, bare uker før konferansen. Med askeskyproblemene fra i fjor friskt i minne, var jeg spent på om jeg ville komme meg avgårde. Så kom e-coli utbruddet, med utgangspunkt i

Hamburg.....jeg ble igjen usikker på reisen – var det trygt?? Og så; dagen før avreise truet norske banker med streik, nok et usikkerhetsmoment!

MEN: alt ordnet seg til slutt:

Askeskyen forsvant, E-colien fant de ut av siste dagen vi var der, og vi ble godt ivaretatt mtp hygiene og smitteforebygging hele tiden konferansen varte. Og bankstreiken ble avlyst, heldigvis!

På en slik konferanse er det et enormt faglig tilbud med masse parallelle forelesninger, symposium og workshops. Det er en stor jobb bare å velge hvilke forelesninger en skal gå på. Alt foregår på engelsk, så det krever litt ekstra konsentrasjon å følge med også. Å skrive notater er et kapittel for seg.....jeg skriver på en blanding av engelsk og norsk, og det skal ofte litt til for å forstå sammenhengen etterpå... ☺

Første dagen hadde vi CF-sykepleiere eget møte. I år var vi så heldige å få selveste presidenten i ECFS, professor Stuart Elborne, som foreleser. Han fortalte oss om et nylig gjennombrudd i CF-forskningen! For 20 år siden fant de CF-genet og mutasjonen som gjør at proteinet CFTR ikke virker slik det skal, og dermed påvirker Cl og Na balansen inn/ut av cellene. Siden da har det vært få store oppdagelser mtp genforskning og CF. Det er en sammenheng med hvilke genmutasjon for CF en har, og sykdomsutvikling. For en av genmutasjonene har forskere nå sannsynligvis klart å finne en måte å påvirke CFTR slik at det fungerer bedre! Forsøk med mus og gris har vist positive resultater, bla at lungene ikke blir angrepet og ødelagt slik de ellers blir. Hos CF pasientene er det oftest lungene som gir de største problemene, og det er ødelagte lunger som til slutt fører CF-pasien-

ten til lungetransplantasjon.

Resultatene av forskningen er ikke klare før i 2012/2014, men det ser svært positivt ut!

Dette er et stort gjennombrudd på veien mot å finne bedre behandlingsmåter for CF! Foreløpig gjelder dette kun en genkombinasjon, men det er et stort håp om at denne nye viten kan føre til nye gjennombrudd i forskningen fremover. Veldig spennende å være der det først blir offentliggjort!

Nyfødtscreening er også et viktig tema for tiden, og det ble tatt opp i mange forelesninger. I mange land har de innført nyfødtscreening mtp CF allerede. Norge jobber med saken.... Nyfødtscreening er et etisk dilemma. Testene er ikke gode nok til å gi helt sikre svar til alle; det vil være en del som må testes videre. Dette kan gjøre nybakte foreldre engstelige uten at det nødvendigvis er grunn for det. Og ved en svært mild CF kan det være få, eller ingen, symptomer som krever behandling. Noen kan da få en diagnose etter nyfødtscreening, som de ellers hadde levd et helt normalt liv, uten å ha. Nyfødtscreening er nødvendig mtp den nye forskningen på CFTR. Hvis behandlingen skal ha optimal effekt, må den starte før lungene er blitt syke. Spennende å følge med videre!

På CF-spl-møtet fikk vi også høre hvordan CF-omsorgen var i andre land. I år var det Australia, Israel, Østerrike og Nederland som informerte.

Vi som jobber med CF er et lite miljø. Vi har få CF-kolleger rundt oss, og må ofte reise for å samles. Så på møter og konferanser er nettverksbygging og utveksling av informasjon, fag og arbeidsmåter en viktig del. Vi hadde 2 flotte workshops på spl-

dagen, et om overføring av pasienter fra barneavdeling til voksenavdeling, og et om infeksjonskontroll. Veldig nyttig og faglig utviklende. Resten av konferansen fikk jeg med meg nytt om mikrobiologi, hvilke antibiotika som er best å gi, hjemmebehandling med iv-antibiotika, transplantasjon, enzymbehandling ved pankreasinsuffisiens, omsorg ved livets slutt, fysioterapi og mye, mye mer. Det er fantastisk kjekt å sitte i salen og høre på de "store guruene" inne CF fortelle. Da er vi virkelig midt i smørøyet av der det skjer! ☺ Vi var ca 20 som reiste til Hamburg fra Norge. Det var en gruppe bestående av leger, spl, fysioterapeuter, sosionom, psykolog, mikrobiolog og leder for pasientforeningen her i Norge. En fantastisk gjeng! Og Hamburg er jo en nydelig by!! Masse flotte, store, ærverdige gamle bygg kombinert med like mange høye, gamle, flotte trær ga et mykt inntrykk av en fredelig og flott gammel storby. Dit vil jeg igjen på ferie! Jeg har fått en fantastisk opplevelse både mtp fag, nettverksbygging og sosialt.

Tusen takk for støtten!

*Marianne Bakkevig Lund,
CF-spl, lungepol, SUS*



Kandidat til phD-arbeid søkes

til forskningsprosjekt knyttet til KOLS-koffert prosjektet, Dalane DMS.

Henvendelse til:
Prosjektleder Dalane DMS
Johannes Bergsåker-Aspøy,
51 51 20 47 / bajo@sus.no

FAGLIG TILBAKEMELDING IFHT MOTTATT KURSSTØTTE

Navn: Eva Engen
Stilling: Seksjonssykepleier
Arbeidssted: Lungepoliklinikken,
Akershus universitetssykehus
Utdanningsår: 1991
Utdanningssted: Aker sykepleierhøg-
skole
Annen relevant utdanning: Klinisk spesi-
alist i sykepleie
Diploma in asthma care
Degree level module in obstructive
pulmonary disease

Navn: Siri R. Gulpinar
Stilling: Ass. Avd. sjef Lungemedisinsk
avdeling
Arbeidssted: Lungemedisinsk avd.
Akershus universitetssykehus
Utdanningsår: 1992
Utdanningssted: Høyskolen i Akershus

Vi deltok på ERS i Amsterdam, september 2011

Vi kom ned i nydelig sommervær. ERS er en spennende kongress med et utall av forelesninger oss som er interessert i lungefaget å velge i og det er en utfordring å velge "rett". ERS tilbyr mange spennende temaer. I år blant annet å være med på en interaktiv sesjon hvor ulike case ble presentert og en skulle stemme på rett behandling. Det var like spennende hver gang hvor mange riktige score vi fikk.

Det ble presentert mange interessante poster. Vi så blant annet på en poster fra Norge om KOLS og smerte. Den belyste at KOLS pasienter generelt har mye smerter. De opplever smerte på et nivå som påvirker deres daglige liv som igjen har en påvirkning på deres opplevelse av livskvalitet.

En annen poster vi hørte på fra Irland, omhandlet familiemedlemmer, som pleiet sine pårørende med KOLS i sluttfasen av livet hjemme. Det er

fem områder som en trakk ut av dataene og man så i denne studien spesielt på "concept of caring". De har videre trukket ut syv undertemaer som de har rangert fra viktigst til mist viktig. Disse temaene er:
Pårørende tilegner seg erfaringsmessig kunnskap ved å ha ansvar for pleien over en lang periode.
Slektsbåndene blir styrket.
Spørsmål rundt pleien. Her fremkom bekymring rundt den pleien som ble gitt og den økende tyngden etter hvert som sykdommen skred frem.
Det var vondt å være vitne til at den syke opplevde lidelse, depresjon og angst.

De pårørende opplevde en egen sorg for den syke, men også en sorg for tap av å kunne bestemme over eget liv. Deltagerne opplevde skyldfølelse fordi deres egen familie ble forsømt. Støtten de pårørende fikk fra den øvrige familien, arbeidsplass og helsemyndigheter gjorde dem i stand til å påta seg denne oppgaven. Studien viser at de deltagerne synes det er slitsomt, men givende å pleie sine syke pårørende over tid.

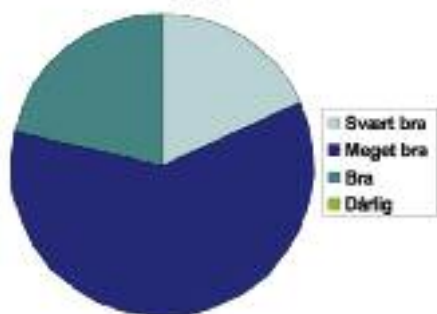
Vi møtte både sykepleiere og leger fra hele landet som arbeider innenfor samme fagfelt. Dette gir en unik mulighet til både å diskutere fag og ikke minst knytte nettverk. For oss har dette vært en nyttig kongress. Tusen takk for støtten på 2500 kr.!

*Lørenskog 20.10.2011
Med vennlig hilsen
Eva og Siri*

EVALUERING AV NSF FLU FAGMØTE I FREDRIKSTAD 31.03.–02.04.2011

Fra 119 deltakere har vi mottatt 61 evalueringsskjemaer
(Diagram er regnet ut fra antall og ikke prosentvis)

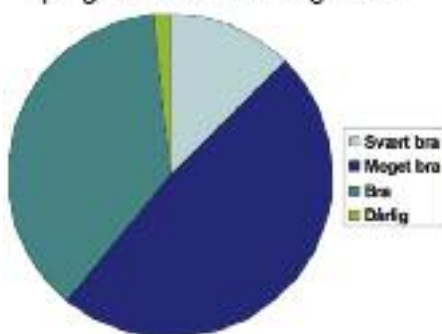
Hva er din helhetsvurdering av det faglige innholdet?



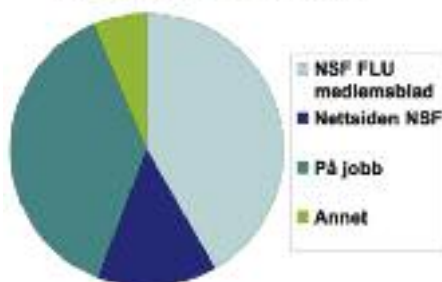
Forslag/ønsker til faglige tema for neste års fagmøte

- Ethiske problemstillinger spes. med tanke på ALS og ventilasjonsstøtte
- Lungefibrose og andre interstitielle lungesykdommer
- Palliasjon
- Cancer pulm
- Oksygenbehandling
- Ny forskning og behandlingsalternativer
- Transplantasjonspasienter
- Egenbehandlingsplaner
- Røykeslutt i praksis
- Lungefunksjonstesting
- CF pasienten
- Samhandling sykehus/kommune
- Behandling av pneumothorax, pleuravæske og empyem
- Smertebehandling av kolspasienter
- Hvordan motivere pasientene ved bl.a. livsstilsendring
- TBC og isolasjon
- Microbiologi
- Syre/base
- Lungekirurgi
- Respirasjonssvikt
- Minoriteter, takling av sykdom og oppfølging

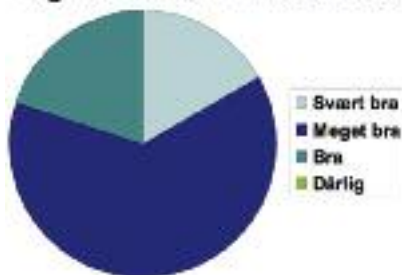
Hva synes du om det sosiale programmet under Fagmøtet?



På hvilken måte fikk du informasjon om fagmøtet



Hva er ditt helhetsinntrykk av fagmøtet 2011 i Fredrikstad



Andre kommentarer

Positive kommentarer

- Flotte dager og ok forelesningssal
- God festmiddag/mat
- God variasjon i program
- Flott med sykepleiere som forelesere
- Fantastisk underholdning
- Bra innhold
- Topp
- God miks av program og pauser
- Flott hotell/by og beliggenhet

- Godt gjennomført
- Flotte konferanselokaler
- Skryt til arbeidsgruppa
- Bra med lokale foredragsholdere
- Bra bredde i tema, givende, interessant, nyttige erfaringer
- Sosialt fint
- Fint at det ikke var parallellsesjoner
- Godt organisert

Negative

- Lang dag, lenge å holde på til kl. 17.00
- For lang tid med 1.5 time uten pause, bortsett ifra presten
- For korte pauser, skulle hatt tid til å rusle i byen, shoppe etc.
- Burde vært drikke i forelesningssalen
- Ønsket hand outs
- Dårlig service på hotellet
- Litt tungt lokale, varmt og dårlig luft i salen, negativt med tepper
- For lange bolker og sprikende tema
- Ønske om 30 minutters pause for å snakke med utstillerne
- Dårlig rengjorte rom, rusk og brødbiter på gulvet
- Personalet hadde for mye å gjøre, dårlig med påfyll i lunsjen
- Vanskelig for en med allergi på tross av å ha snakket med hotellet på forhånd
- Burde vært mat ved ankomst første dag



HØRING: KOLS – NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR DIAGNOSTISERING OG OPPFØLGING

Som et ledd i oppfølgingen av Helse- og omsorgsdepartementet dokument Nasjonal strategi for kols 2007-2011 har Helsedirektoratet utarbeidet et utkast til nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og oppfølging av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).

Utkastet er utarbeidet på grunnlag av arbeidet i en tverrfaglig gruppe av eksterne fagfolk oppnevnt av direktoratet. Gruppen har vært ledet av professor i lungemedisin Amund Gulsvik. Retningslinjen har fastleget som viktigste målgruppe, men har også betydning for spesialisthelsetjenesten, og foruten leger særlig for fysioterapeuter, sykepleiere og

ergoterapeuter.

Anbefalingene omhandler bl.a.

- rutiner for diagnostisering og kontroll
- organisering av tjenestene og kompetansekrav trening, forebygging og rehabilitering
- legemiddelbehandling
- håndtering av stabile faser og forverringer

Helsedirektoratet ønsker særlig innspill om følgende:

- Om anbefalingene er tydelig nok formulert og prioritert, og om de er gjennomførbare.
- Om organisering av rehabiliteringstiltak i kommunene.
- Utdanningsinstitusjonenes mulighet til å ivareta kompetansebeho-

vet som er skissert for ulike grupper.

- Forslag til implementeringstiltak. Jeg var så heldig å få være sykepleiere-representant i gruppa og håper at mange vil se på utkastet og gi innspill. Utkastet er blant annet sendt til sykehus og fagforeninger.

Utkast til retningslinje foreligger kun elektronisk på følgende nettside:

www.helsedir.no/publikasjoner/horinger

Høringsfrist: 5. desember

Elise Austegard, Lovisenberg diakonale sykehus, elau@lds.no

OPPFORDRING

Benytte naturen til sport og aktiviteter hele vinteren, det er godt for kropp og sjel.



Illustrasjonsfotos



RETNINGSLINJER FOR TILSKUDD TIL FAGLIGE KURS/MØTER OG SEMINARER

1. Kursstøtte kan først søkes etter 1 års medlemskap.
2. Årets kontingent må være betalt.
3. Et medlem kan kun tildeles kursstøtte hvert annet kalenderår, med unntak av personer som innehar verv i faggruppen.
4. Det er ønskelig med en skriftlig tilbakemelding fra kurset, *f.eks. noe om ditt utbytte eller høydepunkter fra kurset*. Dette vil eventuelt trykkes i Fagblad for Lungesykepleiere
5. Originale kvitteringer **må** sendes til kasserer **innen 1 måned** etter at man har deltatt på kurset/møtet eller seminaret, hvis ikke bortfaller tildelingen.
6. Det kan søkes om midler til reise, opphold og deltakeravgift. **Inntil kr. 2.500,-**

SØKNADSSKJEMA FOR TILSKUDD TIL FAGLIGE KURS/MØTER OG SEMINARER

Vennligst fyll ut de hvite feltene i skjemaet nedenfor.

Navn	Adresse	Postnummer/-sted	E-postadresse
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	Arbeidssted	
NSF medlemsnummer	Medlem i NSF FLU fra år	Eventuelt verv i NSF FLU	
Har du mottatt kursstøtte fra NSF FLU tidligere? Hvis ja, når fikk du forrige gang?			
Til hvilket kurs/møte/seminar søker du om tilskudd?			
<i>Legg ved kopi av program, gjelder ikke det som arrangeres av NSF FLU</i>			
Oversikt over utgifter			
Reise:			
Opphold:			
Deltakeravgift:			
Totalsum utgifter:			
Hvor mye søker du i støtte:			

Sted:

Dato:

Navn/underskrift:

Søknaden sendes **innen 1.februar** til sekretær i NSF FLU.

Send gjerne søknaden som vedlegg på e-post, det er da ikke behov for underskrift .

Marit Leine
Marmorveien 5
1154 Oslo
marit.leine@gmail.com

NSFs FAGGRUPPE AV
LUNGESYKEPLEIERE



SØKNADSSKJEMA NSF FLU STIPEND FOR VIDEREUTDANNING

Vennligst fyll ut de hvite feltene i skjemaet nedenfor.

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

Sted:

Dato:

Navn:

Søknaden sendes som vedlegg på e-post innen 1. mars til

Marit Leine
Sekretær NSF FLU
marit.leine@gmail.com