



Fagblad

for lungesykepleiere

Nr 1. – 2025

Triplex studien side 4

Omsorgberøring som kommunikasjon side 14

Kjære alle medlemmer!

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



Vi håper å se mange av dere på **Landskonferansen vår i Stavanger 16. og 17.10.2025.**

Arbeidsgruppen i Rogaland står på og veldig mye er allerede på plass. Programmet finner dere her i bladet og mer informasjon finner dere på nettsidene våre.

I år skal vi ha generalforsamlingen den første dagen, 16.10.25, med blant annet valg til styret, hvor vi håper at mange av dere stiller. Informasjon fra nominasjonskomiteen og innkallingen til generalforsamlingen finner dere her i bladet.

Vi skal ha lokalgruppeledersamling på Os utenfor Bergen 12.–14.06.25 og gleder oss til å møte våre engasjerte lokalgruppeledere igjen! Vi skal da blant annet gjennomgå og arbeide med handlingsplanen for frikjøpsmidlene

I 2025 vil det også være 2 søknadsfrister for å søke om stipend til faglige kurs og møter og den andre datoen er 12.09.25.

Mer informasjon og søknadsskjema finner dere på nettsidene våre.

Dere ser den nye logoen vår på forsiden av dette bladet, håper dere liker den. Det kommer til å bli en liten endring i navnet vårt så det fremtidige navnet vil være **Lungesykepleierne NSF**. Vi vil som informert om ikke bytte ut profileringsutstyr/-effekter med gammel logo og navn så lenge dette er funksjonelt. Vi har planer om å lage nye pins, siden vi ikke har noen igjen, til Landskonferansen i oktober så de som skal der vil få denne.

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

Vi minner også om at **VERVEKAMPANJEN** fortsetter. Verver du medlemmer til faggruppen er det flotte vervepremier til de to som verver flest i 2025.

Vervepremier i 2025:

- **1. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen i Trondheim i 2026 og kr. 5000,- til en annen konferanse, eller reise og opphold til Landskonferansen. Vedkommende må minimum ha vervet 3 personer.
- **2. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen i Trondheim i 2026.

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



Innhold

TRIPLEX	4	Matalergi	19
Helse for KOLS pasienten – mer enn røykeslutt?	6	Lungesykepleie, masterog videreutdanning ved Høgskulen på Vestlandet	20
Program: NSF FLU Landskonferanse i Stavanger	9	Forfatterveiledning for fagartikler	22
Innkalling til Generalforsamling Lungesykepleiere NSF. 10		Sykepleierkongressen 2025	23
Valg til Lungesykepleiere NSF styret 2025	11	Tett på 3: Digital hjemmeoppfølging	24
En liten hilsen fra ERS 2024 og Wien, Østerrike	12	Har du en god idé du har lyst til å forske på?	26
Omsorgsberøring som kommunikasjon med pasienten. 14		European Respiratory Society (ERS) Congress 2025	27
Landskonferansen i Bodø 2024	18		

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

Lokalgruppeansvarlig: Kristin Degnes
Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Elverum – Hamar

Redaktør for fagbladet og vebansvarlig:
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: 31. mai 2025, og 12. september 2025 for stipend til faglige kurs og møter. Søknaden sendes som vedlegg på e-post til nsfflu@gmail.com

Forsidebilde: Ingunn Halvorsen

Design og trykk: Aksell – aksell.no

Utgivelsesplan 2025:

2025	Materialfrist	Utgivelse
Nr. 2 2025	1. november	desember
2026	Materialfrist	Utgivelse
Nr. 1 2026	1. mai	juni
Nr. 2 2026	1. november	desember

Gjeldende annonsepriser:

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

Alle priser er uten mva.



Ingunn Halvorsen

Redaktøren har ordet: Hei kjære leser!

Fra januar tok jeg over rollen som redaktør i fagbladet. Det er store sko å fylle etter Simen Steindal som har gjort en utmerket jobb som redaktør. Rollen som redaktør skal jeg ha ut året 2025. Jeg har allerede lært mye nytt og ser frem til å lære enda mer. Det er svært lærerikt og spennende!

Som lungesykepleier er jeg opptatt av flere sykepleiere ønsker å ta videreutdanning og mastergrad innenfor lungefaget. Som nevnt i forrige fagblad, så håper jeg at flere av dere har lyst å skrive og dele deres erfaringer med de andre medlemmene i faggruppen vår. De som publiserer hos oss, får gavekort fordi vi ønsker å gi noe tilbake til de som skriver for oss. Om du ikke ønsker å skrive innlegg, men har ideer til tema, ris og ros eller annet, så ta gjerne kontakt! Vi ønsker å kunne gjøre fagbladet vårt best mulig for dere.

Har du skrevet en fordypningsoppgave eller jobber med fagutviklingsprosjekt?

I denne nummeret av fagbladet kan du blant annet lese om Triplex studien, omsorgsberøring som kommunikasjon. Du kan også lese om stigmatisering rundt kols diagnosen, innlegg fra medlemmer som har fått kursstøtte og mye mer.

Jeg håper at denne utgaven av bladet faller i smak, og at du finner dette bladet interessant, tankevekkende eller nyttig for deg. Kanskje hjelper det inspirer nettopp deg til å skrive for oss?

Vi ønsker alle våre medlemmer en fin sommer!

Ingunn Halvorsen

Redaktør/Mediaansvarlig

TRIPLEX



Anne Skomedal Carlsen
Kreftsykepleier/
Forskningsykepleier
Mail: Anne.carlsen@sshf.no
Lungeavdelingen,
Sørlandet Sykehus,
Kristiansand

TRIPLEX studien er en klinisk studie som gjennomføres ved St. Olavs hospital og i samarbeid med NTNU, institutt for klinisk og molekylær medisin.

Prosjektleder for studien heter Bjørn Henning Grønberg.

De undersøker en ny kombinasjonsbehandling for pasienter med avansert småcellet lungekreft.

De kombinerer

- Kjemoterapi
- Immunterapi
- Strålebehandling

Studien tester immunterapi sammen med strålebehandling og kjemoterapi. Målet er å finne ut om denne tredobbelte behandlingen kan gi bedre effekt enn dagens standardbehandling.

De ser på om dette kan

- Forbedre overlevelsen
- Øke antall pasienter med sykdomskontroll
- Forlenge tiden før sykdommen forverres
- Være trygt å gjennomføre uten for store bivirkninger

Per dags dato er det 193 pasienter som er inkludert i studien fordelt på 20 steder.

St. Olav har et samarbeid med flere europeiske land. Land som deltar i studien er Sverige, Island, Estonia og Nederland. Andre byer i Norge som bidrar inn i studien er Oslo, Ski, Drammen, Bergen, Haugesund, Stavanger, Tønsberg, Bodø, Gjøvik og Ålesund.

Hensikten med studien

Formålet med studien er å undersøke om det å gi strålebehandling sammen med kjemoterapi og immunterapi forlenger overlevelsen for pasienter med utbredt småcellet lungekreft. De ønsker også å finne ut om strålebehandling kan øke effekten av immunterapi. De siste årene har immunterapi fått en stor plass i behandling mot lungekreft, men ikke alle av disse pasientene har god respons av immunterapi. Ved å kombinere alle disse behandlingsoveralternativene håper forskerne på å få en synergieffekt- altså at totalen blir bedre enn effekten av hvert enkelt medikament alene.

Forskerne håper på å finne ut

- Er denne kombinasjonen trygg nok til å brukes bredt?
- Forbedrer den overlevelse og sykdomskontroll?
- Hvilke pasienter har mest nytte av denne behandlingen (basert på biomarkører)
- Hvordan påvirkes livskvaliteten?

Bakgrunn

Småcellet lungekreft er en av de kreftformene med dårligst prognose. Mange pasienter oppdages ikke før de har spredning, i stadium tre eller fire, hvor kirurgi ikke er mulig. Tradisjonell behandling er kjemoterapi og strålebehandling, men med begrenset effekt.

Kjemoterapi med Karboplatin og etoposide har vært standard behandling for småcellet lungekreft i over 20 år. Nylig har studier vist at å gi immunterapi gir økt overlevelse. Det er behov for bedre behandlingstilbud til denne sårbare pasientgruppen.

Hva innebærer studien for pasientene

Alle som deltar i forskningsprosjektet får kjemoterapi og immunterapi. Deltagerne fordeles i to grupper hvor en

gruppe i tillegg får strålebehandling mot svulstene i lungene og brysthule mellom den andre og tredje kuren med kjemoterapi og immunterapi. Strålebehandlingen gis med 10 stråledoser over to uker. Det er et dataprogram som velger hvilken gruppe pasienten havner i. De kan også få forebyggende hjernebestråling hvis de har hatt effekt av behandlingen. Forebyggende hjernebestråling er valgfritt, og ikke et krav fra studien. Her følges lokale retningslinjer, og de kan få tilbud om dette.

Alle pasienter som deltar i studien vil få fire kurer cellegift med karboplatin pluss etoposid i kombinasjon med immunterapi (durvalumab). Cellegiftkurene gis over tre dager hver tredje uke. Den første dagen gis cellegiften intravenøst (=i en blodåre), deretter som tabletter som tas med én dose om morgenen og én om kvelden.

Underveis i studien vil pasientene med jevne mellomrom bli bedt om å svare på spørreskjema for å kartlegge helsetilstanden. Disse får de enten utdelt av studiepersonell når de er inne til behandling eller de vil bli sendt til de fra studiekontoret ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Dette skal de svare på jevnlig så lenge de er med i studien. Det blir tatt hyppigere CT skanninger enn i et vanlig forløp. Det skal tas blodprøver og avføringsprøver jevnlig under behandlingen. Dette passer vi studiesykepleierne på at blir utført på riktige tidspunkter. Datamaterialet og prøvene som samles inn planlegges brukt frem til år 2035. Lungefunksjon, hjertefunksjon og kognitive funksjon vil bli testet gjennom studien. Kognitiv funksjon testet ved at vi studiesykepleierne utfører det som heter MOCA test, et spørreskjema som skal fange opp hvis hukommelse svikter. Videre når fire kurer med kjemoterapi og immunterapi er gjennomført, fortsetter pasientene

med immunterapi i monoterapi i inntil to år hvis de tolererer behandlingen godt og de har effekt av den.

Vi vil også samle inn resten av vevsprøven som ble tatt da pasientene fikk diagnosen småcellet lungekreft, og evt. nye vevsprøver som tas for å bekrefte mistanke om tilbakefall. Disse vevsprøvene er lagret på patologiavdelingen på sykehuset. Videre vil vi ta blodprøver, og vil be pasientene om å ta med avføringsprøver til forskningsformål. Prøvene tas før, under og etter behandlingen, samt ved eventuelt tilbakefall, og pasientene vil få beskjed når prøvene skal tas. Innsamlingen av disse prøvene er en viktig del av forskningsprosjektet TRIPLEX. Det er mye de ikke vet om småcellet lungekreft, og ved å analysere prøvene håper de å finne ut mer om hvem som har risiko for å få småcellet lungekreft, hvem som har best effekt av behandlingen og størst risiko for å utvikle alvorlige bivirkninger, samt hvem som har best prognose.

NSF FLU
har egen
Facebookside

Flott hvis flest mulig
besøker denne siden.
Det kan være hyggelig
og du kan finne mye
god informasjon her.



LUNGESYKEPLEIERNE
NSF

Helse for KOLS pasienten – mer enn røykeslutt?

Magda-Lovise Steiro

Lungesykepleier

Mail: magda-lovise.tendal.steiro@helsefonna.no



Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en sykdom som kan utvikle seg gradvis over flere år, og kan gi flere plagsomme symptomer som for eksempel hoste, piping i brystet, tung pust og gjentatte luftveisinfeksjoner (Helsedirektoratet, 2022). Sykdommen kan medføre store begrensninger i menneskets liv og gi plager som søvnvansker, angst og depresjon.

KOLS er resultatet av individuelle risikofaktorer og miljø, der tobakksrøyking er viktigste årsak i 2/3 tilfeller (Giærven, 2015, s. 86). Personer med kols er vist å ha høy risiko for økt sykdomsprogresjon og forverringer ved fortsatt sigarettøyking (Johannessen et al., 2005). Likevel kan røykeslutt være et vanskelig tema for mennesker med denne diagnosen, og mange med KOLS uttrykker frustrasjon og oppgitthet ved spørsmål om røyk. Det er godt dokumentert at røyking samtidig som sykdommen KOLS øker opplevelsen av skam og stigma. Gjennom denne artikkelen vil det derfor tas et skritt bort fra det tradisjonelle sykdomsforebyggende fokuset gjennom røykeslutt og heller se på hvordan man kan øke opplevelse av helse hos denne pasientgruppen.

Metode

For å belyse tematikken er det gjennomført et søk i databasene BMJ, CINAHL, og Cochrane Library. Jeg har valgt å benytte meg av disse databasene da jeg tenker disse kan gi ulike perspektiv innen helseforståelse til KOLS pasienten.

BMI Evidence Based Nursing er en database som inneholder forskningsartikler innenfor sykepleie (HVL.no). CINAHL er en database som inneholder litteratur om sykepleie og tilgrensende fag, inkludert tidsskriftartikler, bøker og bokkapitler, avhandlinger, konferanserapporter og standarder for praksis (HVL.no). Denne databasen er valgt for å gi et mer tverrfaglig perspektiv på problemstillingen. Cochrane Library er en database med forskningsbasert informasjon om effekt av ulike tiltak for forebygging og behandling (HVL.no). Søket er gjennomført på engelsk, og artiklene som er

funnet er engelskspråklige. Flesteparten av funn ga lite innsikt i opplevelse av helse og stigmatisering, og kan vise til et paternalistisk fokus på sykdomsbegrensning over helsefremming innen forskningstradisjonen.

Det er også søkt på WHO (Verdens HelseOrganisasjon) og på Helsebiblioteket.no. Begge disse kunnskapskildene viser sykdomsbildet med KOLS, men skriver lite om stigmatisering. Ved søk på KOLS og stigmatisering («COPD and stigma») kommer det opp KOLS for seg, og stigmatisering som en del av andre sykdommer.

Resultat

Helse er en ressurs for hverdagslivet, og ikke hensikten med å leve (FN.no). Likevel kan det kjennes et press fra samfunnet og sosiale normer som tilsier at for å leve et fullverdig liv skal man være frisk, ha god helse. Sosiologen Aron Antonovski skriver allerede i 1996 (s.13) kritisk om det sosiale fokuset på risikofaktorer. Forfatteren påpeker sosiale normer tilsier at ved å forholde seg til et «risikofritt» eller «lav risiko» livsstil, vil en kunne oppnå et naturlig sunt liv, og på den måten individer blir pålagt til å redusere risikofaktorer så mye som mulig (Antonovski, 1996, s. 13). Erfaring fra sykehus bekrefter at fokuset i behandling av mennesker med KOLS er satt på sykdomsbegrensning, der man ønsker å eliminere risikofaktorer mot helse som for eksempel røykeslutt. Dette fokuset kan bidra til å øke stigmatiseringen av de som ikke klarer å slutte å røyke. Halting, Heggedal & Wahl (2010) utførte individuelle dybdeintervju med 18 deltakere med KOLS diagnose, hvor alle deltakerne spontant fortalte om røyk og

følelsen av skyld fra samfunn og egen skyldfølelse. Funnene gjennom denne studien viser til en overordnet følelse av å være i «eksil fra samfunnet til de friske» (Halding m.fl. 2010). Denne følelsen kan forsterkes av sosiale normen i samfunnet mot røyking. Etter 1970-tallet har andelen røykere sunket både blant menn og kvinner, og andelen som røyker i dag synker med høyere utdanning (FHI, 2017). Dette kan også være en av årsakene til at mennesker som stadig røyker kan oppleve seg utenfor.

Røyking i dag relateres til lav utdanning og lav sosial status, noe som kan påvirke hvordan samfunnet ser på en person, og hvordan enkeltpersonen ser på seg selv. Gjennom mitt møte med KOLS syke hører jeg ofte uttalelser som «det er jo min egen feil at jeg er syk, og at jeg er dum som ikke klarer å slutte å røyke». Denne uttalelsen kan sammenlignes med funnene i studien til Halding m.fl., og også hva Antonovski skriver. Denne opplevelsen av å være på utsiden av et friskt samfunn kan være helseskadelig for den enkelte personen, og være som en motpart til helsefremmende tiltak iverksatt av kommunen. Holmen, Espenes, Håpsnes, Rangul, Svebak, Sørensen & Theorell (2016, s. 126) forteller at blant annet følelser av utilstrekkelighet og utenforskap kan være relatert til livstilssykdommer.

Den nasjonale retningslinje for KOLS (Helsedirektoratet, 2022) forteller at røyking kombinert med røykerelatert sykdom kan bidra til skyld og skam. Videre anbefales helsepersonell å «møte disse pasientene med respekt, uten å være fordommende». Retningslinjen stiller ikke noe krav til helsedirektoratet om videre

arbeide med denne problemstillingen på systemnivå. Ved røykesluttkampanjer har Helsedirektoratet satt stort fokus på røykeslutt som et svært viktig tiltak for enkeltindividets helse, og dette har bidratt over mange år til en positiv endring i nordmenns røykevaner. I videre arbeid med røykesluttarbeid bør helsedirektoratet se på egne anbefalinger å møte pasientene med respekt, og vurdere å endre taktikk da kontinuering i nåværende spor kan gi forsterket følelse av å være utenfor samfunnet for de som velger å fortsette å røyke.

Konklusjon

Ved helsefremmende arbeid med mennesker med KOLS bør mye av arbeidet være å unngå overfokus på sykdomsforebygging. Det kan tenkes at man ved å øke menneskets egen opplevelse av helse kan man komme nærmere optimal helse også for mennesker med KOLS som røyker. Dette fokuset vil ikke nødvendigvis øke livslengde, da det å fortsette å røyke kan forkorte livet, men derimot å øke opplevd kvalitet på det livet hver enkelt har. Denne tanken tar utgangspunkt i at hver enkelt er et autonomt menneske, og selv har ansvar for eget liv. Røyk i seg selv må erkjennes som et problem for helse til den individuelle personen, men det kan også argumenteres for at stigmatisering, skyld og skam er faktorer som i like stor eller større grad påvirker helse negativt. Respekt overfor enkeltindividet virker å være et hovedpunkt for videre arbeid.

Referanser

- Antonowski, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. I: *Health promotion international*. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11
- FHI (2017) *Hvordan har røykevanene endret seg i Norge?* Hentet den 04.04.25 fra <https://www.fhi.no/ml/royking/hvorfor-har-roykevanene-endret-seg-i-norge/>
- FN.no. *Verdens helseorganisasjon (WHO)*. Hentet den 04.04.25 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>
- Giærven, P. (2015). *Lungesykdommer*. Oslo: Universitetsforlaget
- Halding, A.-G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Mar2011; 25(1): 100-107. (8p). DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x
- Helsebiblioteket.no. *Om helsebiblioteket*. Hentet den 04.04.25 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss>
- Helsedirektoratet (2022). *KOLS Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet den 04.04.25 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols>
- HVL.no. *Søk etter fagressurser*. Hentet den 04.04.25 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressurser/>
- Holmen, J., Espenes, G. A., Håpsnes, O., Rangul, V., Svebak, S., Sørensen, T. & Theorell, T. (2016). Jakten på helsefremmende faktorer i en epidemiologisk forskning: eksempler fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi* 2016; 26 (1-2): 125-137. DOI: 10.53324/nje.v26i1-2.2025
- Johannessen, A., Omenaas, E. R., Bakke, P. S., & Gulsvik, A. (2005). Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax*, 60(10), 842-847.
- WHO. *Health promotion - the Ottawa Charter for health promotion*. Hentet den 22.10.2020 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Vi ønsker velkommen til
**Lungesykepleierne NSF
landskonferanse 2025**

Stavanger, 16. - 17. oktober

Radisson Blu Atlantic Hotel



**LUNGESYKEPLEIERNE
NSF**



Konferanseavgift

Til og med 22.09.25.

Deltaker, medlem: kr. 3000

Deltaker, ikke medlem: kr. 3300

Etter 22.09.25.

Deltaker, medlem: kr. 3800

Deltaker, ikke medlem: kr. 4200

*Medlemspris gjelder for medlemmer
i Lungesykepleiere NSF.*

*Konferanseavgiften inkluderer lunsj
og kaffepauser.*

Påmeldingen har åpnet!

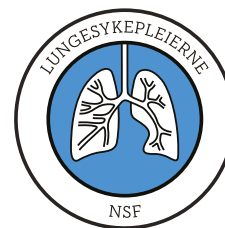
Vi håper å se deg i Stavanger.

Følg med på www.lungesykepleiere.no.

Nettsiden vil bli fortløpende oppdatert

PROGRAM:

Lungesykepleierne NSF Landskonferanse i Stavanger



Torsdag 16. oktober

09.00 – 09.30	Åpning og velkommen, <i>leder Liga Timermåne, NSF FLU Rogaland</i>
09.30 – 10.00	Astma og allergi. <i>Lungelege, Stavanger universitetssykehus</i>
10.00 – 10.30	CF-behandling. <i>Marianne B. Lund, sykepleier, Stavanger universitetssykehus</i>
10.30 – 11.00	Pause med besøk i utstillingen
11.00 – 11.30	Flerkulturelt samfunn – behandlingsbegrensning <i>Gabrielle Tuftedal, spesialrådgiver, Stavanger kommune</i>
11.30 – 12.15	Resiliens i helsetjenesten – hva og hvordan? <i>Karina Aase, PhD. Professor, Patient Safety, Universitetet i Stavanger.</i>
12.15 – 13.15	Lunsj med besøk i utstillingen

PARALLELSEJONER:

I. 13.15 – 13.45	Stråling til lungepasienter, <i>Kjersti Ødegaard, Overlege, Stavanger universitetssykehus</i>
13.45 – 14.15	Immunterapi, <i>Lungelege, Stavanger universitetssykehus</i>
II. 13.15 – 13.45	Innlegg ved masterstudent Lungesykepleie
13.45 – 14.15	Innlegg ved masterstudenter Lungesykepleie
14.15 – 14.45	Pause med besøk i utstillingen
14.45 – 15.15	Geriatrisk vurdering av pasienter <i>Kristina Eriksen, kreftsykepleier, Stavanger universitetssykehus</i>
15.15 – 15.45	Latterterapi, <i>Ron Gort</i>
15.45 – 17.00	Generalforsamling
19.30	Middag

Fredag 17. oktober

09.00 – 09.15	Velkommen og Bøy og Tøy ved Steinerskolen
09.15 – 09.45	Simulering på sengepost. <i>Monica J. Ekkje, Lungesykepleier, ass.avd.sykepleier, Stavanger universitetssykehus</i>
09.45 – 10.15	Oksygenbehandling i hjemmet. <i>Mona Sunde Sandvik, Sykepleier, Stavanger universitetssykehus</i>
10.15 – 10.45	Pause med besøk i utstilling
10.45 – 11.15	Seksualitet – lungepasienter
11.15 – 11.45	Tjenester ved kreftomsorg Rogaland <i>Solveig Fridheim Torp, Kreftsykepleier, Kreftomsorg Rogaland</i>
11.45 – 12.15	Pause med besøk i utstilling
12.15 – 12.45	Avansert hjemmesykehus <i>Sandra Berntsen og Emma Helene Larsen, sykepleiere, Haukeland sykehus</i>
12.45 – 13.45	Lunsj med besøk i utstilling – Innlevering av Quiz
13.45 – 14.30	Inspirasjonsforedrag, <i>Marte Johanne Tangeraas Hansen og Elin Bø Lunde, spesialsykepleiere, Stavanger universitetssykehus</i>
14.30 – 15.00	Avslutning og premieutdeling



LUNGESYKEPLEIERNE
NSF

INNKALLING TIL GENERALFORSAMLING LUNGESYKEPLEIERNE NSF

STED: Radisson Blu Atlantic Hotel, Stavanger
TID: Torsdag 16. oktober, 2025, kl. 15.45 – 17.00.

Generalforsamlingen er faggruppens høyeste myndighet. Den avholdes hvert andre år i samsvar med NSF's landsmøteperiode. **Generalforsamlingen er åpen for de av faggruppens medlemmer som har meldt sin tilstedeværelse innen den 15.10.2025.**

SAKSLISTE:

1. Godkjenning av innkallingen til generalforsamlingen
2. Registrering av antall stemmeberettigede
3. Oppnevning av ordstyrer
4. Oppnevning av to referenter
5. Godkjenning av sakslisten
6. Oppnevning av to medlemmer til å underskrive protokollen
7. Oppnevning av tellekorps
8. Årsberetning for 2023 og 2024
9. Regnskap for 2023 og 2024
10. Handlingsplan for 2025 og 2026
11. Fastsettelse av kontingent
12. Budsjett for 2025 og 2026
13. Innkomne saker
14. nnkomne saker
14. Orienteringssaker
15. Valg av leder, 2 styremedlemmer og 1 varamedlem.
Valg av leder, medlemmer og varamedlemmer til nominasjonskomiteen

Saker til generalforsamlingen må være styret i hende senest tirsdag 16.09.2025.

På vegne av styret

Gerd Gran
Leder Lungesykepleierne NSF



LUNGESYKEPLEIERNE
NSF

VALG TIL LUNGESYKEPLEIERNE NSF STYRET 2025

Styret i Lungesykepleierne NSF består av leder, nestleder, 3 styremedlemmer og 2 varamedlemmer.

Leder, 2 styremedlemmer og 1 varamedlem står på valg i 2025, valgperioden er på 4 år.

Valget avholdes på Lungesykepleierne NSF sin generalforsamling som avholdes den 16.10.25, i forbindelse med faggruppen sin Landskonferanse i Stavanger.

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

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

Hanne Fjäll Larssen: hanne.larssen@hotmail.com haflar@so-hf.no

Elise Austegard: elise.austegard@gmail.com

Synnøve Sunde: synnøve.sunde@stolav.no

Margrete Klemmetsby: margrete.klemmetsby@gmail.com

Jeanette Nordal: jeanette.nordal@siv.no

På vegne av nominasjonskomiteén

Hanne Fjäll Larssen, leder

En liten hilsen fra ERS 2024 og Wien, Østerrike

ERS er en av verdens største medisinske foreninger med medlemmer fra over 160 land. Organisasjonen ønsker å promotere lungehelse og redusere lidelse som følge av lungesykdommer. Hvert år samles lungeleger, annet helsepersonell og forskere til den årlige lungekonferansen, ERS for å dele ny kunnskap innen lungemedisin.

Anne Louise Kleiven

Lungesykepleier, Oslo Universitetssykehus



I Norge er vi heldige

I Norge er vi heldige og har videreutdanninger innen flere sykepleiefaglige områder, som kardiologi, urologi, psykiatri, intensiv, anestesi og selvfølgelig innen lunge. Jeg ble selv utdannet lungesykepleier i 2014 i Bergen. En fantastisk tid hvor jeg ble kjent med sykepleiere fra vårt langstrakte land, jeg «lærte» statistikk og jeg smakte komle for første gang. Bergen badet i sol under hver samling med unntak av den ene november uken hvor det regnet horisontalt. Det var da jeg hadde eksamen i statistikk og hull i den høyre gummiskoen min. Livet gir og tar. Etter at jeg ble ferdig spesialsykepleier har jeg forsøkt å spe på egen kompetanse både i den kliniske hverdagen på sykehuset, med deltagelse i ulike forskningsprosjekter og med en mastergrad i 2021. En viktig begivenhet har vært den Europeiske lungekonferansen, mer kjent som ERS, som finner sted i ulike europeiske storbyer i september hver år. Siden jeg deltok på min første

ERS konferanse i Barcelona i 2013 har antallet presentasjoner fra europeiske sykepleiere økt. ERS har nå sin egen assembly eller gruppe innen «respiratory nursing» som ledes av to sykepleiere fra Portugal, José Miguel dos Santos Castro Padilha og Rui Pedro Marques da Silva. Et viktig arbeid for gruppen har vært å jobbe for et felles krav til kompetanse innen respiratorisk sykepleie i grunnutdanningen i de ulike europeiske landene. Det er faktisk få land som har egen videreutdanning slik vi har i Norge.

Sykepleierens rolle i global lungehelse

I år deltok jeg på flere sesjoner hvor det ble presentert forskning fra europeiske sykepleiere. Tema på årets store sykepleiersymposium var «Nursing role in global respiratory health» og sesjonen omhandlet flere pågående forskningsprosjekter som vil gi økt kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra i behandlingen av lungesyke. Fra over



70 innsendte abstrakter hadde sykepleiergruppen trukket ut 10 spennende prosjekter. Blant annet ser Ricardo Salgado på effektiviteten av digitale intervensjoner for KOLS-pasienter i sitt doktorgradsprosjekt i Sveits. Karen Heslop-Marshall har forsket på lunge-sykepleiere sin bruk av kognitiv terapi i møte med KOLS-pasienter med angst i en randomisert kontrollert studie fra England. I Sverige har Malin Axelsson sett på undervisning til Astma-pasienter og hennes svenske kollega Stina Selberg har undersøkt assosiasjonen mellom dårlig kontrollert Astma og død som følge av Covid 19 i sin studie.

Forskning av sykepleiere har fått en velfortjent plass i ERS

Det er ingen tvil om at sykepleiere har fått en velfortjent plass i ERS sine over 5000 sesjoner og det er ikke så rart. I følge Verdens helseorganisasjon så utgjør respirasjonssykdommer som

« Pasienter med lungesykdommer trenger et multidisiplinært behandlingsteam bestående av helsepersonell med ulike kompetanse og perspektiv.

KOLS, Astma, Cystisk fibrose, luftveisinfeksjoner, lungekreft og obstruktiv søvnapne en betydelig global helsebyrde. For eksempel, så lever det 40 millioner med diagnosen KOLS i dag og årlig dør over 300 000 av denne sykdommen. Det gjør den til den tredje mest vanlige årsak til tidlig død globalt ([COPD - International Respiratory Coalition \(IRC\) \(international-respiratory-coalition.org\)](#)). Pasienter med lungesykdommer trenger et multidisiplinært behandlingsteam bestående av helsepersonell med ulike kompetanse og perspektiv. Da gir vi best behandling.

Har du skrevet en oppgave eller jobber med en studie som du mener kan gi andre sykepleiere viktig kunnskap, da ønsker jeg å oppfordre deg til å sende inn et abstrakt til neste ERS-konferanse som finner sted i Amsterdam 27 september til 1 oktober 2025. Sjekk www.ersnet.org for mer informasjon.

Tusen takk for stipendet fra NSF Flu.

*Med vennlig hilsen
Anne Louise Kleiven
Lungesykepleier,
Oslo Universitetssykehus*

Omsorgsberøring som kommunikasjon med pasienten

Forfattere:

Lise Sandnes, Universitetslektor i Intensivsykepleie, Nord Universitet, Bodø, Norge. Lise.Sandnes@nord.no



Lisbeth Uhrenfeldt, Professor i sykepleie, Sygehus Lillebælt, Kolding og Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning, Danmark. Lisbeth.Uhrenfeldt@rsyd.dk



Denne artikkelen oppsummerer en tidligere utgitt vitenskapelig artikkel om omsorgsberøring som kommunikasjon med pasienten, basert på intervjuer med intensivsykepleiere. Vårt forskningsspørsmål er: «Hva kommuniserer intensivsykepleiere gjennom omsorgsberøring?». Vi mener funnene kan være overførbare til lunge-sykepleie.

Innledning

Hver dag berører sykepleieren pasientens hud gjennom prosedyrer som morgenstell, forflytning og inhalasjoner. I tillegg bruker sykepleiere berøring som ikke er relatert til prosedyrer. Omsorgsberøring som å holde pasientens hand, stryke kinnene eller gi en klem er vanlige sykepleietiltak knyttet til etisk praksis, men er fortsatt lite omtalt i litteratur og forskning (WMA, 2013; Kvande et al., 2022; Sandnes & Uhrenfeldt, 2022). Økende travelhet i helsevesenet gjør at sykepleiere står i fare for å ikke kunne dekke pasienters grunnleggende behov, som berøring av huden (Kitson et al., 2014). For pasienten kan sykdom utløse eksistensiell angst og fremmedgjøring fra egen kropp, manglende kommunikasjonsevne og tap av valgfrihet (Gullberg et al., 2022). Sykepleierens nærvær og omsorgsfulle berøring gir sanselige uttrykk som bidrar til trøst, omsorg og håp (Henricsson et al., 2009; Danielis et al., 2020). Sykepleiere utvikler sin egen kommunikasjonsstil, og nonverbal kommunikasjon er spesi-

elt viktig når pasienter ikke er i stand til å uttrykke seg gjennom ord på grunn av sykdom, skade eller behandling (Mandal, 2014; Holm et al., 2021; Karlsson et al., 2022). Verbal og nonverbal kommunikasjon brukes for å bli kjent, oppnå et tillitsfullt forhold, og berøring bidrar til en mer personlig relasjon (Halldorsdottir, 2008; Galvin, 2010). Både verbal og nonverbal kommunikasjon som berøring av pasientens hud er viktig for å forstå pasienters signaler, noe som bidrar til å oppdage og forutse kliniske endringer, men også for å forstå pasientens tanker rundt sin situasjon (Halldorsdottir, 2008; Kvande et al., 2017; McCormack & McCance, 2017; Uhrenfeldt et al., 2018; Sandnes & Uhrenfeldt, 2022). Ved omsorgsberøring av pasientens hud kommuniserer sykepleieren nonverbalt en bekreftelse av pasientenes verdi og integritet som menneske (Almerud et al., 2008; Sandnes & Uhrenfeldt, 2022).

Metode

Studien er kvalitativ med data fra to norske intensivavdelinger. Åtte intensivsykepleiere delte erfaringer gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode ble brukt (Lindseth & Norberg, 2004). Data ble re-analysert med et nytt forskningsspørsmål (Heaton, 2008).



Presentasjon av funn

Hovedtema Kommunikasjon av trygghet og nærhet: Sykepleierne viser med omsorgsberøring at de forstår hva pasientene går gjennom, at de bryr seg om pasientene og er der for å støtte dem til å komme seg gjennom en skremmende opplevelse av alvorlig sykdom.

Forsterket tilstedeværelse: Ved å være nær og holde pasientens hand kommuniserer sykepleieren deres tilstedeværelse for å hjelpe og styrke pasienten. Omsorgsberøring kan brukes i stedet for, eller for å forsterke ordene som brukes.

«Hun ga et inntrykk av panikk, at hun var redd. Hun ville at vi skulle være hos henne. Det som beroliget, var å holde og stryke handen hennes mens vi gjentok hvor hun var og hvorfor hun var på sykehuset» (Informant G)

Kommunikasjon av trygghet, tillit og omsorg: Omsorgsberøring kommuniserer essensen av omsorg ved å være en spontan og naturlig form for kommunikasjon hvor sykepleierne bekrefter at de ser og forstår pasienten.

«Jeg ser hele pasienten, jeg kan se om pasienten har behov for at jeg berører. Omsorgsberøring viser at jeg ser personen i pasienten, at han trenger mer enn antibiotika eller en prosedyre. Han trenger omsorg også» (Informant F)

Skape og bekrefte relasjoner: Omsorgsberøring omfatter å bygge en tillitsfull relasjon med pasienten, og å bekrefte relasjonen neste gang man møtes.

«Jeg utvikler en nærere relasjon med pasienten når jeg berører. Jeg forstår situasjonen deres bedre, jeg på en måte ser pasienten bedre. Det gjør at jeg blir mer engasjert og involvert i pasientens situasjon. Når han går gjennom en vanskelig situasjon, vil omsorgsberøring skape en nærere relasjon med pasienten» (Informant C)

Kommunisere åpenhet for en dypere samtale: Omsorgsberøring forsikrer pasienten om at sykepleieren lytter og bryr seg om pasientens bekymringer.

«Når legevisitten er over, blir jeg igjen hos pasienten. Selv om pasienten får gode nyheter fra legen, er det ofte et underliggende traume med behov for å snakkes om. Jeg holder pasientens hand for å trøste ham, og jeg lar ham gråte på skulderen min» (Informant H)



Konklusjon og Implikasjoner for lungesykepleiere

Omsorgsberøring tilbys av sykepleieren ut fra pasientens behov og kommuniserer personsentrert omsorg, forståelse, støtte, omsorg, håp og styrke. Berøringen inviterer til relasjon og viser respekt for pasientens verdighet som medlem i menneske. Funnene tyder på at omsorgsberøring er uttrykk for omsorg i ytterste forstand, hvor sykepleieren bruker sin egen kropp til å kommunisere et oppriktig ønske om at pasienten skal bli frisk, eller mindre traumatisk å være syk. Omsorgsberøring er kommunikasjon på et dypt menneskelig plan, basert på erfaring og fagkunnskap.

Studien gjelder intensivsykepleiere og intensivpasienter, men funnene fra studien kan være aktuelle for lungesykepleie. Flere av eksemplene gjelder alvorlig syke lungepasienter. Det kan være avgjørende at lungesykepleieren vurderer hudens farge, temperatur og fuktighet sammen med pasientens opplevelse for å vurdere om bipap-masken skal settes på, det er tilstrekkelig oksygen eller om legen bør tilkalles. Med en omsorgsberøring vurderer man om pasienten trenger hvile, en dypere samtale eller en trøstende hånd å holde i. Mange sykepleiere erfarer at å berøre pasientens hud kan bidra til å opprette en god og trygg relasjon med pasienten, noe som kan

være avgjørende for å få tatt den syre/basen, gjennomført bronkoskopia eller motivere pasienten til å komme opp av sengen. Mange lungepasienter blir man godt kjent med over mange år, enten det er i kommunehelsetjenesten, på sengepost eller i lungepoliklinikken. Da kan det være godt å vite at det å gi en omsorgsberøring kan hjelpe deg å forstå pasienten, det viser at du skjønner hva de går gjennom hjelper, og de fleste pasienter setter pris på det.

TABELL 1 Eksempler på analysen fra meningsbærende enheter til hovedtema

Meningsenheter	Komprimerte meningsenheter	Sub-temaer	Hovedtema
En dame var så engstelig for NIV-masken, at hun ikke trodde at hun ville klare det. Jeg prøvde å sitte sammen med henne, holdt og strøk henne over armen, var nær henne. Da klarte hun det. Men når hun var alene, så klarte hun ikke det. Det var helt klart at min tilstedeværelse var det som gjorde at hun klarte det (Informant A)	Pasienten greide ikke behandlingen når hun var alene. Jeg formidlet trygghet og tilstedeværelse ved å være nær henne og holde henne i hånden. Da klarte hun det.	Forsterket tilstedeværelse	Kommunisere trygghet og tilstedeværelse
Man kan selvsagt gi smertestillende, men ofte er det ikke smerten som er problemet. Ofte trenger de bare å få ut angsten. Gjennom berøring forteller jeg pasientene at jeg forstår at de er redde, at jeg også ville vært det. Med berøring ledsaget av ord, spør jeg hva som plager pasienten. Da kan jeg kanskje få hele historien fra dem, og jeg kan skape en bedre situasjon for dem. (Informant E)	Ved hjelp av omsorgsberøring og ord, spør jeg hva som plager pasienten. Da kan jeg få hele historien, og jeg kan skape en bedre situasjon for dem.	Kommunisere åpenhet for en dypere samtale	Kommunisere trygghet og tilstedeværelse

Referanser

Almerud S, Alapack RJ, Frilund B, et al. Beleaguered by technology, care in technologically intense environments. *Nurs Philos* 2008;9(1): 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00332.x>

Danielis M, Povoli A, Mattiussi E, et al. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. *J Clin Nurs* 2020;29(13-14): 2107-2124. <https://doi.org/10.1111/jocn.15259>

Galvin KT. Revisiting caring science: Some integrative ideas for the 'head, hand and heart' of critical care nursing practice. *Nurs Crit Care* 2010;15(4): 168–175. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00394.x>

Gullberg A, Joelsson-Alm E, Schandl A. Patients' experiences of preparing for transfer from the intensive care unit to a hospital ward: A multicentre qualitative study. *Nurs Crit Care* 2022;1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12855>

Halldorsdottir S. The dynamics of the nurse–patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4): 643-652. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x>

Heaton J. Secondary analysis of qualitative data: An overview. *Historical Soc Sci* 2008;33(3): 33–45. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00332.x>

Henricson M, Segesten K, Berglund AL, Määttä S. Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for in intensive care – a phenomenological hermeneutic study. *Int Crit Care Nurs* 2009;25 (6): 323-31. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.07.001>

Holm A, Karlsson V, Dreyer P: Nurse's experiences of serving as a communication guide and supporting the implementation of a communication intervention in the intensive care unit International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 2021;16:1,1971598. DOI: 10.1080/17482631.2021.1971598

Karlsson L, Rosenqvist J, Airosa F, et al. The meaning of caring touch for health-care professionals in an intensive care unit: A qualitative interview study. *Int Crit Care Nurs* 2022;68(2): 103131. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103131>

Kitson AL, Athlin ÅM, Conroy T. Anything but basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs. *J of Nurs Scholarship* 2014;46(5): 331-339. <https://doi.org/10.1111/jnu.12081>

Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju* (The qualitative interview). Gyldendal akademisk; 2009.

Kvande M, Delmar C, Lykkeslet E, et al. Assessing changes in a patient's condition – perspectives of intensive care nurses. *Nurs Crit Care* 2017;22(2): 99-104. <https://doi.org/10.1111/nicc.12258>

Kvande M, Angel S, Nielsen AH. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics* 2022;29(2):498-510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

Lindseth A, Norberg AA. phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci* 2004;18(2): 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

Mandal FB. Nonverbal communication in humans. *J of Human Beh in the Soc Env* 2014;24(4): 417-421. <https://doi.org/10.1080/10911359.2013.831288>

McCormack B, McCance T. *Person-centred practice in Nursing and Health care*. Wiley Blackwell; 2017.

Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch in intensive care nursing: A qualitative study of dignity. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2022;17(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2092964>

Uhrenfeldt L, Sørensen EE, Bahnsen IB, et al. The centrality of the nurse–patient relationship: A Scandinavian perspective. *J Clin Nurs* 2018;27(15–16): 3197–3204.

World Medical Association. World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013;310(20):2191-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>



LUNGESYKEPLEIERNE
NSF

Vi har fått ny logo og håper at dere medlemmer liker den like godt som styret gjør. Vi ønsker dere en riktig god sommer og sommerferie!

Med vennlig hilsen styret

Landskonferansen i Bodø 2024

I september var jeg heldig og fikk delta på NSF FLU sin landskonferanse i Bodø. Det ble noen innholdsrike dager med gamle og nye bekjenskaper, og ikke minst et bredt faglig påfyll.

Heidi Helberg

Lungesykepleier på lungeavdelingen, Rikshospitalet

mail: hehell@ous-hf.no.



Arets program tok for seg et stort spekter av det vi jobber med som lungesykepleiere. Både årsak til kronisk hoste, utredning av lungekreft og opptrening av KOLS-pasienten ble belyst. Det samme gjorde utfordringene rundt antibiotikaresistens og sykepleierens posisjonering til antibiotika. Vi fikk en fin gjennomgang av «den utfordrende samtalen», «Når nok er nok» og tilrettelegging for hjemmedød. Presentasjonen av Tuberkulose viste oss at lungesykdom har vært på agendaen lenge, og at behandling og oppfølging fortsatt er aktuell.

En av sesjonene man kunne delta på var Camilla Knudsen Sæter sitt fremlegg av sin masteroppgave om helserelatert livskvalitet hos pasienter med Idiopatisk Pulmonal Fibrose (IPF) og oppfølging av fibrosesykepleier. På Rikshospitalet er det en egen fibrosesykepleier som er med å forbedre den tverrfaglige oppfølgingen av pasienter med IPF. Selv om det de siste to tiårene har skjedd en stor utvikling innen diagnostisering, klassifisering og behandling av Interstitielle lungesykdommer, rapporterer pasientene fortsatt betydelig redusert helserelatert livskvalitet. Oppfølgingen fra fibrosesykepleier legger opp til å hjelpe pasientene med å kunne mestre sin sykdom i hverdagen. En samtale med fibrosesykepleier vil inneholde en gjennomgang av pasientens lungefunksjon

og luftveissymptomer. Den tar for seg eventuelle infeksjoner den siste tiden og anbefalt vaksinerings. Pasienten får oppfølging av antifibrotiske medisiner slik at hver enkelt kan sikres best mulig behandling og minst mulig bivirkninger. Oppfølgingen favner også om områder som psykisk helse, familie, sosialt, fysisk aktivitet og ernæring.

Selv om Camilla ikke fant en statistisk signifikant assosiasjon mellom helserelatert livskvalitet og fibrosesykepleier sin funksjon i sine egne undersøkelser eller i andre kvantitative studier, viste hun til at kvalitativ forskning peker på at fibrosesykepleier er viktig for pasienter og pårørende. Hun kunne også fortelle at studiene viste forbedring i IPF pasienters kunnskap om sykdom, i forbedret mestrings av angst og depresjon og i pasientens tilfredshet. Man ser at tett oppfølging fra fibrosesykepleier gjør det lettere å identifisere utfordringer og koordinere behov og behandling videre. Disse funnene kan støttes av oss om jobber med IPF pasienter.

I tillegg vil jeg legge til hvilken stor ressurs og hjelp fibrosesykepleieren er for oss andre sykepleiere i jobben vi gjør.

Tusen takk til arbeidsgruppen i Nordland som satte sammen et flott og inspirerende program.



Nina Særvold

Spesialsykepleier og koordinator ved regionalt senter for astma allergi og overfølsomhet (RAAO) Haukeland Universitetssjukehus.

Sykepleiere møter pasienter med matallergi på alle nivåer i helse-tjenesten. Kunnskap om matallergi og hvor man kan henvende seg ved mistanke er nyttig. Det er viktig å skille mellom reell matallergi, kryssallergi og fordøyelsesproblemer for å sette inn riktige tiltak. Mange voksne har levd med unødvendige kostrestriksjoner siden barndommen, som kan avkrefte etter grundig utredning.

Pasienter med matallergi kan være engstelige for alvorlige reaksjoner, noe som kan føre til unngåelse av visse arenaer eller krav om matvareforbud. Eksempler inkluderer nøtteforbud i skoler, barnehager, arbeidsplasser og på fly.

Matallergi

Forekomsten av allergiske sykdommer, inkludert matallergi, øker. Ifølge FHI er matallergi et betydelig folkehelseproblem, som rammer 3–4% av voksne og 6–8% av barn i Europa. Selvrapportering av matallergi blant voksne har vært på 20%, mens kontrollerte studier viser lavere forekomst.

Riktig diagnostikk og behandling tidlig i sykdomsforløpet er viktig for å unngå unødvendige kostrestriksjoner og feilernæring. Utredning og oppfølging av lege med allergikompetanse er nødvendig, da en blodprøve alene ikke er tilstrekkelig. Anamnesen, sammen med hudprøvetester, blodprøver og provokasjoner, kan bekrefte eller avkrefte allergi. Sykepleiere utfører hudprøvetester og provokasjoner, som kan hjelpe pasienter tilbake til et liv uten unødvendige kostrestriksjoner.

Pasienter med påvist matallergi kan ha behov for oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog for kostveiledning, erstatningsprodukter og lesing av innholdsfortegnelser.

Som sykepleier og koordinator ved Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) ved Haukeland Universitetssjukehus, møter jeg både voksne og barn med mistenkt eller

påvist matallergi. God pasientopplæring er viktig for å leve godt med matallergi.

Pasient- og pårørendeopplæringen har fått et løft med matallergikurs i alle helse-regioner, arrangert av RAAO i samarbeid med Lærings- og mestringssentrene. Kursene gir innføring i matallergi, kosttilpasning, allergimerking, allergihygiene, beredskap ved alvorlig allergi og håndtering i barnehage og skole. Brukerrepresentanter deler også sine erfaringer.

RAAO ved Haukeland Universitetssjukehus er en tverrfaglig allergologisk poliklinikk som supplerer andre avdelinger og gir opplæring til helsepersonell, pasienter, pårørende og befolkningen om allergiske sykdommer, utredning og behandling.

Mer informasjon, inkludert reviderte faglige råd og undervisningsfilmer, finnes på våre nettsider.

Referanser

1. [Praktisk veileder i håndtering av matallergi – Helsebiblioteket](#)
2. [Allergi – matallergi, luftveisallergi og hudallergi - FHI](#)

Veiledere og anbefalinger:

[Praktisk veileder i håndtering av matallergi - Helsebiblioteket](#)
[Matallergi i barnehager og skoler - Helsedirektoratet](#)

RAAO nettsider:

[Regionalt senter for astma allergi og overfølsomhet - Helse Bergen HF](#)
[Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet \(RAAO\) - Universitetssjukehuset Nord-Norge HF](#)
[Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet \(RAAO\) - St. Olavs hospital HF](#)
[Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet - Oslo universitetssjukehus HF](#)

Lungesykepleie, master- og videreutdanning ved Høgskulen på Vestlandet

Heidi Øknes Markussen

Førsteamanuensis, intensivsykepleier
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Høgskulen på Vestlandet
Heidi.Oksnes.Markussen@hvl.no

Master- og videreutdanningen i lungesykepleie skal gjøre studentene i stand til å kombinere klinisk erfaring og ekspertise med beste tilgjengelig kunnskap fra forskning for å kunne gi, sykepleie, omsorg, oppfølging og behandling av høy faglig kvalitet.

Hvorfor studere lungesykepleie?

Studiet kvalifiserer til å utøve spesialsykepleie til pasienter med lungesykdommer og respiratoriske problemer forårsaket av andre sykdommer eller skader. Økt kompetanse etter endt utdanning skal gjøre en forskjell for pasienten

Stadig nye behandlingsmetoder og teknologiske nyvinninger krever spesialisering på ulike nivå i helsetjenesten. Dette medfører store utfordringer og krever kunnskap, samarbeid og koordinering for å oppnå kvalitet, trygghet og tilgjengelighet i helsetjenestene.

God fagutøvelse krever evne til å integre tilgjengelig kunnskap fra forskning



Kull 9, 2021 – 23

med erfaringsbasert kunnskap, kombinert med brukerkunnskap. Dette studiet har som mål å videreutvikle handlingskompetanse innen lungesykepleie.

Videreutdanningen gjør deg godt kvalifisert for kombinerte stillinger som omfatter både klinisk arbeid og praksisnært utviklingsarbeid. Studenter som har gjennomført studiet kvalifiserer til å arbeide som spesialsykepleier i lungesykepleie i sykehus på

medisinske og kirurgiske avdelinger, kommunehelsetjenesten og innenfor andre relevante helsetjenestetilbud.

Historikk

Kompetanse, kunnskap og utdanning har vært blant de viktigste kjerneområdene til faggruppen vår. Allerede i 1990 ble Norske lungesykepleieres interesseforening etablert, navnet ble endret til NSF faggruppe for lungesykepleiere i 1994 og til Lungesykepleiere NSF i år.

Sykepleiere som arbeidet med denne pasientgruppen så behovet for å etablere en videreutdanning i lungesykepleie. I samarbeid med sykehusene i landet ble det i gjennomført en kartlegging om behov for dette. Første kull med 30 studiepoeng startet i 2001 ved Høgskolen i Bergen, som senere ble omorganisert til Høgskulen på Vestlandet. I 2007 ble studiet utvidet til 60 studiepoeng.

Fra 2021 ble det mulig for kull 9 å gjennomføre videreutdanning med master, videreutdanning (60 stp) og master (60 stp) til sammen 120 studiepoeng. Gerd Gran og Heidi Øksnes Markussen var i flere år emneansvarlig med 10% stilling hver. Fra 2021 sa Gerd Gran seg villig til å overta ansvaret for emnet, Infeksjonssykepleie og smittevern, mens Heidi Øksnes Markussen har vært emneansvarlig for Videreutdanning i lungesykepleie.

Videreutdanningen

De fire første emnene utgjør de første 60 studiepoengene i masterstudiet og tilsvarer videreutdanningen i lungesykepleie. Studiet er over fire semestre og er samlingsbasert, med 2 samlinger hvert semester, med unntak av 1. semester der det er tre samlinger. Arbeidsomfang tilsvarer 27 timer pr. studiepoeng. Studentene må gjennomføre 150 timer kliniske studier (praksis). Ved at studiet er organisert som deltidsstudium, får studentene mulighet til å bidra med praksisnær erfaring i utdanningen og integrere ny kunnskap i egen arbeidspraksis.

Studentene kan også starte med å ta videreutdanning i lungesykepleie og senere søke om å ta Masterdelen.

Studentene som gjennomfører videreutdanning i lungesykepleie juni 2025 er kull 10 og består av 35 studenter fra ulike steder i landet.

Vi håper å se deg på studiet til høsten!

Samlinger

Høsten 2025

Klinisk lungesykepleie, generell del (15 sp)

Samling: Uke 35, uke 44 og uke 50

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MSL510/>

Våren 2026

Pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis (15 sp)

Samling Uke 6 og uke 17

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MSS530/>

Høsten 2026:

Helsepedagogikk, helsetjenesteutvikling og innovasjon (15 sp)

Samling Uke 36 og uke 46

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MSS500/>

Våren 2027

Samling Uke 4 og uke 23

Klinisk fagledelse og fordypning i klinisk spesialitet (15 sp)

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MSL520/>

MASTERPROGRAM

Master i sykepleie – kliniske spesialiteter er en fleksibel masterutdanning. Har du tidligere tatt videreutdanning i lungesykepleie, kan du søke påbygg for å fullføre mastergraden.

Høsten 2025

Vitenskapsteori, etikk og metode, digitalt emne (15 studiepoeng).

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MAMET1SKS/>

Våren 2026 – våren 2027

Masteroppgaven (45 studiepoeng) gjennomføres over tre semestre med oppgaveseminar og veiledning i skriving av masteroppgaven.

Emneplan <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/2025/MSS590/>

Forfatterveiledning for fagartikler

Vi ønsker å publisere enda flere fagartikler i Fagblad for lungesykepleiere i tiden fremover. Fagartikler kan for eksempel være basert på fordypningsoppgaver fra videreutdanning i lungesykepleie eller andre relevante videreutdanninger, masteroppgaver eller fagutviklings- og forskningsprosjekt.

Fagartikler kan også være en norsk kortversjon av vitenskapelige artikler som er publisert i internasjonalt vitenskapelig tidsskrift. Fagartiklene må omhandle tematikk som er relevant for lungesykepleie og kan omhandle klinisk lungesykepleie, faglige og etiske utfordringer, pedagogikk, simulering, presentere funn fra fagutvikling- og forskningsprosjekt og beskrivelse av oppdaterte prosedyrer og kliniske undersøkelser.

Dersom du har en ide til en fagartikkel eller forslag til temanummer ta kontakt med redaktør Ingunn Halvorsen på e-post: ingunn.halvorsen@helse-fonna.no.

Vi tilbyr noe veiledning på artikkelskriving om det er ønske om dette.

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

Krav til fagartikler

- Forfatterinformasjon: Navn (fet skrift), tittel (i kursiv), utdanning, arbeidsted og e-postadresse
- Legg ved portrettbilde, legg ved originalfilen i original størrelse
- Omfang er på 3–6 sider, artikler kan være lengre etter avtale med redaktøren
- Skriftstørrelse 12, skrifttype Calibri og 1,5 linjeavstand
- Sett inn overskrifter; bruk Overskrift 1, Overskrift 2 og Overskrift 3 funksjonen i Word
- Forfatteren står fritt til å velge struktur på fagartikkelen. Dersom fagartikkelen presenterer resultater fra et forsknings- eller fagutviklingsprosjekt skal det være en kort metodedel
- Dersom fagartikkelen er basert på en tidligere publisert vitenskapelig artikkel, må det henvises til denne
- Norsk kortversjon av artikler som er publisert i internasjonale tidsskrift: 1–2 sider, kort innledning, kort og enkelt om metode, presentasjon av hovedfunnene, hva er implikasjoner for praksis/lungesykepleiere
- Referansestilen er norsk-APA stil, se kildekomaset.no for mer informasjon
- Fagartikkelen sendes som word-dokument sammen med portrettbilde på e-post til ingunn.halvorsen@helse-fonna.no
- Ved spørsmål ta kontakt på e-post ingunn.halvorsen@helse-fonna.no

Sykepleierkongressen 2025

Sørg for at du ikke går glipp av årets viktigste kongress av og for sykepleiere – notér datoene i kalenderen allerede nå! 26.–27. november 2025 er det duket for Sykepleierkongressen i Grieghallen i Bergen. 25. november kan du i tillegg få med deg ulike prekonferanser.

Sykepleierkongressen er den største faglige konferansen for sykepleiere, og en arena for fagutvikling, kunnskapsformidling, samtale og verdifull inspirasjon.

På kongressen møtes sykepleiere fra hele landet som jobber innenfor ulike fagfelt og i ulike deler av helsetjenesten. Sykepleierkongressen arrangeres hvert fjerde år av Norsk Sykepleierforbund. Påmelding åpner i slutten av august!

Program er under utarbeidelse og vil bli publisert så fort det er klart.

Prekonferanser

Tirsdag 25. november kl. 12.00–20.00

kl. 12.00: Registrering og lunsj

kl. 13.00–18.00: Fire prekonferanser

kl. 18.00–20.00: Mingling med fingermat

Sykepleierkongressen

Onsdag 26. november kl. 10.00–17.00

Forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen åpner Sykepleierkongressen 2025.

Deretter blir det en rekke inspirerende fremlegg. Noe vil foregå i plenum, øvrig vil du kunne velge mellom. Det vil også være tid til å ta en kikk på utstilling og posterpresentasjoner.

Dagen avsluttes med festmiddag i Dovregubben kl. 19.30.



Torsdag 27. november kl. 09.00–15.00

På kongressens siste dag er vi samlet til fremlegg i plenum. Det blir utdeling av posterpremier. Det loves også en minnerik avslutning, eller finale om du vil, på kongressen. Og ja, det blir selvsagt lunsj, kaffe og pausemat begge dager på kongressen. En anledning til å bli kjent med sykepleierkollegaer fra hele Norge.

Håper vi sees!

Priser

Prekonferanse:

Uavhengig av medlemskategori: 500 kr

Sykepleierkongress

Ordinært medlem: 2500 kr

Studentmedlem: 1200 kr

Pensjonistmedlem: 1600 kr

Kongressmiddag

Uavhengig av medlemskategori: 650 kr

Ikke medlemmer

Vi ønsker også sykepleiere som ikke er medlem velkommen på kongressen.

Prekonferanse: 1000 kr

Sykepleierkongress: 4500 kr

Kongressmiddag: 650 kr

Hotellovernatting kommer i tillegg. Det er reservert flere hotellrom i området.

Håper vi sees i Bergen!



Navn: Oda Hofstad

Stilling: Respirasjonsteamet ved lungemedisinsk avdeling ved universitetssykehuset i Nord-Norge.

Arbeidssted: Universitetssykehuset i Nord-Norge

De 3 siste årene har jeg jobbet med digital hjemme oppfølging til pasienter med maskebehandling og langtids mekanisk ventilasjonsstøtte, hovedsakelig bipap men også noen cpap maskiner.

Hvilken erfaring har dere med digital hjemmeoppfølging av pasienter?

Vi bruker et skybasert pasientadministrasjonssystem for oppfølging av våre pasienter. Vi bruker løsningen hyppig både ved oppstart og videre med avstandsoppfølging av pasientenes behandling. Min erfaring er at digital oppfølging gir meg som behandler muligheten til å raskt kunne ta tak i utfordringer pasienten opplever i behandlingen og gir meg et visuelt hjelpemiddel i oppfølging og vurdering av tiltak.

Avstandsoppfølgingen vi bruker gir oss en direkte tilgang til behandlingsdata og mulighet for varsling på pasienter som krever ekstra oppfølging, noe jeg opplever som en ekstra trygghet.

Hvordan innvirker digital hjemmeoppfølging på arbeidsdagen? Tenker da på effektivisering, evt merarbeid.

Den største effekten er tid, en pasientkontroll med avstandsoppfølging bruker vi mye mindre tid på en med fysisk oppmøte med kontroll. En telefontime med digital oppfølging krever også mindre ressurser med tanke på personell.

Den mest positive effekten for meg er at denne løsningen gjør det mulig å få utført kontroll på de av våre pasienter som datt ut på grunn av sin helsetilstand.

De som har en lang reisevei, som i tillegg har behov for tilrettelagt skyss, overnatting eller elektiv innleggelse for å få utført en kontroll. Noen takker nei til fysisk oppmøte fordi de er blitt så slitne og syke at det å komme seg til sykehuset for kontroll er utenkelig. Da er en digital løsning gull verdt.

Hvordan tilbakemelding gir pasientene på å delta i digital hjemme oppfølging?

Får mange gode tilbakemeldinger, med en telefonsamtale kan vi raskt endre innstillinger som de kan kjenne effekten av i løpet av bare noen timer. For en stor del av våre pasienter betyr det mindre tid brukt på reise til og fra behandler, mindre innleggelser på sykehus for de som krever dette ved kontroll og at vi som behandler er lett tilgjengelig når de lurer på noe og har behov for hjelp.

Det viktigste for meg med bruken av digital hjemme oppfølging er at det er i tillegg til og ikke i stedet for. Det er et fantastisk verktøy som gir oss muligheten til å tilpasse, forbedre og sikre et likeverdig behandlingstilbud til våre pasienter med langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte.



Navn: Roger Lien

Stilling: Lungesykepleier

Arbeidssted: Granheim Lungesykehus

Hvilken erfaring har dere med digital hjemmeoppfølging av pasienter?

Vi begynner å få god erfaring med DHO på søvn og ventilasjonspasienter. Vi begynte å registrere de første pasientene høsten -23 og har i dag ca 650 pasienter registrert i AirView. De aller fleste er søvnapnoepasienter. Vi opplever at pasientene synes det er lettvis å slippe å dra lange veger for en rask kontroll, slik det nødvendigvis blir når alt er i orden. Pasientene opplever trygghet når de ringer og lurer på noe, da det er lettere for oss å gi et godt svar når vi kan sjekke data.

Hvordan innvirker digital hjemmeoppfølging på arbeidsdagen?

Vi får brukt SPL poliklinikktime til de som strever med behandlingen og ikke de som alt er i orden med. Utfordringen med slik arbeid er jo at folk er opptatt med jobb/skole og vanlig hverdag og vi kan bruke tid på å få tak i folk. Men jeg er ganske sikker på at vi i sum bruker mindre tid på CPAP oppfølging nå enn tidligere uten at kvaliteten har blitt dårligere, kanskje heller bedre, nå får jo pasientene i praksis oppfølging hver dag selv om vi ikke er inne og sjekker alle hver dag.

Hvordan tilbakemelding gir pasientene på å delta i digital hjemmeoppfølging?

Pasientene er meget fornøyd, mindre reiser, mindre fravær fra jobb og skole. De opplever trygghet hvis de ringer og vi kan sjekke ting for dem, eller justere innstiller hvis noe ikke fungerer som det skal.



Navn: Sandra Schiron

Stilling: Lungesykepleier

Arbeidssted: AHUS

Hvilken erfaring har dere med digital hjemmeoppfølging av pasienter?

Pasient følges opp via spørreskjema hver 3 måned. De har hjemmespirometer som leses av i sykehuset. De tar spirometri pluss oksymetri en gang i uken. Vi følger opp vekt hver 1-2 uker. Dette er individuelt basert. All kommunikasjon går via melding i dignio. Kontaktes per telefon ved behov.

Hvordan innvirker digital hjemmeoppfølging på arbeidsdagen?

For vår del er dette akkurat i oppstartfasen og tiltaket skal evalueres og videreutvikles. Men jeg syntes det å kunne kontakte pasientene digitalt går raskere enn å forsøke få tak i dem via telefon.

Hvordan tilbakemelding gir pasientene på å delta i digital hjemmeoppfølging?

Hittil virker pasientene positivt innstilt. Det går lettere og raskere at få svar via dignio. Pasienten sparer reisetid og reisepenger for de som har lang vei til sykehuset. De angir at det føles trygt at vite det er noen som følger med på spirometrien

Har du en god idé du har lyst til å forske på?

Er du engasjert i fagfeltet innen astma, kols, allergi, eksem og- eller overfølsomhet?

Da håper vi i Norges Astma- og Allergiforbund at du søker midler fra stiftelsen DAM forskning, slik at vi sammen kan bidra til økt helseforskning rettet mot våre sykdomsgrupper i Norge. På denne måten kan man fremme levekår, fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet og sosial deltakelse.

Norges Astma- og Allergiforbund jobber for å bremse den økende utviklingen av astma, allergi og overfølsomhetssykdommer, og for at de som har sykdommene skal kunne leve best mulig med dem.

Alle søknader i DAM forskning må fremmes i samarbeid med en søkerorganisasjon hos Stiftelsen Dam og Norges Astma- og Allergiforbund er en av disse.

Hva kan det søkes om?

- Forskning i tråd med formålet.
- Forskning i regi av en forskningsansvarlig institusjon som er norsk (prosjektleder må være tilknyttet forskningsansvarlig institusjon).
- Minimum 1.500.000 og maksimalt 3.000.000 kroner.
- Prosjekter med varighet inntil 48 måneder.

Årets frister for DAM forskningsmidler ordinær søknadsprosess (se egne regler for registrert rapport søknadsprosess)

15. november	Søknadsskjema åpnes.
15. februar	Frist for å sende inn kortfattet prosjektskisse til søkerorganisasjonen
10. april	Svar på skissesøknad. Utvalgte søkere blir invitert til å sende en utvidet søknad.
10. juni	Søknadsfrist, utvidet søknad.
15. oktober	Offentliggjøring av tildeling.

Les mer om programmet her:

<https://dam.no/programmer/forskning/utlysning/>

Kreft – hvordan mestre den nye hverdagen

Montebellosenteret er en nasjonal helseinstitusjon, som arrangerer livsmestringskurs for kreftrammede og pårørende. Fokus i alle kurs er å lære å leve med endringer som følge av kreft.



Kursoversikt for 2025

Skann koden eller se www.montebellosenteret.no

«Kreft – en ny hverdag» er vårt grunnleggende livsmestringskurs. Her møter man andre i tilnærmet lik situasjon som seg selv. Kursdeltakere vil få innsikt i hvordan de kan mestre sine utfordringer, og hva som kan være hensiktsmessig for veien videre. Vi arrangerer kurset for mange ulike diagnoser, bl.a. lungekreft.

Pasientens nærmeste kan også delta

Pårørende deltar i kurset på lik linje med den som har kreftdiagnose.

Hvordan søke?

Søknadsskjema og -veiledning finnes på vår hjemmeside. Opphold og reise betales av det offentlige, gjennom folketrygden, med unntak av en egenandel. Helfo refunderer for billigste reisemåte i etterkant av kurset.



DIA
LEC
TA

Har du spørsmål?

Ring oss gjerne!
T: 62 35 11 00



Montebellosenteret ligger i flotte omgivelser like ovenfor Lillehammer. Senteret fremstår med god hotellstandard uten institusjonspreg. Montebellosenteret legger stor vekt på skjønnhet, kunst og opplevelser. Samtidig har vi et sunt og godt kjøkken og delikate rom.
Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali • post@montebellosenteret.no • montebellosenteret.no

European Respiratory Society (ERS) Congress 2025 finner sted fra 27. september til 1. oktober 2025. Det vil være en hybridkonferanse, med mulighet for å delta enten online eller personlig i Amsterdam, Nederland.

ERS-kongressen er en årlig konferanse. Den samler verdens respirasjonseksperter for å presentere og diskutere de siste vitenskapelige og kliniske fremskrittene på tvers av hele feltet av respirasjonsmedisin. For mer informasjon om ERS Congress-programmet, besøk ERS Congress-nettstedet: <https://www.ersnet.org/congress-and-events/congress/>

Minner om at en som medlem i faggruppen kan søke stipend til faglige kurs & møter for inntil 5.000 kr.

 **ERS CONGRESS | 2025**
27 September - 1 October | Amsterdam, Netherlands

Håper vi sees i Amsterdam!

NORGE P.P.

Returadresse:
Ingunn Halvorsen,
Karmsundgata 120,
5528 Haugesund

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](https://www.olympus.no)