



Fagblad

for lungesykepleiere

Nr 1. – 2026

**Digital hjemmeoppfølging:
erfaringer fra lungesykepleiere
i Mosjøen og Ullensaker,** side 4 og 10

**Avansert hjemmesykehus
ved Haugesund sykehus,** side 7

Nordisk lungekongress Island, side 18-26



Kjære alle medlemmer!

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



Takk for sist til dere som var på Nordisk Lungekongress på Island, det var flott å se at det var en del sykepleiere fra Norge som hadde anledning til å reise dit. Vi var 5 fra styret som var så heldig å kunne delta. Dere vil finne noen tilbakemeldinger fra kongressen her i bladet.

Neste Nordiske Lungekongress skal være 31.05. – 02.06.28 i Bergen.

I 2028 vil det da ikke arrangeres Lungesykepleierne NSF sin Landskonferanse.

Lungesykepleierne NSF Landskonferansen er i Trondheim 17. og 18.09.2026.

Arbeidsgruppen i Trøndelag står på og har laget et flott program både faglig og sosialt, som dere finner her i bladet. Mer informasjon og påmelding finner dere på nettsiden hos NSF og www.lungesykepleiere.no.

NB! Det er lavere deltakeravgift til og med den 24.08.26.

Du kan også søke om stipend til faglige kurs og møter innen den 17.08.26.

Informasjon og søknadsskjema finner dere på nettsidene våre.

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 nye medlemmer til faggruppen er det flotte vervepremier til de to som verver flest.

Vervepremier i 2026:

- **1. premie:** Deltakeravgiften på Lungesykepleierne NSF Landskonferansen i 2027. Kr. 5000,- til reise og opphold på Landskonferansen, eller til et annet lungefaglig kurs/møte.
Vedkommende må minimum ha vervet 3 personer.
- **2. premie:** Deltakeravgiften på Lungesykepleierne NSF Landskonferansen i 2027.

Vi ønsker dere alle en riktig GOD SOMMER OG SOMMERFERIE!

Sommerhilsen fra alle i styret v/Leder Gerd Gran 🌞🕶️



Innhold

Digital oppfølging av CPAP pasienter:.....	4	Nordisk Lungekongress Island 2026.....	18
Avansert hjemmesykehus.....	7	Reisebrev fra Island og Nordisk Lungekongress	22
Lungesykepleier i oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging	10	Tett på 3.....	28
ERS kongressen 2026.....	13	Forfatterveiledning for fagartikler	31
Presentasjon av styret.....	14	Program Lungesykepleierne NSF Landskonferanse 2026.....	32
Forskningsnettverk.....	17	Vervekampanje 2026	33

Utgitt av:
Lungesykepleierne NSF

Våre nettsider:
lungesykepleiere.no

E-post:
lungesykepleierne@gmail.com



Styret 2026/2027 består av:

Leder: Gerd Gran
Seksjon for pasientsikkerhet,
Haukeland Universitetssjukehus

Nestleder: Tonje S. Hanssen
Medisinsk poliklinikk,
Nordlandssykehuset i Bodø

Lokalgruppeansvarlig: Agathe Krekvik Govertsen
Yrkesmedisinsk avdeling,
Haukeland Universitetssjukehus

Kasserer: Ida Mørkesdal
Intensiven,
Sørlandet sykehus Kristiansand

Webansvarlig: Ingunn Halvorsen
Lungeavdelingen,
Haugesund Sykehus

Redaktør fagblad: Berit Synnøve Eide
Lungemedisinsk avdeling,
St. Olavs Hospital

Sekretær: Maren Pettersen
Ullensaker kommune

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

Søknadsfrist: 17. august 2026 for stipend til faglige kurs og møter.
Søknaden sendes som vedlegg på e-post til lungesykepleierne@gmail.com

Forsidebilde: Berit Synnøve Eide

Design og trykk: Aksell – aksell.no

Utgivelsesplan 2026–2027:

	Materialfrist	Utgivelse
Nr. 2 2026	1. november	desember
Nr. 1 2026	1. mai	juli

Gjeldende annonsepriser:

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

Alle priser er uten mva.



Redaktøren har ordet – teknologiske fremskritt i vinden

Teknologi og digitalisering har i flere tiår satt sitt preg på hverdagen i alle hus og hjem, både i Norge og på verdensbasis. Dette gjelder også i helsesektoren. Innføring av elektroniske pasientjournaler, digital hjemmeoppfølging og deling av data gjennom kjernejournal eller elektroniske meldinger. Et eksempel fra egen arbeidsplass er overgangen fra administrering av medikamenter på papirkurve, til å skanne medikamentene via en mobiltelefon. Via den samme mobiltelefonen kan man dokumentere sårstell, vitale parametere og andre viktige observasjoner som overføres til pasientens journal – noe man tidligere måtte dokumentere på datamaskin.

Særlig spennende innen teknologi og digitalisering er bruk kunstig intelligens (KI) som beslutningsstøtte for helsepersonell. Ifølge helsedirektoratet kan KI blant annet frigjøre tid for helsepersonell og bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen. I Norge benytter flere sykehus KI-verktøy innen radiologi og bildediagnostikk, blant annet for å tolke bruddskader på røntgen. Tanken med verktøyet er blant annet å forkorte ventetiden og redusere bruk av CT-undersøkelser. Oppgaver som tidligere krevde involvering av mennesker kan i dag utføres av KI, og jeg hører jevnt og trutt ulike meninger om at også helsepersonell kan erstattes av KI i fremtiden. Som lungesykepleier må jeg innrømme at jeg både ønsker og tror at flere oppgaver som jeg har i dag kan overtas eller forenkles av KI, men jeg er ikke særlig bekymret for å bli erstattet. Selv om KI kan gi uendelige muligheter innen analyse av ulike data, mangler KI noe som er helt elementært i faget vårt



Redaktør Berit Synnøve Eide

– nemlig «det kliniske blikket», eller klinisk skjønn.

Som du kanskje har lagt merke til, har styret i NSF Lungesykepleierne valgt å følge den digitale æraen og gjøre Fagbladet for lungesykepleiere heldigitalt. I denne første digitale utgaven av Fagbladet vil du blant annet kunne lese om digital hjemmeoppfølging ved Maren Skogli Pettersen, avansert hjemmesykehus med Ingunn Halvorsen, og lese ulike refleksjoner om KI fra tre kolleger innen lungefaget. Vi har også ett innslag fra Nordisk lungekongress, som i år ble arrangert i Reykjavik på Island.

Har du en artikkel eller oppgave fra videreutdanning, et pågående prosjekt eller tanker med relevans for lungesykepleiefaget du ønsker å dele? Ta gjerne kontakt med redaktør for Fagbladet! Vi ønsker å publisere og videreformidle kunnskap fra lungesykepleiemiljøet fra hele Norge, fra nord til sør, fra kommune til spesialisthelsetjenesten.

Riktig god sommer!

Berit Synnøve Eide, redaktør.

Digital oppfølging av CPAP pasienter: Erfaringer fra en lungesykepleier i Mosjøen

Av: **Lill Tove Brattbakk**, lungesykepleier med mastergrad, Helgelandssykehuset Mosjøen

Digitalisering av helsetjenestene har de siste årene endret hvordan vi følger opp pasienter med kroniske tilstander. For pasienter med obstruktiv søvnapné (OSAS) har utviklingen vært særlig tydelig. Som lungesykepleier ved medisinsk poliklinikk og dagavdeling i Mosjøen har jeg fulgt denne utviklingen tett – både gjennom klinisk arbeid og gjennom videreutdanning innen digitale helsetjenester.

Utdanning og faglig bakgrunn

Jeg ble utdannet lungesykepleier ved Nord universitet våren 2013. Siden da har jeg jobbet med et bredt spekter av lungelidelser, men pasienter med OSAS har vært mitt hovedfokus. CPAP behandling og oppfølging av denne pasientgruppen har vært et område jeg har hatt et særlig engasjement for.

Behovet for mer fleksible og tilgjengelig oppfølgingstjenester gjorde at jeg ønsket å styrke min kompetanse innen digital helse. I 2025 fullførte jeg en erfaringsbasert master i digitale helsetjenester ved UiT Norges arktiske universitet, med utdanningsavtale fra Helgelandssykehuset. Utdanningen ga meg muligheten til å kombinere klinisk erfaring med kunnskap om digital transformasjon i helsetjenesten.



CPAP oppfølging før og nå: Fra fysiske konsultasjoner til digital presisjon

Da jeg begynte å jobbe med CPAP pasienter i 2013, var oppfølgingen utelukkende basert på fysiske konsultasjoner. Pasientene møtte opp på medisinsk poliklinikk i Mosjøen for tilpasning av CPAP

utstyr etter å ha fått diagnosen OSAS. Videre kontroller bestod av fysisk gjennomgang av behandlingsdata, justering av masker og trykk, samt vurdering av effekten av CPAP bruk. Denne modellen fungerte godt for mange, men hadde klare begrensninger.

Mosjøen ligger midt på Helgeland, og opptaksområdet strekker seg fra Bindal i sør til Rødøy i nord. Dette er et geografisk vidstrakt område med store avstander, begrensede kollektivtilbud og lange reiseveier. I tillegg har Helgelandssykehuset Mosjøen helgelandsfunksjon for CPAP behandling, noe som innebærer at alle pasienter som utredes for OSAS henvises til Mosjøen for full utredning, vurdering, tilpasning av CPAP utstyr og videre kontroller. For mange pasienter betyr dette flere timers reise, fravær fra jobb og behov for ledsager. For dem med redusert mobilitet, skiftarbeid eller behov for hyppigere oppfølging, ble dette både krevende og lite hensiktsmessig.

Overgangen til digital oppfølging

Fra høsten 2016 ble det teknisk mulig å følge opp CPAP pasienter digitalt, men kostnader knyttet til fjernavlesning gjorde at løsningen først ble tilgjengelig hos oss i februar 2019. Med digitale verktøy som AirView fra ResMed kunne vi for første gang lese av CPAP data direkte, uten at pasienten måtte møte fysisk. Samtidig er det viktig å understreke at alle pasienter fortsatt kommer fysisk til Mosjøen for utredning, vurdering og eventuell tilpasning av CPAP utstyr. Det er først i den videre oppfølgingen at digital kontroll kan benyttes.

Alle pasienter som ble fulgt opp digitalt samtykket aktivt til dette. For dem som ikke ønsket digital oppfølging, eller som av ulike grunner foretrakk fysisk konsultasjon, tilrettela vi for tradisjonell oppfølging. Valgfrihet og pasientmedvirkning var, og er en grunnleggende del av tjenesten.

Effekten av digital oppfølging tall som viser et tydelig skifte

For å vurdere effekten av digital oppfølging sammenlignet vi oppfølgingstall fra februar til oktober i 2018 og samme

periode i 2019. Resultatene viste en tydelig utvikling: I 2019 ble rundt 65 prosent av pasientene fulgt opp digitalt, mot et svært begrenset digitalt tilbud året før. Dette viser hvor raskt digitale løsninger kan tas i bruk når teknologien først blir tilgjengelig.

Digital oppfølging har ikke bare gjort tjenesten mer tilgjengelig for pasientene – spesielt i et område med store geografiske avstander – men også gitt oss et mer presist, fleksibelt og effektivt verktøy for å sikre god kvalitet på pasientbehandlingen.

Fjernavlesning som klinisk verktøy

Fjernavlesning av data fra CPAP har vist seg å være et av de mest verdifulle digitale verktøyene i oppfølgingen av pasienter med søvnapné. Pasienter som samtykker til digital oppfølging, får tilbud om telefonkonsultasjoner hvor vi leser av data direkte fra CPAP enheten. Dette gir oss et godt grunnlag for vurdering som ved fysisk oppmøte.

For pasienter med utfordringer som krever hyppig kontakt, for eksempel lekasjeprosedyrer, dårlig etterlevelse eller behov for justering av trykk har dette vært en stor fordel. Vi kan reagere raskere, følge utviklingen tettere og tilpasse behandlingen uten at pasienten må møte fysisk.

Alle pasienter får også tydelig kontaktinformasjon, slik at de enkelt kan ta kontakt ved plager, spørsmål eller behov for justeringer. Dette gjør oppfølgingen mer forutsigbar og tilgjengelig, og det styrker pasientsikkerheten, særlig for dem som må dokumentere stabil og effektiv CPAP bruk i henhold til førerforkortforskriften ved OSAS. Digital oppfølging gjør det enklere å sikre at disse pasientene får rask hjelp og kontinuerlig vurdering av behandlingskvalitet.

Denne arbeidsformen har gjort oppfølgingen mer tilgjengelig, mer effektiv og bedre tilpasset den enkeltes behov. Samtidig frigjør den tid og ressurser i helsevesenet, noe som er avgjørende i en tid med økende pasientvolum og knapphet på helsepersonell.

Pasientperspektivet

Erfaringene viser at mange pasienter opplever digital oppfølging som trygg og fleksibel. De slipper reisevei, ventetid og fravær fra jobb, og får samtidig en opplevelse av tett og personlig oppfølging. For enkelte pasienter har dette også økt motivasjonen for å bruke CPAP utstyret riktig, fordi de vet at behandlingsdataene følges opp jevnlig.

Digital kompetanse som del av sykepleierrollen

Gjennom masterutdanningen i digitale helsetjenester har jeg fått et bredere perspektiv på hvordan teknologi kan støtte klinisk arbeid. Digital kompetanse er ikke lenger et tillegg til sykepleierrollen – det er en integrert del av den. For å lykkes med digitalisering må vi kombinere teknologisk forståelse med klinisk vurderingsevne, etikk og kommunikasjon med pasientene.

Veien videre

Digital oppfølging av CPAP pasienter er et godt eksempel på hvordan teknologi kan styrke pasientbehandling uten å gå på bekostning av kvalitet eller nærhet. Tvert imot kan digitale løsninger bidra til mer presis, tilgjengelig og pasientsentrert oppfølging.

Utviklingen stopper ikke her. Fremover vil vi se enda mer integrerte systemer, bedre datadeling og nye muligheter for automatisert beslutningsstøtte. For oss som jobber i klinikken, handler det om å ta i bruk teknologien på en måte som gir mening – for pasienten, for fagutviklingen og for helsetjenesten som helhet.

AirTouch™
N30i

Stoffet gjør
den magisk

Møt Resmed AirTouch™ N30i

Denne nesemasken med luftslangen på hodet ble utviklet for å gi deg en behagelig natt med hvile.¹

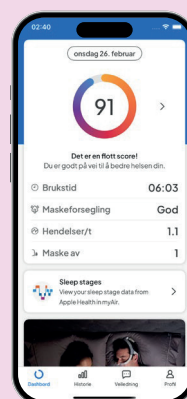
Den har en innovativ ComfiSoft™-maskepute av silikonbelagt tekstil.² Rammen på AirTouch N30i er heltrukket med myk tekstil som er skånsom¹ mot ansiktet og håret. Den puster og transporterer fukt, slik at huden føles kjølig og frisk.²

¹ myAir fungerer utelukkende med Resmeds PAP-apparater Air10 og Air11.

² Resmeds eksterne 90-dagers studie av 120 pasienter mellom 31.05.2023 og 06.11.2023. Data på fil: ID A5454700 ² Intern testrapport fra Resmed. Data på fil: ID A5500551

I brukerveiledningen finner du relevant informasjon om kontraindikasjoner, advarsler og forholdsregler du må ta hensyn til før og under bruken av produktene. AirTouch, ComfiSoft og myAir er varemerker som tilhører Resmed. Patentinformasjon og annen informasjon om immaterialrettigheter finnes på Resmed.com/ip. Spesifikasjonene kan endres uten varsel. © 2025 Resmed 102528/1 NO 2025-06

Resmed.com/AirTouchN30i



Følg søvnapné-behandlingen din

Bruk den gratis myAir™-appen for å få tilpassede tips, og følge med på din progresjon i søvnapnébehandlingen.



 **Resmed**

Avansert hjemmesykehus

Ingunn Halvorsen, lungesykepleier ved Lungeavdelingen, Haugesund sykehus

Innledning

Gjennom mine år som sykepleier har jeg deltatt som kurs rundt om i landet, hvor jeg har fått høre sykepleiere og leger fra større sykehus fortelle om spennende prosjekter knyttet til avansert hjemmesykehus (AHS).

Under videreutdanningen min som lungesykepleier var jeg så heldig å ha praksis ved lungeavdelingen på Ullevål universitetssykehus. Der fikk jeg følge Anne Louise Kleiven og se hvordan de har utviklet og etablert AHS i praksis.

Ved en senere anledning hospiterte jeg ved lungeavdelingen på Haukeland universitetssykehus, hvor jeg fikk innblikk i hvordan deres dyktige og engasjerte team arbeidet med oppstarten av sitt AHS-tilbud. Takk til Sandra Berntsen og Emma Helen Larsen for den varme mottakelsen! Jeg har alltid opplevd AHS som en spennende og meningsfull arbeidsform, og ønsket om å en dag å få jobbe med dette har fulgt meg siden første foredraget av Anne Louise Kleiven som jeg hørte på.

AHS innebærer at pasienter får behandling, utredning og oppfølging hjemmet for sykdommer eller tilstander som vanligvis krever innleggelse i sykehus. Tilbudet er rettet mot personer som har behov for sykehusbehandling, men hvor det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre denne i hjemmet. Behandling i hjemmet kan gi like gode resultater som en sykehusinnleggelse, samtidig som det kan bidra til mer effektiv ressursbruk og økt tilfredshet hos pasientene (Oslo universitetssykehus, 2025).



I mai 2026 var jeg så heldig å få presentere mitt forbedringsprosjekt på Helse Fonna sin pasientsikkerhetskonferanse.



Ingunn ved første hjemmebesøk



Synnøve på sitt første hjemmebesøk



AHS Medisinsk teknisk utstyr

Forbedringsutdannelsen i Helse Vest

Våren 2025 ble jeg oppfordret av min leder til å søke plass på den regionale forbedringsutdannelsen i Helse Vest. Dette er et kompetanseprogram for helsepersonell, designet for å lære bort forbedringsmetodikk og pasientsikkerhet. Utdanningen går over 10 måneder og består av flere samlinger. Mitt forbedringsprosjekt ble da naturligvis oppstart av AHS. Samtidig søkte jeg såkornmidler for å kunne finansiere tiltakene jeg så nødvendig for å starte opp med AHS. Såkornmidler er et økonomisk tilskudd/stipend som tildeles for å kickstarte nye prosjekter, forskning eller ideer i en tidlig fase. Jeg var så heldig å bli tildelt såkorn midler og dette har blant annet bidratt til at jeg kunne få hospitere hos andre sykehus som har allerede etablerte AHS forløp (Helse Vest, 2025)

Oppstart og planlegging

Med det var arbeidet i gang og drømmen om å starte med AHS ble enda mer virkelig. Jeg begynte med å sette sammen en arbeidsgruppe som ble bestående av 2 lungesykepleiere, 2 lungeleger, merkantil, funksjonsleder og koordinator for legene. Arbeidsgruppen hadde jevnlig møter hvor vi planla vår nye arbeids-

hverdag, utviklet prosedyrer for nytt medisinskteknisk utstyr, utviklet sjekklister og satt oss ulike mål som vi håpet var oppnåelige de neste 10 månedene.

Vårt endelige mål var å redusere elektive innleggelser relatert til respirasjonssvikt på sengeposten med 50 % i perioden november 2025 – mars 2026.

Arbeidshverdagen

Merkantil gjennomgår ventelister for utredning av respirasjonssvikt og setter opp pasienter for AHS innleggelse. Det er satt av tid til AHS innleggelser onsdager og torsdager annenhver uke. I perioder har vi satt opp hver uke for å redusere ventelisten.

Pasienten mottar et innkallingsbrev fra lungepoliklinikken med informasjon om forløpet. I forkant av besøket tar sykepleier kontakt per telefon for å sikre at pasienten har forstått hva som skal gjennomføres, samt avklare om det er forhold vi må ta hensyn til. Dette kan for eksempel være at pasienten ikke klarer å koble til utstyret selv, i slike tilfeller må vi sørge for at det er noen til stede som kan bistå med oppkobling. Sykepleiere booker bil og planlegger turen ut til pasienten.

Informasjon til pasienten

- Trygge omgivelser: Du får oppholde deg hjemme i kjente omgivelser, noe som kan bidra til mindre stress og en mer forutsigbar hverdag for både deg og dine nærmeste.
- Tverrfaglig oppfølging: Teamet samarbeider med kommunale helsetjenester og gir nødvendig veiledning, noe som legger til rette for en jevn overgang mellom sykehus og hjem.

Dag 1

- En sykepleier kommer hjem til deg med utstyret du skal sove med
- Du, og/eller personen som skal hjelpe deg med utstyret, får skriftlig og muntlig opplæring om hvordan utstyret skal brukes.
- Om du skal ha kontroll etter oppstart av LTMV blir data fra pustemaskinen hentet ut, slik at helsepersonell kan se hvordan den har fungert.
- Det blir tatt blodgass og pustepøver.

Natt

- Du setter på utstyret rett før du legger deg, og tar det av når du våkner
- Utstyret skal være på hele natten.
- Du har mulighet å ta kontakt med sengeposten på sykehuset 24/7 om det skulle oppstå noe du lurer på



Lungesykepleierne Ingunn Halvorsen og Synnøve Strømøy

Dag 2

- Sykepleieren henter utstyret og drar tilbake til sykehuset for å lese av rapportene
- Du vil få en samtale med behandlende lege på telefon.
- Du blir satt opp til ny poliklinisk time for oppstart av langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV) ved behov.

Medisinsk teknisk utstyr

Vi var heldige å ha aktuelt medisinsk teknisk utstyr klart og tilgjengelig når startskuddet gikk. De ulike er apparatene vi har tilgjengelig til bruk i hjemmet er:

- Søvnpolygrafi
- Blodgassapparat med mulighet for både arteriell og kapillær måling
- Spirometri
- Transkutan Co2 måling

Resultater

Vi har nå etablert et godt fungerende AHS-forløp ved lungeavdelingen annen hver uke.

Som tidligere nevnt hadde vi som mål å redusere antall elektive innleggelser med 50 %. Resultatene viser nå at i gjennomsnitt gjennomføres 70 % av innleggelsene

som AHS i stedet for på elektiv innleggelse på sengepost. Dette vil altså si at vi har hatt 15 AHS-innleggelser og 7 innleggelser på sengepost. Dette gav naturligvis en betydelig reduksjon i behovet for elektive sykehusinnleggelser. For avdelingen innebærer dette totalt 16 liggedøgn og innleggelser av 11 unike pasienter på AHS.

Veien videre

Etter etableringen av AHS, vil er det nødvendig å rette oppmerksomheten mot videre utvikling og kvalitetssikring av forløpet. En sentral faktor som vi ønsker å se mer på fremover er kostnader. Vi ønsker å se om avdelingen sparer på å ha et slikt forløp, transport ressurser og blant annet kostnadene omkring følgepersonell til de av pasientene som eventuelt har det.

Videre vil systematisk kompetanseheving blant helsepersonell være avgjørende for å opprettholde høy faglig standard, samt for å håndtere komplekse kliniske problemstillinger. Tilgang til mer relevant medisinsk-teknisk utstyr vil være en forutsetning for å kunne fortsette med trygg pasientoppfølging i hjemmet. Dette inkluderer både investering i nødvendig utstyr og opplæring i korrekt bruk.

Avslutningsvis vil kontinuerlig evaluering og videreutvikling av rutinene og prosedyrene våre være essensielt for å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og etterlevelse av gjeldende faglige retningslinjer.

Referanser:

Helse Vest. (18.02.2026). Såkornmidlar. Såkornmidlar - Helse Vest RHF

Oslo universitetssykehus. (21.08.2025). Hva er hjemmesykehus og digital oppfølging? Hva er hjemmesykehus og digital oppfølging? - Oslo universitetssykehus HF

Lungesykepleier i oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging



Navn: Maren Skogli Pettersen

Tittel: Lungesykepleier
i oppfølgingstjenesten digital
hjemmeoppfølging

Utdanning: Videreutdanning
i lungesykepleie Høgskolen på
Vestlandet, ferdig 2014.

Arbeidssted: Ullensaker Kommune
Maren.skogli.pettersen@ullensaker.
kommune.no

Å arbeide som lungesykepleier i digital hjemmeoppfølging

Fra et kontor i Ullensaker kommune følger lungesykepleier Maren Skogli Pettersen opp over 200 kronisk syke pasienter – uten å møte de ansikt til ansikt. Gjennom en app på pasientens telefon og målinger holder hun kontinuerlig oversikt over symptomer, helsetilstand og pust.

Et tilbud i utvikling

I Ullensaker kommune har man siden 2018 tilbudt digital hjemmeoppfølging gjennom prosjektet *MILA – Mitt Liv, Mitt Ansvar* til sine innbyggere.

MILA er et samarbeid om digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter og felles oppfølgingstjeneste for Helsefelleskapet Ahus og kommunene. Ved hjelp av teknologiske løsninger kan pasienter følges opp hjemme av helsepersonell.

I januar 2025 gikk MILA over fra å være prosjekt til ordinær drift, hvor Ullensaker kommune står for oppfølgingen av pasientene på vegne av 10 kommuner. MILA kan vise til at denne type oppfølging gir bedre kvalitet for pasienten i form av

mindre innleggelser på sykehus og bruk av legevakt. Og man ser en effektiv oppfølgingsform av pasienter og det er mer kostnadseffektivt.

I 2025 vant MILA digitaliseringsprisen fra digitalisering direktoratet for sitt arbeid for en mer bærekraftig helse-tjeneste, og et sømløst samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

I Ullensaker kommune sitter det 4 sykepleier i til sammen 3,4 årsverk, deriblant Maren som er lungesykepleier. Disse sykepleierne følger opp 225 pasienter, hvor av 180 har diagnosen KOLS. Det er fortsatt noen av pasientene som fortsatt er i jobb, noen på utredning for lunge-transplantasjon og noen så dårlige at symptomlindrende behandling er startet opp.

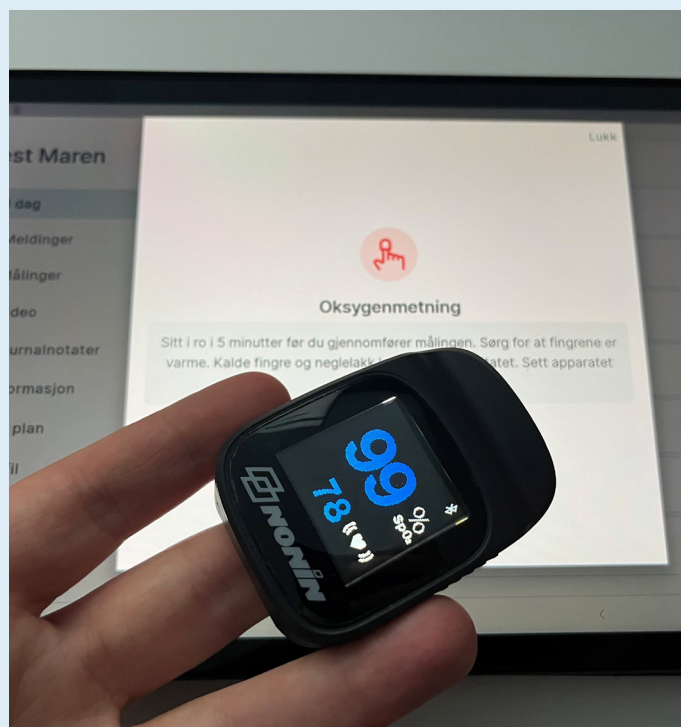
Oppfølgingstjenesten jobber mandag til fredag. Oppfølgingen foregår via telefon, video og meldinger.

Oppdager forverring tidlig

Ved hjelp av en app registrerer pasientene ulike målinger som blodtrykk, puls, temperatur, vekt og oksygenmetning. Pasienten svarer på spørsmål om egen



Lungesykepleier Maren Pettersen



Utstyr som brukes i digital hjemmeoppfølging

helse. Spørsmålene gir opplysninger om pusten har endret seg, om slimet har endret konsistens eller farge.

Målingene kategoriseres i grønn, gul og rød sone. Er pasienten i grønn sone, fortsetter pasienten som før, ved gul og rød startes tiltak i tråd med egenbehandlingsplanen.

Pasienten sender inn måling en gang i uken. Opplever pasienten at helsen endrer seg eller at man får en forverring anbefales det at det sendes inn daglig målinger.

Pasienten får utarbeidet en digital egenbehandlingsplan i samarbeid med oppfølgingstjenesten og fastlegen/spesialist på Ahus. Planen inneholder anbefalte tiltak knyttet til fysisk aktivitet, ernæring og legemiddelbruk i de ulike sonene dersom helsetilstanden endrer seg.

Ved at pasienten får en egenbehandlingsplan som kan benyttes ved forverring kommer pasientene ofte i gang med tidligere behandling, noe som kan forhindre en sykehusinnleggelse, og pasientene på en trygghet ved at de vet hva de kan gjøre ved forverringer.

Tett samarbeid med spesialisthelsetjeneste

Hver mandag møtes oppfølgingstjenesten og lungelege fra Ahus til digitale samarbeidsmøter. Her diskuteres pasienter med endringer i symptombylde eller behov for videre utredning.

Typiske problemstillinger kan være:

- hyppig bruk av antibiotika og prednisolon
- økende tungpust som ikke responderer på inhalasjonsmedisin
- behov for vurdering på lungepoliklinikk

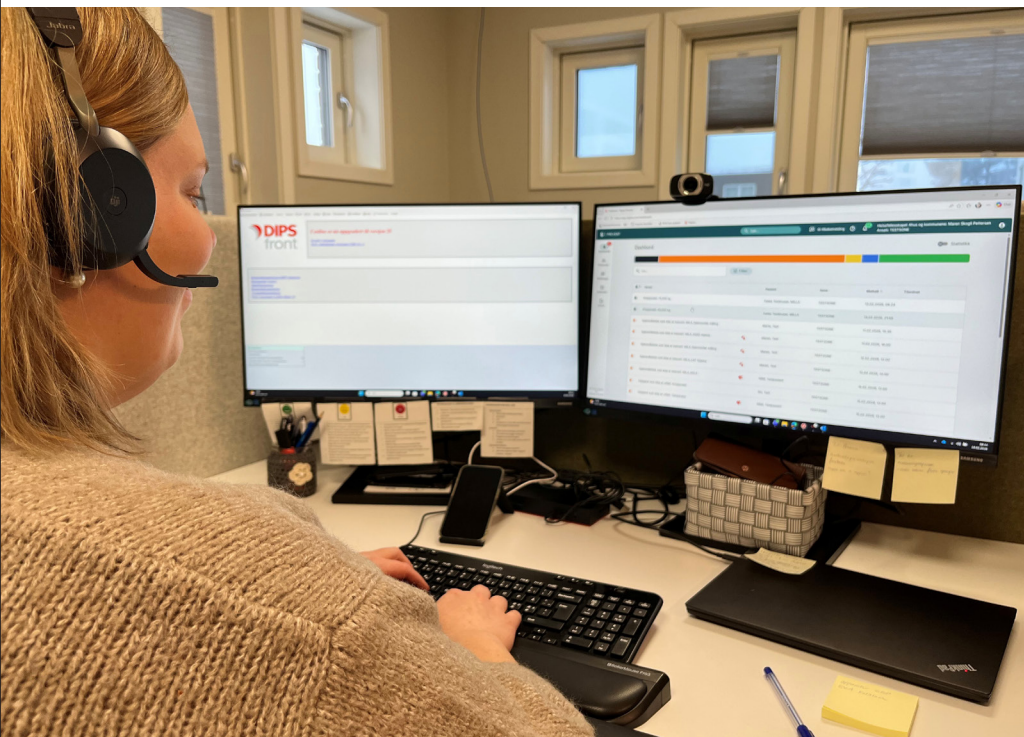
Det er flere av pasientene som har startet opp med oksygen da det sees en endring i oksygenmetning over tid som gjør at pasienten tas inn på time på lungepoliklinikken.

Lungepoliklinikken har satt av tid til å ta inn tre pasienter hver uke gjennom ordningen. Disse pasientene får behovsstyrt oppfølging fremfor tradisjonell timebasert kontroll. Det gir en mer treffsikker tjeneste. Pasientene kommer når de faktisk trenger det.

Samarbeidet gjør overgangen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste mer sømløs, og bidrar til bedre pasientforløp.

Lungesykepleierens rolle i digital hjemmeoppfølging

Lungesykepleiere arbeider tradisjonelt i sykehus eller spesialisthelsetjenesten.



I kommunehelsetjenesten er denne kompetansen mindre utbredt, noe som medfører både muligheter og utfordringer.

Som eneste lungesykepleier i Ullensaker kommune innebærer rollen blant annet:

- å være faglig ressurs for kollegaer
- å bidra til kompetanseutvikling i tjenesten
- å ta selvstendige kliniske beslutninger

Arbeidet skjer i stor grad uten direkte fysisk pasientkontakt, noe som stiller krav til klinisk vurdering og erfaring fra klinisk arbeid. Ofte må man fiske etter symptomer og endringer hos pasienter, og det er ikke like lett å få tak i hvordan pasienten har det. Det krever at man lytter og vet hvordan/hva man kan spørre pasienten om under samtalen for å få tak i nyttig informasjon. Dette krever erfaring.

Som lungesykepleier i digital hjemmeoppfølging er det viktig at valgene man tar under oppfølgingen av pasientene er faglig vurdert, og at man ser målinger sammen med hvordan pasienten føler seg. Det handler om å ha evnen til å gjøre en helhetlig vurdering.

Lungesykepleieren får brukt kunnskapen sin om inhalasjonsmedisiner og veilede i bruken av disse. Ofte trenger pasienten hjelp til å vurdere hvilke medisin som skal brukes når, og at det er viktig å øke på disse ved økende symptomer. Hvis symptomene forverrer seg mye kan det være behov for bruk av kortison og antibiotika.

Oppfølging av røykeslutt er også en viktig del av oppfølgingen. Her lages det en plan med pasienten om hvordan de ønsker hjelp for å bli røykfrie. Flere har klart å slutte å røyke.

Relasjonsbygging uten fysisk møte

Til tross for manglende fysisk kontakt oppstår det ofte tette relasjoner til pasientene. Regelmessig telefonkontakt gir innsikt i pasientens hverdag, utfordringer og mestring.

For mange pasienter innebærer dette økt trygghet og en bedre håndtering av sykdommen.

Lungesykepleieren får dermed også en rolle i å gi psykososial støtte. Dette kan være særlig viktig i en pasientgruppe preget av angst, ensomhet og kronisk sykdom.

Det er også mange samtaler som omhandler det å leve med lungesykdom, og hvordan det er når sykdommen preger hverdagen mye og pasienten nærmer seg endestadiet av sykdommen.

En fremtidsrettet tjeneste

Digital hjemmeoppfølging representerer en ny måte å organisere helsetjenester på – der teknologi, fagkompetanse og samarbeid går hånd i hånd.

For lungesykepleieren innebærer det en mer selvstendig rolle, og behov for å kombinere klinisk erfaring med digital forståelse og kommunikasjonsevner.

For pasienten betyr det tryggere oppfølging – hjemme.

ERS KONGRESSEN 2026

European Respiratory Society (ERS) kongressen finner sted fra 05. september til 09. september 2026. Det vil være en hybrid-konferanse, med mulighet for å delta enten online eller personlig i Barcelona, Spania.



ERS-kongressen er en årlig konferanse. Den samler verdens respirasjons-eksperter 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.

Søknadsfrist: 12. september 2026 for stipend til faglige kurs og møter.

Håper vi sees i Barcelona!



Gerd Gran, leder

Jeg heter Gerd Gran og bor i Bergen. Jeg har videreutdanning i lungesykepleie, ved Høgskulen på Vestlandet, og master i Internasjonal helse ved Universitetet i Bergen.

Jeg arbeider som ass. seksjonsleder i Pasientsikkerhet, Forsknings- og utviklingsavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Jeg har tidligere arbeidet i mange år ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus. Jeg har også arbeidet i hjemmesykepleien i Bergen kommune og som høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen. Jeg har vært en av de fagansvarlige for den kliniske videreutdanningen i Lungesykepleie ved Høgskulen på Vestlandet siden den startet. Fra høsten 2021 har jeg vært fagansvarlig for den kliniske master- og videreutdanningen i infeksjonssykepleie og smittevern.

Jeg synes at lungefaget er et spennende fagområde og ser at vi har mange interessante oppgaver som faggruppen arbei-

der med og bør fortsette å arbeide med, og også nye utfordringer som vi kan gripe fatt i. Jeg vil som leder gjøre mitt beste for å fremme faggruppen vår og oss lungesykepleiere både nasjonalt og internasjonalt.



Maren Pettersen, sekretær

Mitt navn er Maren Pettersen, jeg er 36 år og bor på Dal i Eidsvoll sammen med min samboer Eivind og våre tre barn. Jeg har vært sykepleier siden 2011, og spesialiserte meg som lungesykepleier i 2014. Min yrkesreise startet på Hamar sykehus, og det var der i møte med pasienter med lungesykdommer at jeg fant mitt faglige engasjement.

Siden 2016 har jeg jobbet i Ullensaker kommune, hvor jeg har fått bred erfaring fra både langtids- og korttidsavdelinger, samt ressursavdeling for yngre pasienter med alvorlig sykdom som ALS og kreft. I 2020 begynte jeg i digital hjemmeoppfølging, og jobber nå 100% der.



Tonje Susann Hanssen, nestleder

Jeg heter Tonje Susann Hanssen, er 41 år og bor i Bodø sammen med samboeren min og våre tre jenter på 8, 16 og 17 år, samt familiens firbeinte attpåklatt, Louie.

Jeg har arbeidet innen lungefaget i 15 år. De første årene jobbet jeg på lungesengepost, og siden 2013 har jeg vært ansatt ved lungepoliklinikken ved Nordlands-sykehuset i Bodø. I 2012 fullførte jeg videreutdanning i lungelidelser ved Nord universitet.

Siden januar 2015 har jeg vært leder for faggruppen for lungesykepleiere i Nordland, et verv jeg trives svært godt i. I faggruppen arrangerer vi fagmøter for sykepleiere med interesse for lungesykdommer, og vi opplever et godt og engasjert fagmiljø. Den store interessen for både faglig oppdatering og sosiale møteplasser gjør det ekstra givende å få bidra til å arrangere kurs og fagkvelder.

Siden 2017 har jeg hatt vervet som nestleder i hovedstyret. Jeg setter pris på nye utfordringer og muligheten til å være med på å påvirke beslutninger og utviklingen av fagområdet gjennom styrearbeid.



Ida Mørkesdal, kasserer

Jeg heter Ida Mørkesdal og bor i Kristiansand, der jeg arbeider som intensivsykepleier på avdeling for intensivmedisin ved Sørlandet Sykehus Kristiansand. Opprinnelig kommer jeg fra Eidsvoll, men har siden sykepleierutdanningen satt rot i Sør-Norge.

Min fagreise innen lunge- og respirasjonsområdet startet for over ti år siden, da jeg begynte på lungemedisinsk avdeling ved samme sykehus. Der fikk jeg en bred og verdifull erfaring med pasienter med kroniske og akutte lungesykdommer. Spesielt fikk jeg utvikle interesse for utredning og behandling av pasienter med OSA (obstruktiv søvnapné syndrom), blant annet gjennom arbeid på poliklinikk. Denne tiden la grunnlaget for min vedvarende fascinasjon for respirasjonsfysiologi og behandling av pasienter med komplekse ventilasjonsbehov.

Dette engasjementet førte meg videre til intensivavdelingen, hvor søkelys på respirasjon og mekanisk ventilasjon er

sentralt. Her har jeg fått fordype meg ytterligere i avansert respirasjonsstøtte, både invasiv og ikke-invasiv ventilasjon, samt oppfølging av pasienter med langvarig ventilasjonsbehov – inkludert dem med hjemme-respirator. Det er fortsatt dette området som brenner mest i meg.

Både sykepleierutdanningen og spesialiseringen i intensivsykepleie gjennomførte jeg ved Universitetet i Agder i Kristiansand. Samtidig har jeg vært aktiv i Lungesykepleierne NSF, og har vært kasserer i styret siden 2017. Det er en glede å kunne bidra til fagfellesskapet, både i daglig drift og i arbeidet med å styrke synligheten og utviklingen av lungefaget.

Utenfor jobben er jeg mor til to livlige tvillingjenter på nesten 8 år, og vi deler hjemmet med to katter og én hest – som nok tar mest plass i min fritid! Ridning er min største hobby, men jeg nyter også skigåing, god lesning, strikking og en avsluttende kveld med brettspill sammen med familien.

Det er en ære å representere vårt fagfelt, og jeg ser frem til å fortsette å bidra – både klinisk og i foreningen – for å styrke kvaliteten i omsorgen av pasienter med respiratoriske utfordringer



Agathe Krevik Govertsen,
lokalgruppeansvarlig

Jeg heter Agathe Krevik Govertsen. Jeg kommer fra Bergen, er gift og har to flotte jenter på 17 og 19 år. Jeg er spesialsykepleier med en Master i klinisk sykepleie innen Lungesykepleie.

Jeg jobber ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland Universitets sykehus. Der jobber jeg mye med pasienter med allergisk astma og yrkes astma. Jeg liker å lære nye ting og synes det å holde seg faglig oppdatert er viktig.

Jeg startet som nesten helt nyutdannet sykepleier ved Lungeavdelingen på Haukeland og jobbet der i ca 15 år. Jeg har truffet utrolig mange dyktige og inspirerende sykepleiere igjennom disse årene, og mange av de har vært medlemmer i faggruppen til lungesykepleierne. Det ble derfor helt naturlig for meg å engasjere meg der, og siden gå inn i styret i Lungesykepleierne NSF Vestland hvor jeg nå sitter som ledere. Ved å være med i hovedstyret treffer jeg mange engasjerte medlemmer, jeg synes det er kjekt å være med på utviklingen veien videre innenfor sykepleie til lungesyke pasienter.



Berit Synnøve, redaktør *Fagbladet*

Mitt navn er Berit Synnøve, og jeg er lungesykepleier!

Jeg kommer fra Leksvik som er en liten bygd på Fosenhalvøya i Trøndelag, men er bosatt i Trondheim med samboeren min. På fritiden liker jeg å være sosial, og bruker ellers mye av tiden på å være i aktivitet. Sykepleierkarrieren startet i 2014, etter at jeg ble uteksaminert ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) Levanger, nå Nord Universitet. I meste-parten av min karriere har jeg jobbet ved indremedisinsk avdeling ved Orkdal sjukehus, før jeg i 2024 begynte ved lungeavdelingen på St. Olavs Hospital. Her jobber jeg nå i en spennende stilling som fagutviklingssykepleier på sengepost.

Jeg ble tidlig «forelsket» i pasienter med kols, da jeg opplevde at deres behov for symptomlindring og oppfølging var mangelfull sammenlignet med for eksempel kreftpasientene på avdelingen. Interessen for lungefaget vokste gjennom en svært dyktig kollega som var lunge-

sykepleier, som tok meg med til flere Lungesykepleiere NSF-konferanser og kurs i respirasjonsfysiologi. Etter hvert fikk jeg jobbe på lungepoliklinikk, og videreutdanning som lungesykepleier ble et naturlig personlig mål for meg. I 2020 ble jeg uteksaminert som lungesykepleier ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) i Bergen, og tok videre mastergrad i lungesykepleie i 2023. Etter mastergraden har jeg fått gleden av å jobbe som eksamenssensor for lungesykepleierutdanningen på HVL i Bergen.

Nå ser jeg frem til å ta fatt på nye og spennende arbeidsoppgaver som styremedlem i NSF Lungesykepleierne, blant annet som redaktør for *Fagbladet*.



Ingunn Halvorsen, webansvarlig

Jeg heter Ingunn Halvorsen og bor i Haugesund, der jeg jobber som lungesykepleier ved lungeavdelingen og poliklinikk ved Haugesund Sykehus og har jobbet der i over 14 år. Jeg vil tørre å påstå at

i løpet av disse årene har jeg innhentet meg god erfaring og kunnskap rundt lungefaget og de ulike pasientgruppene vi møter på. Jeg utviklet raskt en spesiell interesse for pasienter med respirasjonssvikt. I 2020 ble jeg er del hjemmerespiratorteamet på Haugesund sykehus som gjorde at jeg fikk sette meg ytterlige inn i behandlingen av respirasjonssvikt. Høsten 2025 startet jeg opp med avansert hjemmesykehus hvor vi tilbyr utredning av respirasjonssvikt i hjemmet fremfor at de legges inn på sengepost.

Sykepleier utdannelsen gjennomførte jeg i Newcastle, Australia ved University of Newcastle tilbake i 2011. Videreutdanningen i lungesykepleie gjennomførte jeg i Bergen ved Høgskolen på Vestlandet i 2023. Neste steg vil være mastergrad som jeg håper å starte på høsten 2027. Jeg har vært så heldig å få være en del av hovedstyret siden 2023 og trives veldig godt. Det gir en unik mulighet å være på utviklingen innen lungefaget og få muligheten til å danne nettverk rundt om i landet vårt.

Utenfor jobb har jeg en samboer som har 2 fine jenter på 11 og 15 år. På fritiden liker jeg godt å holde meg aktiv, både ved å trene på treningssenter, turer i fjellet eller å løpe ute. Tidligere i år fullførte jeg min første halvmaraton i Frankfurt og har virkelig fått blod på tann! Jeg er også veldig opptatt av å få reise og oppleve nye steder.

Forskningsnettverk

Forskningsnettverket til Lungesykepleierne NSF er et nasjonalt nettverk for sykepleiere som forsker innen lungefaget.

Den overordnende hensikten med nettverket er å bygge opp og stryke det nasjonale forskningsmiljøet innen lungesykepleie. Hensikten med nettverket er også styrke forskning på problemstillinger som er relevant for pasienter med lungesykdommer og deres pårørende.

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

Medlemmer av forskningsnettverket kan bistå med veiledning på masteroppgaver og andre forskningsprosjekter.

Du må ha mastergrad eller doktorgrad og være medlem av Lungesykepleierne NSF for å kunne bli med i forskningsnettverket. Ønsker du å være med i forskningsnettverket kan du sende en e-post til lungesykepleierne@gmail.com.



Nordisk Lungekongress Island 2026

Den 52. nordiske lungekongressen (NLC) ble arrangert i Reykjavik, Island, fra 3. til 5. juni 2026. Kongressen samlet lungespesialister, sykepleiere og helsepersonell for å dele faglig og vitenskapelig kunnskap.

Ida Mørkesdal, intensivsykepleier,
avdeling for intensivmedisin ved Sørlandet Sykehus Kristiansand.



For et spektakulært land! Jeg kombinerte denne kongressen med familieferie sammen med mannen min og tvillingjentene våre på syv år, og det ble en fantastisk opplevelse. Vi reiste opp noen dager før konferansen og fikk virkelig oppleve hva Island har å by på. Vi besøkte blant annet Golden Circle, geysirene, lavatunneler og Blue Lagoon – og mye mer. En opplevelse vi sent vil glemme.

Konferansen ble arrangert i det imponerende konserthuset Harpa i Reykjavik. Bygningen er en attraksjon i seg selv. Lokalene var flotte, de ansatte imøtekommende, og serveringen under pauser og lunsjer holdt høy kvalitet.

Blant foredragene som gjorde særlig inntrykk, vil jeg trekke frem følgende:

Charlotte Ulrik – «Asthma Beyond the Airways: Understanding Comorbidities and Clinical Impact»

Den danske kollegaen kombinerte faglig tyngde med en god dose humor, noe som bidro til å holde engasjementet i salen oppe gjennom hele foredraget. Hun presenterte flere lærerike kasuistikker der pasienter hadde fått diagnosen astma, men hvor det senere viste seg at symptomene hadde en helt annen årsak.

Et sentralt budskap var viktigheten av ikke bare å stille riktige diagnoser, men også å tørre å revurdere og eventuelt fjerne diagnoser som ikke lenger viser seg å være korrekte. Ett eksempel var en kvinne som brukte store mengder astma-medisin, inkludert Ventoline opptil tolv ganger daglig. Ved nærmere utredning viste det seg at hun i stedet hadde angst og alvorlig depresjon.

Foredraget ga grunn til refleksjon rundt hvor mange som kanskje lever med en feilaktig astmadiagnose. Det understreket betydningen av å se hele pasienten og ikke bare diagnosen.

På spørsmål fra salen om hun anbefalte fysisk aktivitet til astmapasienter, var svaret klart og tydelig: Ja. All trening er bra, og fysisk aktivitet bør oppmuntres hos alle som har mulighet til det.

Helga Ásgeirsdóttir – «Lung Diseases and Acute Respiratory Failure: When to Intubate and the Challenges in Treatment»

Som anestesilege hadde Helga Ásgeirsdóttir et tydelig klinisk fokus, noe som ga et friskt avbrekk fra de mer



datatunge og statistikkbaserte presentasjonene. Hun trakk frem konkrete utfordringer man kan møte i klinisk praksis, med eksempler fra blant annet ILD, KOLS, ARDS og PAH.

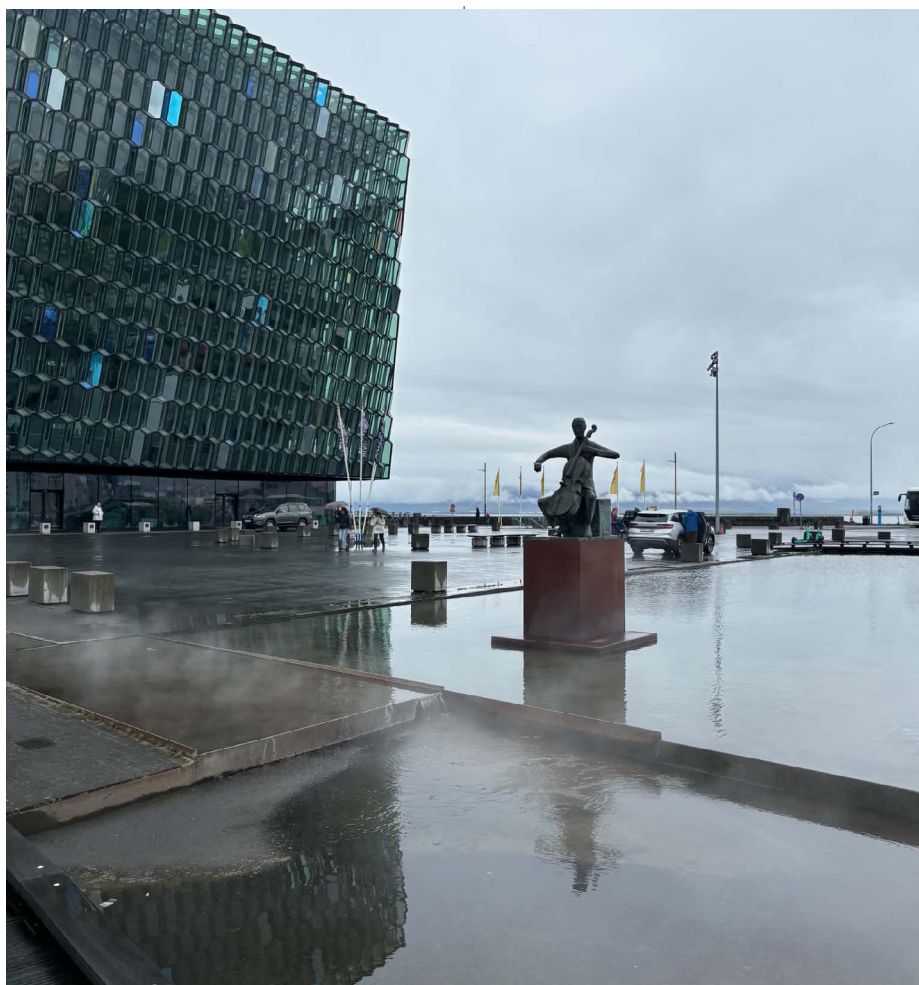
Et viktig budskap var betydningen av å ta de vanskelige samtalene med pasientene mens det fortsatt er tid til refleksjon og planlegging – ikke først når man står klar til å intubere. Dette gjelder særlig pasienter med alvorlig lungesykdom, for eksempel de som står på venteliste for lungetransplantasjon. For noen av disse kan en intubasjon innebære at de ikke kommer av respirator igjen uten transplantasjon.

Hun understreket også viktigheten av å ikke vente for lenge med intubasjon når behovet først er til stede.

Per Martin Silverborn – «Lung Transplantation Surgery, New Technology»

Et av de mest interessante poengene i dette foredraget var hvordan behovet for lungetransplantasjoner har falt betydelig de siste årene. Dette skyldes i stor grad de nye behandlingsmulighetene for pasienter med cystisk fibrose (CF), som har redusert behovet for transplantasjon i denne pasientgruppen.

Silverborn trakk også frem hvordan moderne teknologi og økt bruk av ECMO har bidratt til bedre overlevelse ved lungetransplantasjon. ECMO kan benyttes både som en bro til transplantasjon for pasienter som venter på donororganer, og som støtte under og etter operasjonen når det er behov for ekstra sirkulatorisk eller respiratorisk støtte.



Tonje Susann Hanssen, *spesialsykepleier*, ved lungepoliklinikken ved Nordlandssykehuset i Bodø

Fars helse før unnfangelsen kan påvirke barnets lungehelse,

Cecilie Svanes

Et av de mest interessante foredragene under Nordic Lung Congress 2026 i Reykjavik var professor Cecilie Svanes' presentasjon om hvordan fars helse og livsstil før unnfangelsen kan påvirke barnets risiko for luftveissykdommer.

Svanes viste til forskning som tyder på at faktorer som røyking, overvekt og andre miljøeksponeringer hos far kan påvirke avkommets helse gjennom epigenetiske mekanismer. Disse påvirkning-

gene kan overføres via sædceller og bidra til økt risiko for blant annet astma og redusert lungefunksjon hos neste generasjon.

Et sentralt budskap var at respiratorisk helse og sykdom ikke bare formes av genetik og forhold under svangerskapet, men også av eksponeringer før befruktningen finner sted. Foredraget understreket dermed betydningen av et livsløpsperspektiv i forebygging av lungesykdom.

Særlig interessant var funn som peker på at puberteten hos gutter kan være et kritisk tidsvindu, hvor miljøpåvirkninger kan få konsekvenser for fremtidige generasjoners helse. Presentasjonen bidro til å utvide forståelsen av hvilke faktorer som påvirker utviklingen av

luftveissykdommer, og løftet fram farens rolle som et viktig, men ofte oversett, forskningsfelt.

Health effects of novel nicotine products

Magnus Lundbäck

Den nye nikotinepidemien: dette vet vi om konsekvensene disse produktene har for helsen vår:

Skader på den umodne hjernen:

Nikotineksposering fra fosterstadiet til tidlig voksen alder truer hjernens utvikling. Det øker risikoen for avhengighet, angst, depresjon, betennelser, svekket selvkontroll og kognitive forstyrrelser.

Feilslått skadereduksjon:

E-sigaretter og nye nikotinprodukter fungerer dårlig som røykesluttmetode. De er lett tilgjengelige, brukes primært av unge (ofte ikke-røykere), brukes som et tillegg til røyk, og er definitivt ikke harmløse.

Vape har vist seg å skade lunger og blodkar

Bruk av e-sigaretter med nikotin gir stivere arterier, økt risiko for blodpropp og luftveiostruksjon. Dyrestudier viser at det forårsaker uhelbredelig lungesykdom som kols og emfysem, i likhet med vanlige sigaretter.

Hjerte- og diabetesrisiko ved snus

Snusing gir stivere blodkar, økt risiko for type 2-diabetes, samt høyere dødelighet ved hjerneslag og hjerteinfarkt. Snus reduserer også effekten av akutt hjertemedisin.

Farlig under graviditet

Nikotin opphopes i fostervannet og overføres via morsmelk. Snusing under svangerskapet øker risikoen for spontanabort, prematur fødsel og svangerskapsforgiftning.

Oppsummert

Foredraget tegner et tydelig bilde av at den «nye nikotinepidemien» med e-sigaretter og snus medfører alvorlig helserisiko for hjerte, lunger og hjerne, og at produktene rekrutterer unge og ikke-røykere fremfor å fungere som et sunt alternativ for røykeslutt.

* Cumulative occupational exposure to wood dust and respiratory diseases

(Rachel Louise Hasting m.fl.,
National Institute of Occupational Health, Oslo)

Tresstøv kan påvirke lungene – men styrken på sammenhengene varierer

mellom sykdomstyper og kjønn. Interstitielle lungesykdommer (ILD) kan ha en mulig sammenheng med høy eksponering for tresstøv, særlig pulmonal sarkoidose hos menn.

Astma viser konsistent sammenheng med enkelte typer tresstøv, men kvinner i studien hadde lavere risiko ved økende eksponering (mulig healthy worker effect).

KOLS/emfysem kan ha en svak sammenheng med tresstøv, men røyking spiller trolig en betydelig rolle.

Oppsummert

Tresstøv kan være en risikofaktor, men evidensen er delvis begrenset, og individuelle faktorer må tas med i vurderingen.



Anders Storesund hadde poster presentasjon: Outcomes of prolonged mechanical ventilation weaning in a specialised respiratory weaning unit: A retrospective observational study. Respiratorisk overvåking (ROE), Lunge post 1, Lungeavdelingen, Haukeland universitetssykehus.

Reisebrev fra Island og Nordisk Lungekongress



Harpa hvor Nordisk lungekongress ble avholdt.



Berit Wærdahl Haanshuus,
lungesykepleier, MsC, BreatheCAG-
koordinator ved St. Olavs Hospital.

Island – landet der naturkreftene former både landskap og luftveier

Midt ute i Nord-Atlanteren, på grensen mellom to kontinentalplater, løfter Island seg med majestetisk natur. Sort vulkansk landskap forent med frodige grønne åssider og blått hav, gir ett vakkert og vilt uttrykk. Landet har en av Europas reneste luftkvaliteter – helt til jorden åpner seg.

Når vulkanene våkner, endrer lufta seg raskt. Utbrudd kan sende store mengder svoveldioksid og finpartikler ut i atmosfæren, og vinden kan føre gasskyer rett over tett befolkede områder. For de fleste gir dette irritasjon i øyne og luftveier. For personer med astma, KOLS eller kroniske luftveissykdommer kan slike episoder være dramatiske, ikke bare på Island, men også i store deler av Europa.

Heldigvis for en lungesykepleier var det ingen vulkansk aktivitet under oppholdet på Nordisk lungekongress. Eller dess-



Ikoniske Hallgrímskirkja i Reykjavik.

verre kanskje? Hva hadde vel ikke vært mer stilig enn en aktiv vulkan, når man allerede har samlet all nordisk lungeekspertise på en plass?

Island bød derimot på 15 grader og overskyet, som for en trønder var meget velkomment.

Nordisk Lungekongress har en årelang tradisjon med å samle leger, sykepleiere, forskere og de senere årene legemiddelindustri for å formidle og forene samarbeid og kunnskap. Annen hvert år og denne gangen for 52. gang med til sammen over 500 deltakere.

Så hva rører seg blant leger, sykepleiere og forskere i lungemiljøet?

Med godt over 100 ulike foredrag og presentasjoner, i tillegg flere poster var det noe for enhver interesse, er det en smule overveldende for en lungesykepleier å forsøke å destillere alt innhold ned til noen få avsnitt, men jeg skal forsøke. Jeg tror at innen kols (som jeg kjenner best til) er det nok det «hotteste tema» diskusjonen rundt kols og biologisk behandling.



Spennende paneldebatt med Celeste Porsbjerg fra venstre, Lowie Vanfleteren i midten og Sigríð Vikjörd til høyre.

Gledelig er det å se at sykepleierne tar mer plass innen forskningsmiljøet og presenterer viktige synspunkter innen lungemedisin og behandling.

Blant flere sykepleiere hadde Heidi Jerpset, førsteamanuensis ved Oslo MET foredrag om kolspasienters opplevelse av stigma og skam. Hvordan skam over egen sykdom begrenser hverdagen, og følelsen av å ikke være verdig den behandlingen de har krav på. Dette er viktige betraktninger vi som sykepleiere ofte møter på, men som man ofte ikke har tid til å adressere.

Sykepleierne Emma Helen Larsen og Sandra Berntsen, begge fra Haukeland og prosjektet Avansert Hjemmesykehus, presenterte hver sin poster. Prosjektet Avansert Hjemmesykehus handler om hjemmebasert kontroll og oppfølging av pasienter med langtids mekanisk ventilasjon, eller som utredes for dette. Posterene til Sandra Berntsen omhandlet hvordan arbeidet med prosjektet, pasientgruppen og ressursbruken har utviklet seg fra starten i 2023, til 2025.

Emma Helen Larsen presenterte utfordringer ved monitorering som ble benyttet i samme prosjekt, der hensikten med

studien var å identifisere faktorer som bidrar til mislykket nattlig transkutan CO₂-monitorering, og å forberede rutinene rundt disse. Ett spennende og viktig prosjekt i arbeidet mot et mer bærekraftig og framtidsrettet helsevesen!

Jeg ønsker også å trekke frem sesjonen til min egen sjef og forsker Sigríð Vikjörd, overlege og førsteamanuensis ved NTNU, som sammen med Celeste Porsbjerg, professor og overlege ved Bispebjerg university hospital i Danmark, og Lowie Vanfleteren overlege og professor ved Sahlgrenska university hospital i Sverige, holdte en spennende debatt. Med overskriften «From firefighting to predict and prevent» diskuterte de dagens behandling av astma og kols, samt hvordan vi i fremtiden kan tidlig forutse og avdekke risikofaktorer for lungesykdommer, slik at vi kommer raskere i gang med diagnostisering og behandling.

En kongress gir både faglig påfyll og inspirasjon, men minst like viktig er muligheten til å utvide sitt faglige nettverk. Å møte kolleger fra ulike miljøer, dele erfaringer og knytte nye kontakter er en verdifull del av det å delta, og for meg likeså viktig som selve foredragene.



Fra venstre Emma Helen Larsen, Sandra Berntsen og Anders Storesund, alle fra Haukeland Universitetssykehus, med hver sin poster.



På Island kunne man få servert tørrfisk og fermentert hai.



Regnbuegaten i Reykjavik.

Til Fagblad for lungesykepleiere

Mitt navn er Heidi Jerpseth, førsteamanuensis ved OsloMet – storbyuniversitetet.

Takket være tildelt stipend fikk jeg anledning til å delta på 52nd Nordic Lung Congress (NLC2026) i Reykjavik 3.–5. juni. Jeg var invitert av den islandske organisasjonskomiteen som foredragsholder, og holdt forelesningen «Stigma and Vulnerability in the Care of Patients with COPD». Forelesningen oppsummerte funn og diskusjon fra artikkelen;

Mirror of shame: Patients experiences of late-stage COPD. A qualitative study

Min egen forskningsbakgrunn er en doktorgrad om hvordan sykepleiere, leger og pasienter deltar i beslutninger om avansert ventilasjonsstøtte til eldre pasienter med alvorlig kols.

Konferansen hadde flere faglig og interessante temaer. Innen sykepleiefaget ble det presentert ny kunnskap om å leve med kols, astma og søvnapné, samt hvordan e-helse og telemonitorering kan støtte pasientoppfølging i et presset helsevesen. Fysioterapiseksjonen belyste hvordan relativt små og målrettede treningsintervensjoner kan gi betydelig bedring i livskvalitet for pasienter med alvorlig lungesykdom. Siste konferansedag var viet tobakkskadeforebygging. Her var det særlig interessant å få innsikt i hvordan tobakksindustrien investerer betydelige ressurser i å fremstille vaping

og nye tobakksprodukter som mindre skadelige enn de faktisk er.

Stipendet muliggjorde deltakelse som ga faglig oppdatering, nyttig erfaringsut-

veksling og for min del et styrket nettverk av nordiske sykepleie forskere som er opptatt av lungesykdommer. Jeg takker for tilliten og støtten som gjorde denne deltakelsen mulig.



Heidi Jerpseth under sitt foredrag «Stigma and Vulnerability in the Care of Patients with COPD».

Tilbakemelding tildelt stipend til faglig arrangement

Vil først og fremst takke hjerteligst for tildelt stipend!

Vi jobber som studiesykepleiere innen klinisk forskning, og ønsket en oppdatering på ny forskning og kommende behandlingsstandarder. Vi har flere studier innenfor kols, astma, fibrose og lungekreft samt andre lungesykdommer. Å reise til Reykjavik på nordisk lungekongress var en ypperlig mulighet til å få innsikt i de nyeste resultatene innenfor lungeforskning. Kongressen gir en bedre forståelse av forskningsarbeid i klinisk praksis. Et av målene var nettverksbygging med andre miljøer.

Vi fokuserte mest på astma, kols og fibrose. Noe av det vi sitter igjen med etter kongressen, er det økte fokuset på mer målrettet og skreddersydd behandling, som forskning på fenotyping og biomarkører. For eksempel kolspasienter med forhøyede eosinofile granulocytter. Vi starter på HUS til høsten med 2 studier med kolspasienter og biologisk behandling vs. placebo.

Innen alvorlig astma har biologiske legemidler endret behandlingslandskapet. Målet er ikke lenger bare symptomkontroll, men klinisk remisjon, der målet er færre eksaserbasjoner, bedre lungefunksjon og redusert inflammatorisk aktivitet.

Heldigvis forskes det også mye innenfor fibrose. Legemidler som nintedanib og pirfenison er fortsatt grunnpilarene, mens nyere studier undersøker kombinasjonsbehandlinger.

Lungekreft har lenge hatt fokus på persontilpasset behandling, nå ser vi den samme utviklingen også innenfor andre lungesykdommer. spennende!

Mvh.

Lise Østgaard Monsen, kreftsykepleier og studiesykepleier forskning, og Hildegunn Bakke Fleten, kreftsykepleier og studiekoordinator, forskning ved lungepoliklinikk, Haukeland Universitetssjukehus.



Welcome to 53rd
**NORDIC LUNG
CONGRESS**
at Quality Hotel Edvard Grieg
Bergen, NORWAY

save the dates

For more
information visit
our website at
nlc2028.no

31.05 – 02.06.2028



Husk å følge oss på sosiale medier!

Instagram: lungesykepleierne_nsf

Facebook: NSF's Faggruppe for lungesykepleierne

Nettside: www.lungesykepleiere.no





Navn: Bjørg Åshild Kristiansen

Stilling: Sykepleier

Arbeidssted: Lungeavdelingen, Haugesund Sykehus

Er det administrative oppgaver som i dag tar tid fra direkte pasientarbeid som du nå håper KI kan bidra til å redusere?

Det er sannsynlig at KI kan bidra til å redusere tidsbruk knyttet ulike administrative oppgaver, og bruk av KI innen radiologi og medisinsk mikrobiologi er eksempler på dette. Et annet eksempel er journalføring. Det brukes i dag mye tid på dokumentering, og selv om nyere dokumentasjonsmetoder har gjort prosessen mer oversiktlig, så kan dette fremdeles være en oppgave som er tidkrevende, og kan gå på bekostning av pasientkontakt, og/eller medføre overtid for helsepersonell.

Jeg er usikker på om KI er egnet til daglige notater, men den kan potensielt lette arbeidsbelastningen som for eksempel ved inntakssamtaler, pårørendesamtaler og informasjonssamtaler. Slike oppgaver krever at man husker samtalene og har tid til å dokumentere mens informasjonen enda er friskt i minne. Det er vist at det er utviklet løsninger som «tale til sammendrag» og DIPS KI har «tale til notat» som vist kan integrere med DIPS Arena.

Det går også mye tid og ressurser når pasienter skal overflyttes til annen avdeling eller utskrives fra sykehuset, med at det må skrives overflytningsnotat eller sammenfatning. Dette er notater som ofte må skrives med kort tidsfrist, og det kan da være krevende å summere forløpet på en slik måte at den som overtar ansvaret forstår forløpet og plan videre. Her er det potensial for at KI kan lette arbeidspresstet og potensielt være tidsbesparende med å hjelpe helsepersonell med å summere forløpet for dem.

Men jeg stiller mer skeptisk til hvor tidsbesparende det er, siden den som bruker KI må kontrollere at informasjonen som blir gitt av KI er riktig, og potensielt må rette eventuelle feiler eller tilføre informasjon som KI har filtrert vekk.

Hva tenker du om ansvarsfordelingen hvis KI foreslår et tiltak som viser seg å være feil – hvem tror/mener du sitter med ansvaret da?

Jeg tenker at hovedansvaret ligger hos brukeren som velger å bruke KI. For selv om KI potensielt kan lette arbeidspresstet, så er det kun et verktøy og ikke en fasit. Det er brukerens ansvar å bruke sin kunnskap og kompetanse, og vurdere det opp mot pasientens situasjon. Men jeg mener også at ansvaret ligger på virksomheten som tar KI i bruk og utvikler eller leverandør som har laget/selger løsningen.

Opplever du at du har fått nok opplæring eller informasjon om hvordan AI er i ferd med å endre helsevesenet?

Det korte svaret er nei. Selv om det finnes mye informasjon digitalt om hvordan KI kan endre helsevesenet, så savner jeg en helhetlig, systematisk og arbeidsnær gjennomgang av etiske problemstillinger, hvordan KI påvirker dagens arbeid og eventuelle risikoer, og ikke minst miljøperspektivet. Er KI bærekraftig?



Navn: Frida Eriksen Eines

Stilling: Fagutviklingssykepleier/ass. seksjonsleder lungemedisinsk avdeling, tun 2

Arbeidssted: St. Olavs Hospital

Er det administrative oppgaver som i dag tar tid fra direkte pasientarbeid, som du håper KI kan bidra til å redusere?

Jeg har stor tro på at KI kan bidra til å redusere tidsbruk på administrative oppgaver i fremtiden. Et selvopplevd eksempel på dette er et fastlegebesøk hvor fastlegen har tatt i bruk et KI-verktøy som transkriberte samtalen fortløpende og systematiserte den i etterkant, noe som frigjorde tid fra journalføring underveis i undersøkelsen. Fastlegen viste meg notatet etter at KI-verktøyet hadde produsert det, og det sammenfattet alle funnene underveis i timen på en veldig oversiktlig måte. Slike administrative oppgaver er det jo supert å kunne få bistand av KI til.

Det hadde jo også vært interessant med et KI-verktøy som kunne hentet ut informasjon som allerede er journalført fra sykepleiere og fylle ut dette i eksempelvis meldinger med kommunehelsetjenesten. KI kan også bidra til eksempelvis ressursstyring av personell, med verktøy som kan skrive turnus - som allerede er tatt i bruk av flere norske kommuner.

Hva tenker du om ansvarsfordelingen hvis KI foreslår et tiltak som viser seg å være feil – hvem tror/mener du sitter med ansvaret da?

KI-rådet for helse- og omsorgstjenesten har definert ni KI-vettregler, og hvis man legger disse til grunn så definerer jo de i punkt nummer 7 at «Husk at du har et ansvar når du sender fra deg KI-generert innhold». Den KI jeg selv har erfaring med nå (som i all hovedsak er chatboter som chatGPT til privat bruk) tar jo tidvis feil, og man skal være kritisk til de svarene man får. Jeg mener at vi må utvise forsiktighet til tiltak foreslått av KI slik KI er nå. KI kan ikke erstatte en helsefaglig utdanning, men heller komplettere. Det har jo vært et regionalt prosjekt i Helse Midt-Norge hvor alle helseforetakene har tatt i bruk KI på røntgenområdet. Også her poengterer de jo at KI ikke kan erstatte en radiolog, men være et støtteverktøy. Jeg mener derfor at det er den som velger å utføre tiltaket KI foreslår, eller signerer journalnotatet KI har bidratt til å utforme, som sitter med ansvaret.

Opplever du at du har fått nok opplæring eller informasjon om hvordan KI er i ferd med å endre helsevesenet?

Jeg opplever at jeg har fått små drypp av informasjon om hvordan KI er i ferd med å endre helsevesenet, men at den lille kunnskapen jeg har kommer fra egenlæring. For å kunne best nyttiggjøre oss av KI i helsetjenesten opplever jeg et behov for opplæring, systematisering og regulering av KI-verktøy.

Det blir spennende å følge utviklingen videre!



Navn: Kurt Hatløy

Stilling: Fagutviklingssykepleier/ass. enhetsleder ved Lungepost 1D

Arbeidssted: Kristiansand Sykehus

Er det administrative oppgaver som i dag tar tid fra direkte pasientarbeid, som du håper KI kan bidra til å redusere?

Ja. Oppgaver som dokumentasjon i pasientjournal, registrering av målinger, kodearbeid, rapportering og håndtering av meldinger og henvisninger tar i dag mye tid fra direkte pasientkontakt. Jeg håper KI kan bidra til å forenkle og automatisere deler av dette, for eksempel gjennom bedre støtte til journalføring, strukturering av informasjon og gjenbruk av data. Det kan frigjøre mer tid til pasientnært arbeid og faglige vurderinger, samtidig som kvaliteten og kontinuiteten i dokumentasjonen opprettholdes.

Kanskje andre oppgaver som bestilling av mat, taxi og portørtjenester kan gjøres enklere ved hjelp av KI.

Hva tenker du om ansvarsfordelingen hvis KI foreslår et tiltak som viser seg å være feil – hvem tror/mener du sitter med ansvaret da?

Sykepleieren må godkjenne det som KI har foreslått, for å sikre at informasjonen som gis og det som gjøres er korrekt.

Opplever du at du har fått nok opplæring eller informasjon om hvordan AI er i ferd med å endre helsevesenet?

Nei. Vi har ikke kommet så langt enda. Det burde komme ettersom vi får KI verktøy å bruke, men så langt gjør vi ikke det.

Dersom slike verktøy brukes riktig, kan det frigjøre tid og mental kapasitet som i stedet kan brukes på pasientmøter, kliniske vurderinger og relasjonsarbeid.

Samtidig er det viktig å understreke at KI bør være et støtteverktøy – ikke en erstatning for faglig skjønn. Gevinsten ligger muligens i å redusere unødvendig administrativ belastning, slik at helsepersonell får mer tid til det som er kjernen i yrket: pasientene.

LUNGESYKEPLEIERNE NSF LANDSKONFERANSE 2026

MELD DEG PÅ!

17. - 18. SEPTEMBER 2026

TRONDHEIM
SCANDIC NIDELVEN



www.lungesykepleiere.no



Arbeidsgruppen til årets Lungesykepleierne NSF Landskonferanse i Trondheim. Fra venstre: Solfrid Jakobsen Lunde, Solfrid Meier Løwensprung, Frida Eriksen Eines og Berit Synnøve Eide ved lungemedisinsk avdeling St. Olavs Hospital.

Kjære konferansedeltakere!

På vegne av arbeidsgruppen ønsker vi dere hjertelig velkommen til Landskonferansen for lungesykepleiere i Trondheim.

Det er hyggelig å samle kolleger fra hele landet til dager med faglig påfyll, erfaringsutveksling og gode møter. Som lungesykepleiere møter vi mennesker i sårbare situasjoner og bidrar hver dag med kompetanse, omsorg og faglig trygghet. Sammen kan vi dele kunnskap, hente inspirasjon og styrke fellesskapet i et fagfelt som stadig er i utvikling.

Vi ønsker at konferansen vil gi faglig inspirasjon, nye perspektiver og nyttige verktøy som dere kan ta med tilbake til egen arbeidsplass. Ikke minst håper vi at dagene i Trondheim gir rom for gode samtaler, nye bekjentskaper og fornyet engasjement.

Takk for at dere er her. Vi ser frem til inspirerende dager sammen med dere.

Med vennlig hilsen Arbeidsgruppen for Lungesykepleierne NSF Landskonferanse 2026.

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 Berit Synnøve Eide på e-post: berit.synnove.eide@stolav.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 kildekompasset.no for mer informasjon
- Fagartikkelen sendes som word-dokument sammen med portrettbilde på e-post til berit.synnove.eide@stolav.no
- Ved spørsmål ta kontakt på e-post berit.synnove.eide@stolav.no

Program Lungesykepleierne NSF Landskonferanse 2026 – Scandic Nidelven

TORSDAG 17. SEPTEMBER

Tid	Program - foreleser
0845 - 0930	Åpning og velkommen Underholdning v/Kulturskolen i Trondheim
0930 - 1000	Digital oppfølging av astmapasienter Sykepleier Linn Grytvik og Lungesykepleier MSc Berit Wærdahl Haanshuus ved Lungemedisinsk avdeling, St.Olavs hospital
1000 – 1030	Breathe CAG Overlege Sigrid Anna Aalberg Vikjord ved Lungemedisinsk avdeling, St. Olavs hospital/NTNU
1030 – 1100	Pause med besøk i utstilling
1100 – 1145	Arbeidsbetinget lungekreft Avd. sjef Arbeidsmedisin, spesialist i arbeidsmedisin og spesialist i samfunnsmedisin Torkild Sitter, St. Olavs hospital
1145 – 1215	Allergiutredning Seksjonsleder sykepleie Liv Bjerke Rodal ved Arbeidsmedisinsk avdeling RAAO, St. Olavs hospital
1230 – 1330	Lunsj og besøk i utstilling
1330 – 1400	Kontinuerlig respirasjonsovervåkning i sengepost – erfaringer etter ett år i klinisk drift Assisterende klinikkssjef/ overlege Lars Erik Laugsand ved Akuttmottaket, St. Olavs hospital
1400 – 1430	Sykepleierdrevet oppfølging av pasienter med lungefibrose Lungesykepleier Karina Slettebak Wangen og lungesykepleier Veronica Moen ved Lungemedisinsk avdeling, St. Olavs hospital
1430 – 1500	Pause og besøk i utstilling
1500 – 1545	Leve ute, leve nå! Inspirasjonsforedrag. Jannicke Kristine Lone
1900	Mingling og alkoholfri aperitiff
1930	Kongressmiddag

FREDAG 18. SEPTEMBER

Tid	Program - foreleser
0900 - 0930	KI i helse Professor Kerstin Bach ved Institutt for datateknologi og informatikk, NTNU og direktør for det norske åpne AI-laboratoriet
0930 – 1000	Diagnostikk i lungens periferi: Bronkoskopisk navigasjon Overlege Arne Kildahl Andersen ved Lungemedisinsk avdeling, St. Olavs hospital
1000 – 1030	Pause med besøk i utstillingen
1030 – 1100	Hvordan jobber kommunalt palliativt team med pasienter med lungesykdommer. Sykepleier Gry Vedvik og sykepleier Eirin Holmo ved kommunalt palliativt team og avdeling lindrende behandling, Øya Helsehus, Trondheim Kommune
1100 – 1145	Å stå i det krevende – om arbeidsbelastning og menneskemøter Sykehusprest Camilla Winsnes ved Preste- og samtaletjenesten, St. Olavs hospital
1145 – 1245	Lunsj med besøk i utstilling og innlevering quiz
1245 – 1315	Faglig innlegg.
1315 – 1345	Inhalasjonsteknikk – fysikk og metafysikk Klinisk farmasøyt Espen Skarstein Kolberg, Sykehusapoteket i Trondheim
1345 – 1415	Pause med besøk i utstilling
1415 - 1445	Arbeidsglede i helsevesenet Spesialfysioterapeut Ester Alfer Nørstebø ved Rehabiliteringsklinikken, St. Olavs hospital
1445 – 1515	Avslutning og premieutdeling

Med forbehold om endringer.



VERVEKAMPANJE 2026

Har du en kollega eller en sykepleier du kjenner som er interessert i lungefaget? Da vil vi oppfordre deg til å verve vedkommende til vår faggruppe. Dette gjelder om de jobber i sykehus, kommunehelsetjenesten eller privat helsetjeneste, og om de jobber med de alvorligste syke eller med de som lurar på om de er syke.

Vi, lungesykepleiere, er med pasientene våre fra de starter utredning av eventuell sykdom, til de sykeste dør.

Lungesykepleierne NSF arbeider for å bedre kvaliteten på sykepleie til lungepasienter, stimulere til utvikling, utdanning og forskning innen lungefaget og fremme samarbeid på tvers.

VI TILBYR:

- Fagblad for lungesykepleiere to ganger i året
- Årlige Landskonferanser for sykepleiere med interesse for lungefaget
- Egne nettsider
- Lokale faggrupper i de fleste fylkene
- Stipend til utdanning innen lungefaget og deltakelse på faglige arrangement

For å bli medlem i NSF FLU må du være medlem av NSF.

VERVEPREMIER I 2026:

De to som verver flest medlemmer får vervepremie.

- **1. premie:** Deltakeravgiften på NSF FLU Landskonferansen 2027 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 2027.

Send e-post til lungesykepleierne@gmail.com, med informasjon om hvor mange og hvem du har vervet. Vervekampanjen varer fra 01.01. – 31.12.2026.

Se vår nettside – www.nsf.no/fg/lungesykepleiere eller lungesykepleiere.no og følg oss på Facebook

NORGE P.P.

Returadresse:
Berit Synnøve Eide,
Harald Torps Veg 35,
7091 Trondheim



OLYMPUS

Lung-Term Learning – Our New Digital FAQ Series

Leading Experts from EMEA Answer Procedure - Related FAQs.

There's nothing quite as effective as learning from experts in their respective fields. With our new Lung-Term Learning initiative, we want to further elevate the standard of care by creating a pulmonology community and broaden our offer for education beyond our medical expert trainings.

We would like to invite you to watch our "Lung-Term Learning" videos, where renowned experts will be sharing procedure-and education-related tips and tricks on how to further improve procedural outcomes and to help in our efforts to further elevate the standard of care in lung cancer diagnosis and staging.

Check out the first episode of our FAQ series and stay tuned for upcoming videos.

 www.olympus.eu/pulmonology

#LoveForLungs