

Sluttrapport

Prosjekt “Frisk Pust”

Etablere og skaffe erfaringer med ambulant oppfølging av kols pasienter.

Et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Østfold HF, Moss og Eidsberg kommuner

Prosjektnummer: 2012.3.0141

Virksomhetsområde: Rehabilitering

Søkerorganisasjon:

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)

Prosjektleder Stacey Haukeland-Parker

Forord

Prosjekt Frisk Pust var et ett-års rehabiliteringsprosjekt med samarbeid mellom Sykehuset Østfold, fysioterapi- og ergoterapitjenesten ved Moss kommune og fysioterapitjenesten ved Eidsberg kommune. Prosjektdeltagerne var personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) bosatt i Moss og Eidsberg kommuner. Prosjektet ble gjennomført i 2013 og evaluert i begynnelsen av 2014. Prosjektet mottok kr 378.000 i støtte fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.

Målet med denne rapporten er å dele funnene fra prosjektet slik at man kan ta resultatene videre for å utvikle ambulant tilbud for personer med kols, samt bidra til bedre samarbeid i helsetjenesten.

Takk til prosjektdeltagerne fra Moss og Eidsberg kommuner som deltok i prosjektet slik at vi fikk muligheten til å forsøke å bedre tilbudet til personer med kols boende i Østfold.

Sammendrag

Bakgrunn og målsetting

Prosjekt Frisk Pust var et samarbeid mellom Sykehuset Østfold, og Moss og Eidsberg kommuner med mål å etablere og skaffe erfaringer med et ambulerende diagnosespesifikt pasientrettet oppfølgingstilbud til personer med kols. Hovedmålet for prosjektet var å øke helserelatert livskvalitet blant kolspasienter og gi pasienten og deres pårørende kunnskap og trygghet til å mestre og leve med sin sykdom, samt forebygge unødvendig innleggelser i sykehus. Målgruppen var kolspasienter som har vært innlagt ved Sykehuset Østfold eller en rehabiliteringsinstitusjon. Hovedfokus var å bruke veiledning og opptrening for å promotere livsstilsendringer og forebygging av sykdomsutvikling, samt skaffe erfaringer når det gjelder samarbeid og overføring av kompetanse mellom første- og andrelinjetjenesten.

Antall personer i målgruppen nådd av prosjektet

Ca 30.

Prosjektgjennomføring/metode

Aktuelle pasienter bosatt i kommunene Moss og Eidsberg som hadde vært innlagt ved Sykehuset Østfold på grunn av kols eller vært på en rehabiliteringsinstitusjon fikk informasjon om tilbudet ved hjemreise. Informert samtykke ble innhentet fra alle personer som ønsket å delta i prosjektet. Begge kommuner opprettet et «kolsteam» og pasienter fikk en kartleggingssamtale i hjemmet hvor kolsteamet vurderte den individuelle pasientens behov for oppfølging i kommunen ved hjelp av en standardisert undersøkelse. Kartlegging inkluderte en vurdering av funksjonsnivå og omgivelser, samt en egenvurdering av symptomer av kols, helserelatert livskvalitet og selvopplevd funksjon. Undersøkelsen ble brukt til å kartlegge pasientens behov for opptrening og lage en plan for individuell oppfølging. Opptrening var basert på individuell evaluering av behov og skjedde enten i hjemmet eller i tilrettelagte lungegrupper i kommunen. Kolsteamet tilbød individuell veiledning og var tilgjengelig per telefon slik at pasienter og deres pårørende hadde mulighet til å ta kontakt. Ved Sykehuset Østfold ble det opprettet et lungeteam som bidro med opplæring/undervisning, hospitering, rådgiving og faglig fellesskap.

Resultater og resultatvurdering

54 personer ble henvist til prosjektet og 25 deltok. Resultatene viste en reduksjon i kolssymptomer og symptomer av angst og depresjon ved 3, 6 og 12 måneder. Størst effekt var sett ved 3 måneder. Det var også en bedring i selvopplevd funksjon hos pasienter ved 3 måneder. Det var en reduksjon av innleggelser grunnet kols ved Sykehuset Østfold blant prosjektdeltagere og generelt blant personer boende i Moss og Eidsberg kommuner i 2013 og i starten av prosjektets sluttår (2014) sammenlignet med året før oppstart.

Oppsummering/konklusjon/Videre planer

Hovedutfordringen var manglende antall henvisninger, men deltagere i prosjektet hadde nytte av kontakt med kolsteamet. Prosjektet ga muligheten for bedre samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene og viser at kompetanseoverføring er nyttig og viktig samt at tettere samarbeid kan bidra til å forebygge unødvendig innleggelser og god økonomisk styring av helsetjenester. Prosjektet viste at det kan by på utfordringer å få til samarbeid mellom helsevesenet og frivillige organisasjoner når det gjelder likemannsarbeid.

Innhold

Kap 1: Bakgrunn for prosjektet/Målsetting.....	6
Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode	8
Kap 3. Resultater og resultatvurdering.....	10
Deltagelse	10
Resultater.....	13
CAT.....	14
HADS	115
COOP/WONCA	16
Innleggelser	17
Kap 4. Oppsummering/Konklusjon.....	21
Referanser/Litteratur.....	23

Kap 1: Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Kols er en samlebetegnelse for en kombinasjon av kroniske lungesykdommer som fører til obstruksjon i luftveiene og andre systemiske konsekvenser. Kols er en sykdom med økende populasjon globalt (Murray et al 1997) og det har blitt rapportert at hver femte akutte innleggelse i Norge gjelder kols (Hånes 2007). Dette er blant annet grunnet hyppige reinnleggelser, ofte flere ganger per år, og dette har store økonomiske konsekvenser for helsevesenet. Flere studier har vist at inaktivitet under og etter sykehusinnleggelse er en risikofaktor for ny innleggelse etter kort tid (Garcia-Aymerich et al 2003; Garcia-Aymerich et al 2006; Pitta et al 2006). Blir pasienter mindre aktive, er det mer sannsynlig at de blir innlagt på nytt.

For å redusere sykehusinnleggelser er mestring av egen sykdom vesentlig. Gjennom å gi pasienter og deres pårørende kunnskap og aktiv omsorg i kommunen kan man øke mestring, funksjon, tillit og trygghet. Nasjonal retningslinje for oppfølging av pasienter med kols anbefaler at det bygges opp tverrfaglig rehabiliteringstilbud i kommunene. Dette inkluderer en funksjonsvurdering, pasientopplæring og behandling ut i fra behov (Helsedirektoratet 2012).

Tidligere studier fra utlandet viser at behandling av kolspasienter i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus kan bidra til å forebygge reinnleggelser (Annandale et al 2009; Bucknall et al 2012; Halpin 2008). Studiene tyder likevel på at det er viktig med spesialistkompetanse for å oppnå effekt. Samhandlingsreformen legger opp til tettere samarbeid og oppgavefordeling mellom kommuner og sykehus, og at pasientene skal være i fokus, særlig de med kroniske lidelser. Prosjektet ønsket å gjennomføre dette i praksis for kolspasienter som skrives ut fra sykehus og pasienter som avslutter opphold på rehabiliteringsinstitusjoner. Tidligere prosjekter har hatt hovedfokus på opplæring av pasienter og vektlagt medikamenter i opplæringen, men Prosjekt Frisk Pust ønsket å fokusere på mestring av sykdommen i hverdagen gjennom veiledning, livsstilsendring og aktiv rehabilitering i kommunen.

Hovedmålet for prosjektet var å øke helserelatert livskvalitet blant kolspasienter og gi pasienten og deres pårørende kunnskap og trygghet til å mestre og leve med sin sykdom, samt forebygge unødvendig innleggelser i sykehus. Målgruppen var kolspasienter bosatt i Moss og Eidsberg kommuner som har vært innlagt ved lungeavdelingen på Sykehuset Østfold eller hatt et rehabiliteringsopphold på Glittreklubben, Granheim sykehus og Jeløy kurbad. Hovedfokus var å bruke veiledning og opptrening for å promotere livsstilsendringer og forebygging av sykdomsutvikling.

I tillegg hadde prosjektet flere delmål rettet mot helsevesenets samlede arbeid med kolspasienter.

Delmål 1 var å etablere og skaffe erfaringer med et to-nivå system for ambulant oppfølging av kolspasienter; et kolsteam i kommunene Moss og Eidsberg med pasientoppfølgingsansvar, samt et lungeteam ved Sykehuset Østfold med kompetanseansvar.

Delmål 2 var å skaffe erfaringer når det gjelder tilrettelegging for samarbeid og overføring av kompetanse mellom første- og andrelinjetjenesten når det gjelder oppfølging av denne pasientgruppen. Planen var å oppnå dette ved å skape et godt samarbeid mellom pasient/pårørende, behandlere i hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten slik at behandlere i hjemmetjenesten fikk nødvendig og god kompetanse for å gi behandling/omsorg og oppfølging på rett nivå og av god kvalitet.

Delmål 3 var at prosjektet kunne bidra til en effektivisering av behandlingskjeden og god økonomisk styring av helsetjenester.

Delmål 4 var å skaffe erfaringer fra samarbeid med frivillig sektor og likemenn fra LHL Østfold.

Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode

Prosjekt Frisk Pust var et samarbeid mellom Sykehuset Østfold, og Moss og Eidsberg kommuner med mål å etablere og skaffe erfaringer med et ambulerende diagnosespesifikt pasientrettet oppfølgingstilbud til personer med kols. I utgangspunktet tenkte man seg et samarbeid med kommunene Moss og Fredrikstad, men dette ble endret til Moss og Eidsberg. Dette fordi fagutvalget i ExtraStiftelsen la inn som en forutsetning for bevilgningen at prosjektet ble prøvd ut i en stor og en liten kommune.

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste den 12. februar 2013. Det var ikke nødvendig med etisk godkjenning fra Regional Etisk Komite siden prosjektet var helserelatert arbeid med et systematisk opplegg.

Aktuelle pasienter bosatt i kommunene Moss og Eidsberg som hadde vært innlagt ved Sykehuset Østfold på grunn av kols eller vært på et opphold på en rehabiliteringsinstitusjon fikk muntlig og skriftlig informasjon om tilbudet ved utskriving/hjemreise. Henvisningsrutinene varierte fra de forskjellige institusjoner. Noen pasienter ble henvist til prosjektet av helsepersonell, mens andre tok selv kontakt etter hjemreise. Informert samtykke ble innhentet fra alle personer som ønsket å delta i prosjektet, for å samle inn data fra pasientjournalen relatert til kjønn, alder, sykdomsgrad, og sykehusinnleggelser på grunn av kols. All innhentet data ble lagret aidentifisert på sykehusets sikre datanettverk slik at identifisering av enkeltdelegere var kun mulig for prosjektansvarlig. Tilgang til innsamlede data var begrenset til prosjektlederen.

Begge kommunehelsetjenestene i Moss og Eidsberg opprettet et «kolsteam». I Moss inkluderte teamet både en fysioterapeut og en ergoterapeut, mens i Eidsberg var det kun fysioterapeuter som fullførte tiltaket. Pasienten fikk en kartleggingssamtale i hjemmet hvor kolsteamet vurderte den individuelle pasientens behov for oppfølging i kommunen ved hjelp av en standardisert undersøkelse. Den standardiserte undersøkelsen ble utarbeidet av lungeteamet ved Sykehuset Østfold i samarbeid med prosjektgruppen, slik at prosjektgruppen hadde et konkret verktøy for å kartlegge deltagerens behov for opplæring og behandling i kommunen. Kartlegging inkluderte en vurdering av funksjonsnivå og omgivelser, samt en egenvurdering av symptomer av kols (COPD Assessment Test - CAT), helserelatert livskvalitet (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) og selvopplevd funksjon (COOP/WONCA). Det ble besluttet at spørreskjemaet The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ikke skulle brukes som en del av prosjektet som originalt beskrevet i prosjektsøknaden. Grunnen for dette var at COPM er et veldig tidskrevende spørreskjema og kolsteamene følte at de hadde for lite ressurser til å bruke den.

Undersøkelsen ble brukt til å kartlegge pasientens behov for opptrening og lage en plan for individuell oppfølging. Opptrening var basert på individuell evaluering av behov og skjedde enten i hjemmet eller i tilrettelagte lungegrupper i kommunen. Kolsteamet tilbød individuell veiledning i blant annet aktivitet, bedre energiøkonomi, mestring av tungpust og røykeslutt. Kolsteamet var tilgjengelig per telefon slik at pasienter og deres pårørende hadde økt mulighet til å ta kontakt og eventuelt avtale tid for individuell samtale ved spørsmål.

Ved Sykehuset Østfold ble det opprettet et lungeteam som inkluderte lungesykepleier og spesialfysioterapeut, samt tilsyn av en lungeoverlege. For å bidra til kvalitetssikring og standardisering av kommunal oppfølging samarbeidet sykehusets lungeteam med kolsteamet i Moss og Eidsberg kommuner, samt bidro med opplæring/undervisning, hospitering, rådgiving og faglig fellesskap.

Ved oppstart av prosjektet gjennomførte prosjektlederen en kartlegging av nåværende tilbud i kommunene og kompetanse om kols. Dette la grunnlaget for hvordan opplæringen av kolsteamene i kommunene skulle foregå. Opplæring av de kommuneansatte ble utført av lungeteamet ved Sykehuset Østfold HF. Lungeteamet holdt en lungeworkshop ved Sykehuset Østfold. Hensikten med workshopen var å overføre kunnskap mellom Sykehuset Østfold og kommunene, samtidig lage et forum der kolsteamene kunne dele erfaringer og støtte hverandre. Temaer som ble gjennomgått ved workshopen var undersøkelse/vurdering av kolspasienter inkludert bruk av standardisert måleverktøy, lungefysioterapiteknikker (pusteteknikker og sekretmobilisering), informasjon om medikamenter og inhalasjonsteknikk, og trening for lungesyke. Dagen inkluderte teoretisk og praktisk opplæring. Det var også en gjennomgang av spørreskjemaene for prosjektet (CAT, HADS og COOP/WONCA). Alle medlemmer fra kolsteamene deltok i workshopen i tillegg til en fysioterapeut og en ergoterapeut fra Fredrikstad kommune som ønsket å starte et tilbud for kolspasienter i kommunen.

For å tilegne seg mer kunnskap om målgruppen deltok kolsteamene på Lungerehabiliteringskonferansen 2013, og hospiterte ved Sykehuset Østfold, Jeløy Kurbad og Glittrelinikken.

Det var ønskelig at likemenn fra LHL i Østfold skulle bidra inn i prosjektet med likemannsarbeid i form av informasjon og støttende og motiverende samtaler. Prosjektleder var flere ganger i kontakt med LHL Østfold (både fylkeslaget og lokallagene) for å rekruttere likemenn til prosjektet, men vi måtte til slutt konstatere at vi ikke lyktes med å få likemenn aktivt med i prosjektet i løpet av prosjektperioden.

Prosjektet utarbeidet en brosjyre om lungefysioterapi (se vedlegg) i samarbeid med fysioterapiavdelingen ved Sykehuset Østfold Fredrikstad. Dette for å sikre at kolspasienter blir kjent med at det eksisterer et fysioterapitilbud samtidig gir informasjon om å mestre å leve med sykdommen.

Prosjektlederen gikk ut i svangerskapspermisjon i midten av juli 2013. Hun fortsatte med å ha noe kontakt med prosjektgruppen etter at hun gikk ut i permisjon, men hovedansvaret i permisjonstiden ble overtatt av avdelingsleder for fysioterapiavdelingen ved Sykehuset Østfold (Stein Arne Rimehaug) som var godt kjent med prosjektet.

Prosjektet målte effekten av den diagnosespesifikke ambulante oppfølgingen basert på antall reinnleggelser i sykehus. Antall reinnleggelser ved sykehus blant prosjektdeltagere ble evaluert opp mot pasienter med kols bosatt i andre Østfold kommuner i prosjektperioden. For å kvalitetssikre oppfølgingen kartla man pasientenes funksjonsnivå og mestring av dagliglivets aktiviteter og pasientenes egenvurdering av selvopplevd helserelatert livskvalitet. Dette ble gjort ved at deltagerne besvarte deltagerne de tre standardiserte og validerte spørreskjemaer (CAT, HADS og COOP/WONCA) ved inklusjon, og etter 3, 6 og 12 måneder.

Kap 3. Resultater og resultatvurdering

Deltagelse

54 personer ble invitert og henvist til prosjektet (Moss n=26 og Eidsberg n=28). Tabell 1 viser antall henvisninger mottatt til prosjektet. 29 av disse personene (53,7%) bestemte seg for at de likevel ikke ville delta i prosjektet da de ble kontaktet av kolsteamet i kommunen. 25 personer takket ja og ga skriftlig samtykke. 70,3% av henvisningene (n=38) var interne fra kommunene (Moss n=14 og Eidsberg n=24). 22,2 % av henvisningene (n=12) ble mottatt fra Sykehuset Østfold og 5,6 % av henvisningene var fra Jeløy Kurbad (n=3). Det var ingen henvisninger fra Glittreklubben eller Granheim lungesykehus. 1 henvisning kom fra en privatpraktiserende fysioterapeut (1,9%).

	Moss	Eidsberg	SUM
Sykehuset Østfold	10	2	12
Kommunen	14	24	38
Jeløy Kurbad	2	1	3
Glittreklubben	0	0	0
Granheim	0	0	0
Andre	0	1	1
SUM	26	28	54

Tabell 1: Henvisninger til prosjekt Frisk Pust

Prosjektgruppen opplevde at det var vanskelig å rekruttere deltagere blant personer som hadde blitt henvist fra Sykehuset Østfold eller rehabiliteringsinstitusjoner. Til tross for at disse personene opprinnelig hadde vært interessert i tilbudet ønsket 53,7% likevel ikke å delta da kolsteamet tok kontakt. Noen hadde en kartleggingssamtale, men ønsket ikke oppfølging da de følte at de hadde et bra nok tilbud fra før. Disse personene takket nei til å delta i prosjektet og er ekskludert fra resultatene.

I 2013 var det 192 innleggelser ved Sykehuset Østfold grunnet kols blant personer boende i Moss og Eidsberg kommuner (Moss n=140, Eidsberg n=52). Det vil si at 6,3 % av innleggelsene ble henvist til prosjektet og 3,1 % deltok i prosjektet. Noen personer hadde flere enn en innleggelse og derfor er antall innleggelser i 2013 høyere enn antall personer.

6 personer fra Moss og Eidsberg kommuner hadde et rehabiliteringsopphold på Jeløy Kurbad grunnet kols i 2013 (Moss n=3, Eidsberg n=3). Det vil si at 50% ble henvist, men dessverre var det ingen som deltok i prosjektet. 23 personer fra Moss og Eidsberg kommuner hadde et opphold på Glittrelinikken i 2013 (Moss n=18, Eidsberg n=5), men ingen ble rekruttert til prosjektet. Ingen personer fra Moss og Eidsberg kommuner hadde et opphold på Granheim grunnet kols i 2013 og derfor ble ingen henvist til prosjektet. Tabell 2 viser informasjon om antall personer som ble rekruttert til prosjektet.

	Moss	Eidsberg	SUM
Sykehuset Østfold	4	2	6
Kommunen	7	11	18
Jeløy Kurbad	0	0	0
Glittrelinikken	0	0	0
Granheim	0	0	0
Andre	0	1	1
SUM	11	14	25

Tabell 2: Informasjon om personer rekruttert til prosjekt Frisk Pust

76% av deltagerne var kvinner (n=19). Gjennomsnittlig alder blant deltagerne var 73 år (variasjon 58 til 88 år). Fordeling av alvorlighet av sykdommen var som følger; kols grad 1 (mild) 4%, kols grad 2 (moderat) 4%, kols grad 3 (alvorlig) 32% og kols grad 4 (svært alvorlig) 32%. Alvorlighet av sykdommen var ukjent blant 28% av deltagerne. Tabell 3 viser forskjell mellom kjønn, alder og grad av sykdom blant deltagerne fra Moss og Eidsberg.

	Moss	Eidsberg	SUM
Kvinner	8	11	19
Menn	3	3	6
Alder (år)	74 (62-83)	73 (58-88)	73 (58-88)
Kols grad 1	0	1	1
Kols grad 2	1	0	1
Kols grad 3	5	3	8
Kols grad 4	4	4	8
Ukjent grad av kols	1	6	7

Tabell 3: Bakgrunnsvariabler for deltagere i prosjekt Frisk Pust

Resultater

Diagram 1 viser rekruttering og frafall fra prosjektet. Det var 48% frafall fra prosjektet i løpet av året. 4 personer (16%) døde i løpet av prosjekt perioden og 8 personer (32%) fylte ikke ut spørreskjemaene ved hvert tidspunkt og er derfor ekskludert fra analysen på grunn av manglende data. Det er forventet en viss grad av frafall på grunn av dødsfall når man følger pasienter med alvorlig kronisk sykdom over tid, samt noe frafall på grunn av administrasjonsfeil.

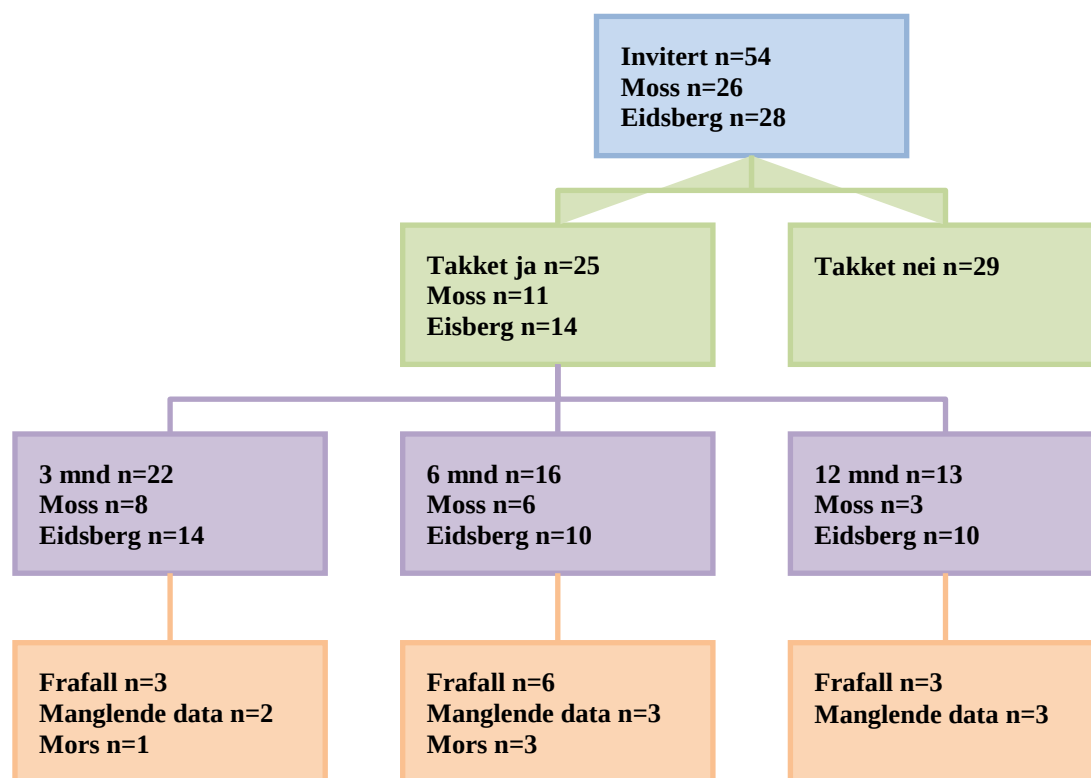


Diagram 1: Rekruttering og frafall til prosjekt Frisk Pust

Tabell 4 og Diagram 2 viser gjennomsnittresultatene blant prosjektdeltagerne for CAT, HADS og COOP/WONCA ved 3, 6 og 12 måneder sammenlignet baseline.

	Baseline	3 mnd	6 mnd	12 mnd
CAT	22	19	20	19
HADS	8	9	8	7
COOP/WONCA	14	16	18	18

Tabell 4: Gjennomsnitt score på CAT, HADS og COOP/WONCA ved 3, 6 og 12 måneder sammenlignet med baseline

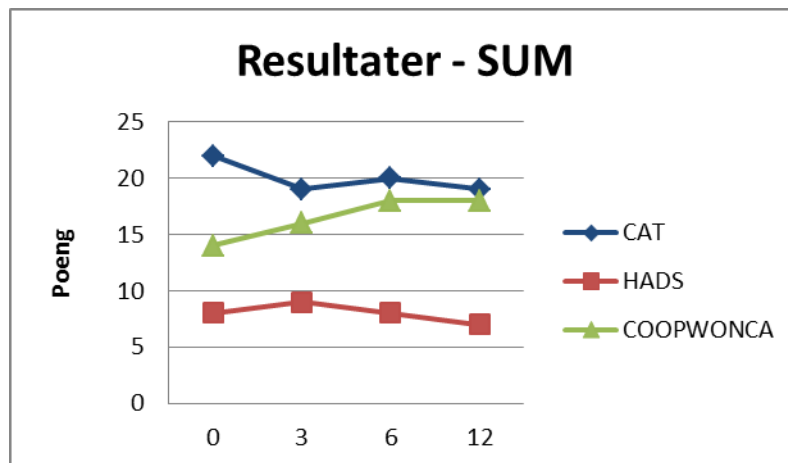


Diagram 2: Gjennomsnittlig resultat for CAT, HADS og COOP/WONCA ved 0, 3, 6 og 12 måneder

CAT

CAT er et sykdomsspesifikk spørreskjema brukt for å måle pasientens subjektive kolssymptomer (for eksempel tung pust, hoste, utmattelse og søvn). CAT har god reliabilitet og validitet (Ringbæk et al 2012) og er enkelt for pasienter å bruke. Tabell 5 og Diagram 3 viser gjennomsnittlig resultat for CAT ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Lavere score tilsvarer mindre symptomer. Resultatene tyder på en reduksjon i kols symptomer hos deltagerne sammenlignet med oppstart. Størst effekt var sett ved 3 måneder, men det var fortsatt en positiv effekt ved 6 og 12 måneder. Dette tyder på at pasienter hadde mindre symptomer av sykdommen over en periode av 12 måneder.

	Baseline	3 mnd	6 mnd	12 mnd
Moss	24	21	21	18
Eidsberg	21	17	20	19

Tabell 5: Gjennomsnitt CAT score ved 0, 3, 6 og 12 måneder

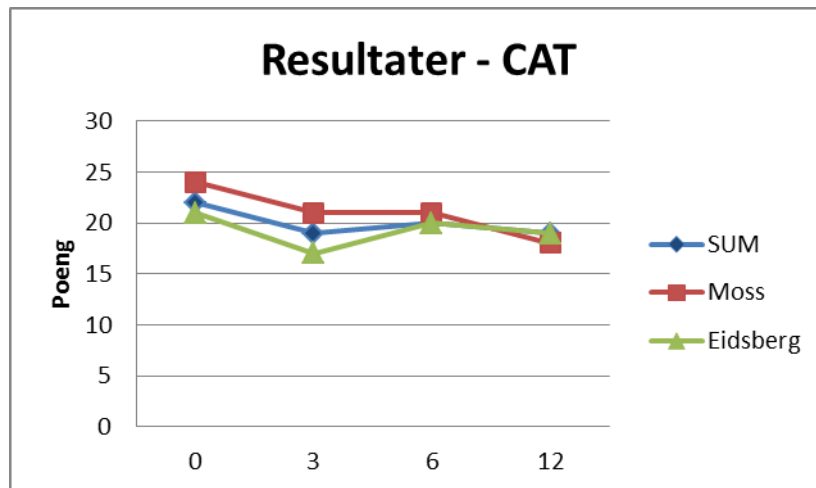


Diagram 3: Gjennomsnitt CAT score ved 0, 3, 6 og 12 måneder.

HADS

HADS er et spørreskjema brukt for å måle symptomer av angst og depresjon og viser god reliabilitet og validitet (Nowak et al 2014). Tabell 6 og Diagram 4 viser gjennomsnitt resultater for HADS ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Lavere score tilsvarer mindre symptomer. Over en periode av 12 måneder var det noe variasjon i gjennomsnitt resultater, men generelt tyder resultatene på en reduksjon i symptomer av angst og depresjon sammenlignet ved oppstart.

	Baseline	3 mnd	6 mnd	12 mnd
Moss	14	15	11	14
Eidsberg	7	5	6	5

Tabell 6: Gjennomsnitt HADS score ved 0, 3, 6 og 12 måneder

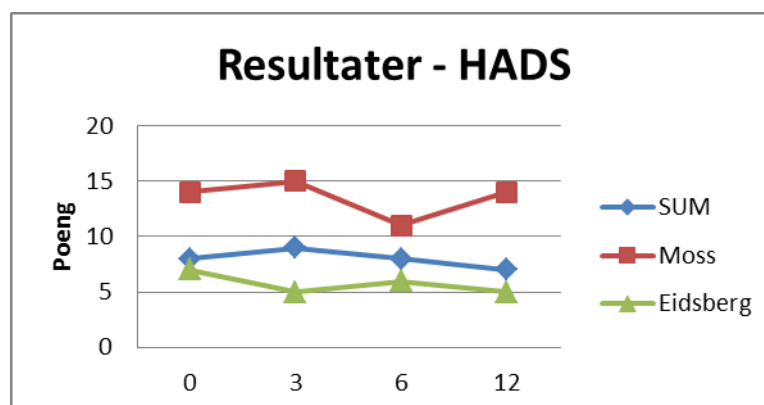


Diagram 4: Gjennomsnitt HADS score ved 0, 3, 6 og 12 måneder

COOP/WONCA

COOP/WONCA er et spørreskjema brukt for å måle pasientens subjektiv opplevelse av funksjon (for eksempel fysisk funksjon, sosialt funksjon og egenvurdering av helse) og viser god reliabilitet og validitet (Stavem et al 2002). Tabell 7 og Diagram 5 viser gjennomsnitt resultater for COOP/WONCA ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Lavere score tilsvarer mindre symptomer. Det var forskjellige gjennomsnitt resultater blant deltagere i Moss og Eidsberg. I Moss var det en liten bedring som var vedlikeholdt over 12 måneder, mens i Eidsberg var det en bedring ved 3 måneder og så en forverring ved 6 og 12 måneder. Resultater tyder på en bedring i selvopplevd funksjon hos pasienter ved 3 måneder sammenlignet ved oppstart, men mindre effekt ved 6 og 12 måneder i Eidsberg.

	Baseline	3 mnd	6 mnd	12 mnd
Moss	20	19	19	19
Eidsberg	16	15	18	18

Tabell 7: Gjennomsnitt COOP/WONCA score ved 0, 3, 6 og 12 måneder

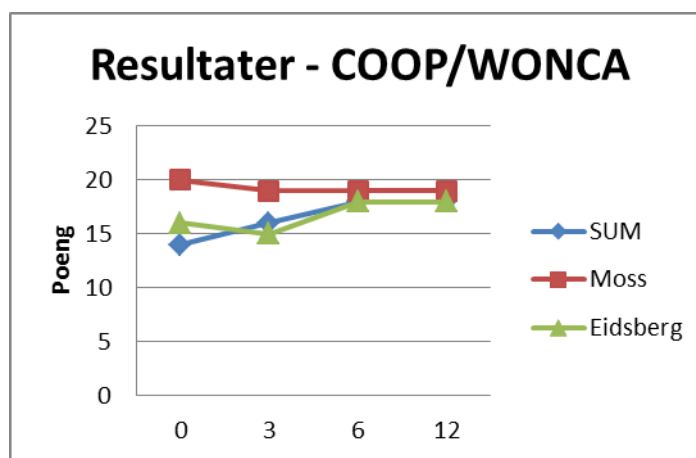


Diagram 5: Gjennomsnitt COOP/WONCA score ved 0, 3, 6 og 12 måneder

Selv om resultatene var noe variable ved 6 og 12 måneder ser man et gjennomsnitt bedring for CAT og HADS ved alle tidspunkter. COOP/WONCA hadde best effekt ved 3 måneder. Diagram 6 viser gjennomsnitt endringer sammenlignet baseline.

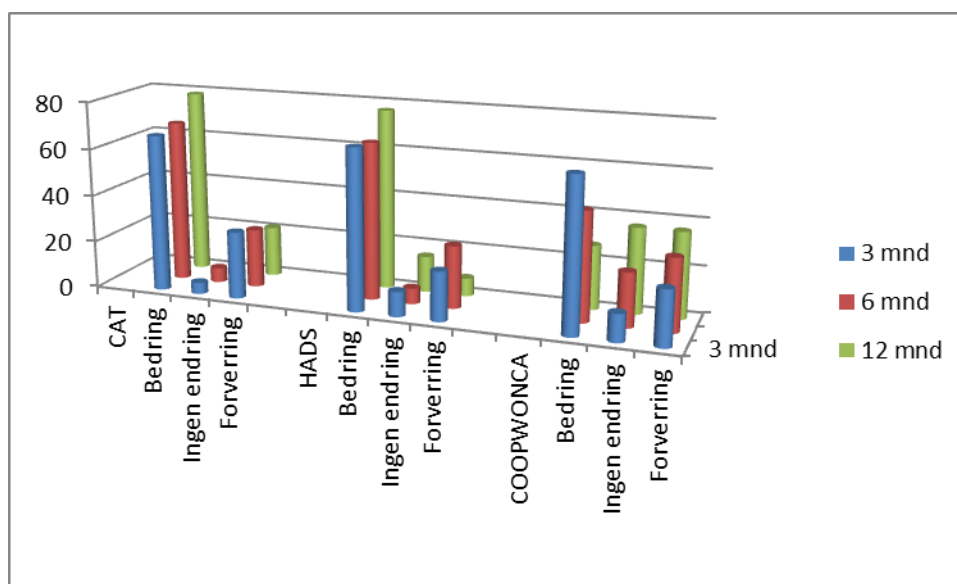


Diagram 6: Gjennomsnitt endringer på CAT, HADS og COOP/WONCA sammenlignet baseline.

Innleggelser

Det var en reduksjon av innleggelser grunnet kols ved Sykehuset Østfold blant prosjektdeltagere i prosjektperioden (2013 n=33) og i starten av året etter prosjektet (2014 januar-juli n=12) sammenlignet året før prosjektet (2012 n=40). Tabell 8 viser gjennomsnitt antall innleggelser blant prosjektdeltagere ved Sykehuset Østfold i denne perioden samt variasjoner. Den største bedring fra Moss kommune var en pasient som hadde 10 innleggelser i 2012 og deretter 8 i 2013 og ingen innleggelser i 2014 (januar-juli). Den største bedring i Eidsberg kommune var en pasient som reduserte innleggelsene fra 7 i 2012 til 2 i 2013 og ingen i 2014 (januar-juli).

	Moss	Eidsberg	SUM
2012	2,5 (0-10)	1 (0-7)	1,6 (0-10)
2013	2,1 (0-8)	0,7 (0-4)	1,3 (0-8)
2014 (januar-juli)	0,9 (0-5)	0,3 (0-1)	0,6 (0-5)

Tabell 8: Gjennomsnitt antall innleggelser hos deltagere i 2012, 2013 og 2014 (januar-juli) med variasjoner

Når man evaluerer innleggelser ved Sykehuset Østfold blant personer boende i Moss og Eidsberg kommuner opp mot personer med kols bosatt i andre Østfold kommuner ser man at det er færre innleggelser (Tabell 9). Man ser samme tendensen når man korrigerer for at ikke har informasjon om antall innleggelser i hele 2014 ved å sammenligne samme perioden (januar-juli) i 2012 og 2013 (Tabell 10).

	2012	2013	2014 (januar-juli)
Moss	289	227 (-21,5 %)	101
Eidsberg	109	78 (-28,4 %)	44
Andre Østfold kommuner	1710	1637 (-4,3 %)	967

Tabell 9: Innleggelser ved Sykehuset Østfold i 2013 og 2014 (januar-juli) sammenlignet 2012 med prosent endring

	2012 (januar-juli)	2013 (januar-juli)	2014 (januar-juli)
Moss	188	140 (-25,5 %)	101 (-46,3 %)
Eidsberg	60	52 (-13,3 %)	44 (-26,7 %)
Andre Østfold kommuner	1100	978 (-11,1 %)	967 (-12 %)

Tabell 10: Innleggelser ved Sykehuset Østfold i 2013 (januar-juli) og 2014 (januar-juli) sammenlignet 2012 (januar-juli) med prosent endring

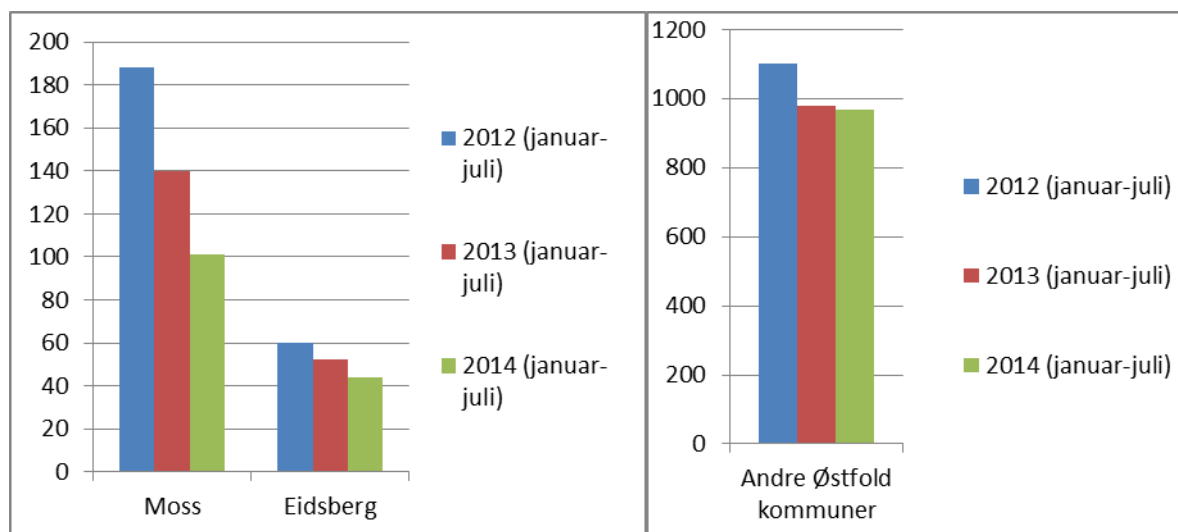


Diagram 7 Grafisk framstilling av innleggelser med kolsrelatert hoveddiagnose fra prosjektkommunene, sammenlignet med alle de andre kommunene i sykehusområdet. Innleggelser ved Sykehuset Østfold i januar-juli 2012, 2013 og 2014.

Det er mulig at andre faktorer påvirker disse resultater, blant annet at Moss kommune har opprettet øyeblikkelig hjelp (Ø-hjelp) senger i kommunen fra februar 2013. Det er derfor vanskelig å være sikker på at færre innleggelser ved Sykehuset Østfold skyldes at pasientene heller ble innlagt på Ø-hjelp plassene. Også når man ser på innleggelser ved Sykehuset Østfold blant personer med kols boende i Moss og Eidsberg kommuner og sammenligner med andre kommuner som har Ø-hjelp senger ser man fortsatt en tendens til færre innleggelser i Moss og Eidsberg (Tabell 11). Igjen ser man samme tendensen når man korrigerer for at man ikke har informasjon om antall innleggelser i hele 2014 ved å sammenligne samme perioden (januar-juli) i 2012 og 2013 (Tabell 12). I tillegg var det ikke betydelig flere innleggelser ved Ø-hjelp i Moss og Eidsberg sammenlignet de andre Østfold kommunene i 2014 (Tabell 13).

	2012	2013	2014 (januar-juli)
Moss	289	227 (-21,5 %)	101
Eidsberg	109	78 (-28,4 %)	44
Andre Østfold kommuner	1710	1637 (-4,3 %)	967
Fredrikstad	485	520 (+6,7 %)	325
Halden	183	170 (-7,1 %)	99
Sarpsborg	452	442 (-2,2 %)	263

Tabell 11: Innleggelser ved Sykehuset Østfold i 2013 og 2014 (januar-juli) sammenlignet 2012 inkl. andre kommuner med Ø-hjelp med prosent endring

	2012 (januar-juli)	2013 (januar-juli)	2014 (januar-juli)
Moss	188	140 (-25,5 %)	101 (-46,3 %)
Eidsberg	60	52 (-13,3 %)	44 (-26,7 %)
Andre Østfold kommuner	1100	978 (-11,1 %)	967 (-12 %)
Fredrikstad	325	286 (-12 %)	325 (-0 %)
Halden	117	111 (-5,1 %)	99 (-15,4 %)
Sarpsborg	278	268 (-3,6 %)	263 (-5,4 %)

Tabell 12: Innleggelser ved Sykehuset Østfold i 2013 (januar-juli) og 2014 (januar-juli) sammenlignet 2012 (januar-juli) inkl. andre kommuner med Ø-hjelp med prosent endring

	Prosent av innleggelser
Moss	23% (40 innleggelser)
Eidsberg	31% (20 innleggelser)
Andre Østfold kommunen	25% (258 innleggelser)
Fredrikstad	25%
Halden	20%
Indre Østfold	24%
Sarpsborg	32%

Tabell 13: Prosent av Ø-hjelp innleggelser i 2014 grunnet kols

Resultatene viser at pasientene hadde nytte av å delta i prosjektet. Sett i lys av informasjonen innsamlet fra spørreskjemaene hadde tilsyn av kolsteamet i kommunene en positiv effekt for deltagerne. CAT viste en antydning til færre kols symptomer (dyspnoe, sekret, angst, fatigue, søvn og funksjon) og HADS viste en antydning til mindre symptomer av angst og depresjon over en 12 måneders periode. COOP/WONCA viste en antydning til bedre selvopplevd funksjon de første 3 månedene, men med variasjon i resultatene blant kommunene ved 6 og 12 måneder. Sett i helhet er disse resultatene et viktig funn da man kan anta at dette representerer en bedret mestring av å leve med kols og en bedret livskvalitet blant deltagerne. Forskning viser en korrelasjon mellom score på CAT og livskvalitet hos personer med kols (Weldam et al 2013; Ringbæk et al 2012; Valero et al 2009).

Det er også viktig å se bedringen av scoren på spørreskjemaene i lys av sannsynligheten for at deltagerne hadde blitt eldre og mulig fått en økt alvorlighet av sykdommen (og eventuelt andre komorbiditeter) i løpet av studieperioden.

Det er alltid mulig at andre faktorer påvirker resultatene, for eksempel andre sykdommer, andre tiltak, mestring av sykdommen, forverring av sykdommen som man ikke kunne ha forebygget med konservativt behandling, og deltagerens psykiske tilstand. Det er ikke mulig å kontrollere for alle disse faktorene når man evaluerer resultatene, men det er viktig at man tar hensyn til andre faktorene som kunne ha gitt positive eller negative resultater når man trekker konklusjoner.

Ved bruk av spørreskjemaer må man alltid være klar over begrensingene som kan oppstå. Man kan aldri være helt sikkert på at man fanger opp riktige resultater til tross for at spørreskjemaene er testet for reliabilitet og validitet. Det er alltid en mulighet at andre faktorer påvirker hvordan deltageren svarer på spørsmålene, for eksempel endringer i dagsform, tolkning av spørsmålene og psykiske faktorer og andre faktorer i personens liv som kan påvirke hvordan de føler seg.

Kap 4. Oppsummering/Konklusjon

Hovedutfordring under gjennomføring av prosjektet var manglende antall henvisninger både fra Sykehuset Østfold og fra rehabiliteringsinstitusjoner. Dette til tross for at både skriftlig og muntlig informasjon ble levert til lungeavdelingen flere ganger for å informere om prosjektet og motivere ansatte til å henvise pasienter. Dette viser at kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenestene per i dag ikke er optimal. Det viser også at tilbudet i kommunen ikke ble brukt optimalt av sykehuset.

Det er vanskelig å vite om manglende henvisninger skyldte at personer som ble informert om prosjektet ønsket tilbudet eller ikke. Det er mulig at pasienter var informert og motivert til å delta i prosjektet uten at de selv ønsket besøk hjemme. Det er mulig at prosjektdeltagerne ikke representerer kols populasjonen som en helhet da det kan være utfordrende og vanskelig å motivere noen personer med kols til å delta i rehabiliteringstilbud (Harris et al 2008). Det er mulig at personene som egentlig hadde størst behov for tilbudet nektet å være med. Det er også mulig at manglende henvisning fra rehabiliteringsinstitusjonene skyldes at deltagerne som har vært på rehabilitering er tilfreds med oppfølgingen de har fått der og av den grunn ikke ser behov for oppfølging av lokale kolsteam den første tiden etter utskrivning.

Prosjektgruppen har i etterkant reflektert over viktigheten av den informasjon som er gitt til pasientene. Kan hva slags informasjon, hvordan den ble presentert og fra hvem, ha vært avgjørende for rekrutteringen? Prosjektgruppen drøftet også ideen om at tilbudet kanskje burde vært en obligatorisk del av behandlingsskjeden for kols pasienter.

Det ble bestemt av styringsgruppen at henvisninger skulle begrenses til det som var planlagt (Sykehuset Østfold og tre rehabiliteringsinstitusjoner) siden prosjektgruppen hadde begrenset ressurs til prosjektarbeid og det var usikkert hvor mange deltagere prosjektet kunne forvente å motta. Ut over i prosjektforløpet tok prosjektgruppene kontakt med fastleger og privatpraktiserende fysioterapeuter da de opplevde å motta få henvisninger. I etterkant kan man spørre om man burde ha åpnet opp for andre instanser, for eksempel privatpraktiserende lungespesialister, slik at kolsteamene hadde fått flere pasienter.

Fra analysen av resultatene kan det virke som at prosjektet har bidratt til at det var færre innleggelser grunnet kols ved Sykehuset Østfold blant mennesker boende i Moss og Eidsberg kommuner sammenlignet andre Østfold kommuner i prosjektperioden. Det er umulig å ekskludere for andre årsaker som kunne ha påvirket innleggelsestallene, men når man korrigerer for det vi vet om (for eksempel Ø-hjelp plasser i kommunen) er det fortsatt en trend mot at det var færre innleggelser i kommunene som deltok i prosjektet.

Prosjektet ga muligheten for bedre/økt samarbeid mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kolsteamene ga positiv tilbakemelding om at de følte at de hadde fått økt kompetanse om sykdommen og behandling av personer med kols etter prosjektet. Dette viser at kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten og samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene er nyttig og viktig for å oppnå best mulig behandling i kommunehelsetjenesten. Det var meningen at kolsteamet i kommunene Moss og Eidsberg skulle være et tverrfaglig team, men til slutt inkluderte det kun fysioterapeuter og en ergoterapeut. Det hadde vært ønskelig å fullført tiltaket med en mer tverrfaglig innsats. Det hadde gitt flere muligheter for å overføre kompetanse, samtidig som deltagerne

hadde fått et mer helhetlig tilbud. Det hadde også vært interessant med en lengre prosjektperiode slik at man kunne fulgt deltagerne over lengre tid samt gitt et tilbud til flere mennesker, eventuelt også i andre kommuner.

Lungeteamet ved Sykehuset Østfold opplevde at det var nyttig å jobbe tettere med ansatte i kommunen og at prosjektet ga en bedre forståelse for hvordan kommunetjenesten fungerer når det gjelder omsorg for personer med kols. Lungeteamet ved Sykehuset Østfold kunne ha bidratt mer til prosjektet, for eksempel med ambulant virksomhet sammen med kolsteamene i kommunen, hvis prosjektet hadde fått ressurser til det.

Prosjektet viser at tettere samarbeid mellom sykehus og kommunen kan føre til positive resultater hos personer med kols, samtidig som det kan bidra til å forebygge unødvendig innleggelser på sykehus på grunn av kols. Gjennomsnittslengden på en sykehusinnleggelse ved Sykehuset Østfold (for perioden januar til juli 2014) grunnet kols er 4,4 døgn og det er antydning en kostnad på cirka 4.570 kroner per døgn. Det vil si at prosjektet hadde en betydelig effekt når det gjelder god økonomisk styring av helsetjenester.

Prosjektet har også erfart at det kan by på utfordringer når det gjelder samarbeid mellom helsevesenet og frivillige organisasjoner. Prosjektgruppen maktet dessverre ikke å etablere kontakt med likemenn fra de to kommunene som var involvert i prosjektet til tross for at vi gjorde iherdige forsøk. LHL kan fortelle at lokallagene i organisasjonen til tider sliter med å rekruttere personer med kols til å drive likemannsarbeid.

Begge kommuner har videreført treningsgruppene for kolspasienter etter slutten av prosjektet, men valgte å ikke videreføre kolsteamet da det ble nedprioritert på grunn av at ressursene måtte fordele over flere pasientgrupper. I tillegg har flere andre kommuner manglende tilbud for kolspasienter. Bedre informasjon til pasientene fra sykehuset om eksisterende tilbud er et viktig tiltak for å sikre tjenester til de som trenger det. Brosjyren som presenterer lungefysioterapitilbudet, og som ble produsert ved hjelp av prosjektmidlene, er et tiltak for å sikre videreføring av lungefysioterapi for kolspasienter etter slutten av prosjektperioden

Resultatene fra prosjektet viser tydelig positive effekter av kontakt av et kolsteam etter innleggelse på sykehus. Det anbefales at kommunehelsetjenester, i samarbeid med spesialhelsetjeneste, burde satse på ambulant oppfølging av kolspasienter i et to-nivå system for å bedre livskvalitet hos denne pasientgruppen. Dette vil også bidra til å forebygge sykehusinnleggelser. I tillegg bør det satses på et system for å forbedre samarbeid mellom frivillig sektor og helsepersonell med tanken på likemannsarbeid.

Referanser/Litteratur

Annandale J, Hurlin C, Lewis K. Reducing COPD admissions with a specialist chronic disease management team. *Nursing Times* 2009; 105: 38, early online publication.

Bucknall CE, Miller G, Lloyd SM, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, Stevenson RD, Cotton P, McConnachie A. Glasgow supported self-management trial (GsuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ* 2012; 344(10):1060

Garcia-Aymerich J, Farrero E, Félez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 2003;58:100-105.

Garcia-Aymerich J, Lange P, Benet M, Schnohr P, Antó JM. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax* 2006; 61:772-778.

Halpin DMG. Community care for COPD: the good, the bad and the ugly. *Thorax* 2008;63:187-189.

Harris D, Hayter M, Allender S. Improving the uptake of pulmonary rehabilitation in patients with COPD: qualitative study of experiences and attitudes. *Br J Gen Pract.* 2008 Oct;58(555):703-10.

Hånes H. 2007. Hver femte akutt-innleggelse gjelder KOLS. *Dagens Medisin*. 8 feb. 3-07.

Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349 1498-504

Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og oppfølging av person med KOLS (Høringsutkast). 2012. Helsedirektoratet.

Nowark C, Sievi NA, Clarenbach CF, Schwarz EI, Schlatzer C, Brack T, Brutsche M, Frey M, Irani S, Leuppi JD, Rüdiger J, Thurnheer R, Kohler M. Accuracy of the hospital anxiety and depression scale for identifying depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Pulmonary Medicine* 2014; 2014:973858.

Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R. Physical activity and hospitalization for exacerbation of COPD. *Chest* 2006;129(3):536-544.

Ringbæk T, Martinez G, Lange P. A comparison of the assessment of quality of life with CAT, CCQ, and SGRQ in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation. *COPD*. 2012 Feb;9(1):12-5.

Stavem K, Jodalen H. Reliability and validity of the COOP/WONCA health status measure in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res.* 2002 Sep;11(6):527-33.

Weldam SW, Schuurmans MJ, Liu R, Lammers JW. Evaluation of Quality of Life instruments for use in COPD care and research: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2013 May;50(5):688-707.

Vedlegg

- Lungefysioterapibrosjyre
- Informasjonsskrift deltagere
- Informasjonsskrift helsepersonell
- Samtykkeskjemaet

Informasjon til pasienter og pårørende

Prosjekt Frisk Pust

KOLS-team Eidsberg kommune

Hva er prosjekt Frisk Pust?

Forskning viser at oppfølging i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus kan forebygge reinnleggelser på sykehus pga KOLS. Dette vil vi nå undersøke her i Østfold.

Frisk Pust er et prosjekt som fokuserer på mestring av KOLS i hverdagen gjennom veiledning, livsstilsendring og aktiv rehabilitering i kommunen. Prosjektet vil være et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og Moss og Eidsberg kommuner med midler fra ExtraStiftelsen.

Prosjektet tar sikte på å etablere og teste ut et KOLS-team til personer fra kommunene Moss og Eidsberg som har vært innlagt ved lungeavdelingen på Sykehuset Østfold eller som har hatt et rehabiliteringsopphold pga KOLS. Deltagere i studien har KOLS av alle alvorlighetsgrader.

Mulige fordeler med å delta i prosjektet:

- Økt kunnskap og trygghet til å mestre og leve med KOLS i hverdagen
- Bedre oppfølging i kommunen
- Bedre fysisk funksjon og forebygge unødvendige innleggelser.

Hva innebærer prosjektet?

Du vil få et hjemmebesøk fra kommunens KOLS-team som vil vurdere ditt behov for oppfølging i kommunen. KOLS-teamet vil lage en plan for veiledning og eventuell opptrening basert på ditt individuelle behov.

Du vil bli bedt om å fylle ut tre spørreskjema om når du blir med i prosjektet og om 3, 6 og 12 måneder. Opplysningene som samles inn om deg vil ikke utleveres til andre.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien. Dette vil ikke få følger for din videre behandling i Sykehuset Østfold eller i din hjemkommune. De som ikke ønsker deltagelse i studien vil følge vanlige behandlingsrutiner i hjemkommunen og i Sykehuset Østfold.

Hvordan kan jeg delta i Frisk Pust?

Dersom du ønsker å delta i studien eller mer informasjon kan du ta kontakt med KOLS-team ved Eidsberg kommune:

Kontaktperson: Ada Bjerke (fysioterapeut) tlf. 69898735

Informasjon til samarbeidspartnere

Prosjekt Frisk Pust:

KOLS-team Moss- og Eidsberg kommune (Østfold) i 2013

Prosjekt "Frisk Pust" er et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og Moss og Eidsberg kommuner (total befolkning 41 772) med midler fra ExtraStiftelsen.

Prosjektet skal følge opp personer fra kommunene Moss og Eidsberg som har vært innlagt ved lungeavdelingen på Sykehuset Østfold eller som har hatt et rehabiliteringsopphold pga KOLS. Studien inkluderer KOLS pasienter av alle alvorlighetsgrader, men vi ønsker å nå og motivere flere KOLS pasienter tidlig i sykdomsforløpet. Prosjektet skal fokusere på mestring av KOLS i hverdagen gjennom veiledning, livsstilsendring og aktiv rehabilitering i kommunen.

Prosjektet oppretter et to-nivåsystem for ambulant innsats: Et KOLS-team i kommunehelsetjenesten samt et veiledningsteam ved Sykehuset Østfold.

Prosjektets mål:

- Øke helserelatert livskvalitet blant KOLS pasienter
- Gi pasient og pårørende kunnskap og trygghet for å mestre å leve med KOLS
- Bedre fysisk funksjon og forebygge unødvendige innleggelser i sykehus
- Øke samarbeid og overføring av kompetanse mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Pasienten vil få et hjemmebesøk fra kommunens KOLS-team som vil vurdere deres individuell behov for oppfølging. KOLS-teamet vil lage en plan for veiledning og eventuell opptrening basert på pasientens individuelle behov, og tilby trening individuelt eller i gruppe.

Deltagerne får muntlig og skriftlig informasjon ved oppstart. Informert samtykke innhentes og en ber om tillatelse til å samle inn data fra pasientjournalen relatert til kjønn, alder, sykdomsgrad, og sykehusinnleggelser på grunn av KOLS. I tillegg vil pasient bli bedt om å fylle ut spørreskjemaer om symptomer, funksjon og livskvalitet ved oppstart og ved 3, 6 og 12 måneder. All innhentet data vil lagres aidentifisert på sykehusets sikre datanettverk, og identifisering av enkelt deltager vil kun være mulig for prosjektansvarlig.

Prosjektet avsluttes desember 2013. Kartleggingssamtalene og inklusjon i studien vil skje fortløpende. De som ikke ønsker deltagelse i studien vil følge vanlige behandlingsrutiner.

Dersom pasienten ønsker å delta i studien kan du henvise dem eller pasienten kan selv ta kontakt med KOLS-team ved Moss/Eidsberg kommune:

Kontaktpersoner:

Moss: Synnøve Løkvold Holmen (fysioterapeut) tlf. 99226919.

Eidsberg: Ada Bjerke (fysioterapeut) tlf. 69898735 / 92451044

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte Stacey Haukeland-Parker (prosjektleder) tlf 698 66 630/698 61 615 eller Stein Arne Rimehaug (avdelingssjef fysioterapi Sykehuset Østfold) tlf 480 10 145.

Samtykkeskjema
Prosjekt Frisk Pust:
KOLS-team Moss kommune

Dette er en forespørsel til deg om å delta i prosjekt Frisk Pust som fokuserer på mestring av KOLS i hverdagen gjennom veiledning, livsstilsendring og aktiv rehabilitering i kommunen. Prosjektet vil være et samarbeid mellom Sykehuset Østfold og Moss og Eidsberg kommuner med midler fra ExtraStiftelsen.

Prosjektet tar sikte på å etablere og teste ut et KOLS-team til personer fra kommunene Moss og Eidsberg som har vært innlagt ved lungeavdelingen på Sykehuset Østfold eller som har hatt et rehabiliteringsopphold pga KOLS. Deltagere i studien har KOLS av alle alvorlighetsgrader.

Mulige fordeler og ulemper

Mulige fordeler med å delta i prosjektet:

- Økt kunnskap og trygghet til å mestre og leve med KOLS i hverdagen
- Bedre oppfølging i kommunen
- Bedre fysisk funksjon og forebygge unødvendige innleggelser.

Deltagelse i prosjektet vil ikke medføre noen ulemper for deg

Hva innebærer prosjektet?

Du vil få et hjemmebesøk fra kommunens KOLS-team som vil vurdere ditt behov for oppfølging i kommunen. KOLS-teamet vil lage en plan for veiledning og eventuell opptrening basert på ditt individuelle behov.

Du vil bli bedt om å fylle ut tre spørreskjema når du blir med i prosjektet og om 3, 6 og 12 måneder.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Opplysninger som vil registreres om deg er alder, kjønn, lungekapasitet, og informasjon om symptomer, funksjon og livskvalitet. All informasjon vil behandles konfidensielt og vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste som kun prosjektleder og prosjektansvarlig har tilgang til. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Opplysningene som samles inn om deg vil ikke utleveres til andre. All innsamlet informasjon vil slettes innen utgangen av 2017.

Sykehuset Østfold ved administrerende direktør Just Ebbesen er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien. Dette vil ikke få følger for din videre behandling i Sykehuset Østfold eller i din hjemkommune. De som ikke ønsker deltagelse i studien vil følge vanlige behandlingsrutiner i hjemkommunen og i Sykehuset Østfold. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Som deltager er du dekket av Sykehuset Østfolds forsikringsordning.

Informasjon om utfallet av studien

Resultatene vil offentliggjøres på nettsidene til LHL i tillegg til at endelig prosjektrapport vil bli sendt til samarbeidspartnere (Moss og Eidsberg kommuner og LHL Østfold, LHL sentralt og ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering). Prosjektrapporten vil også bli publiseres på nettsidene i deltagende virksomheter samt på <http://www.utviklingssenter.no> (Undervisningssykehjemmet i Østfold). Resultatene vil også presenteres på relevante konferanser og eventuelt publiseres i artikkelformat i fagtidsskrifter.

Dersom du senere har spørsmål til studien eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte Stacey Haukeland-Parker tlf 698 66 630 / 698 61 615 eller Stein Arne Rimehaug tlf 480 10 145.



Samtykke til deltakelse i studien
Prosjekt Frisk Pust:
KOLS-team Moss kommune

Jeg er villig til å delta i prosjekt Frisk Pust

Dato

Underskrift

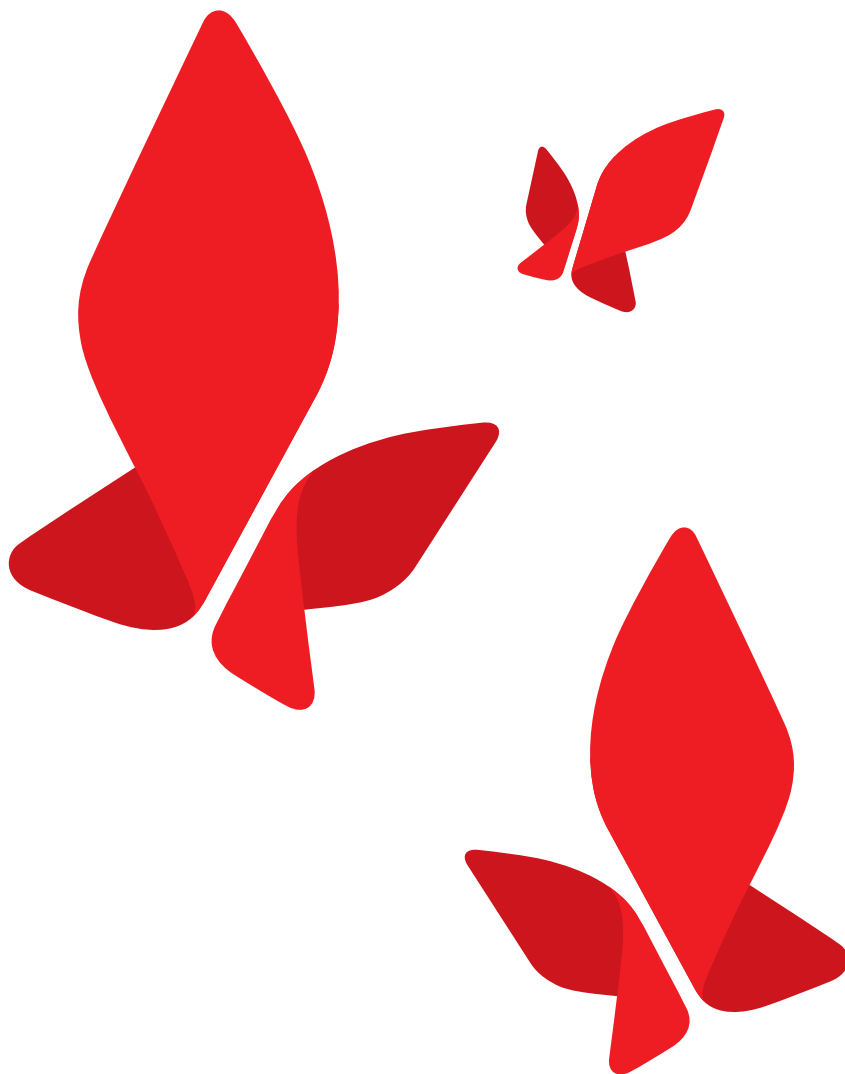
Navn med blokkbokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjekt Frisk Pust

Dato

Underskrift

Navn / rolle i prosjektet



Råd og tips ved lungesykdom

Lungefysioterapi

Innhold

Hvorfor fysioterapi?	3
Aktivitet og tungpust	3
Leppepust	3
Hvilestillinger	4
Mestring av tungpust	5
Sekretmobilisering	6
Hosteteknikk	6
Støteteknikk	6
Aktiv syklus	7
Hjelpemidler	7
Fysisk aktivitet	9
Utmattelse	14
Søvn	14
Bekkenbunnstrening	14
Lungerehabilitering	14
Medlemsorganisasjoner	15
Kontaktinformasjon	15

Hvorfor fysioterapi?

Fysioterapi er en viktig del av behandlingen av personer med lungesykdom. Målet med lungefysioterapi er å holde et så godt aktivitetsnivå som mulig, med så lite symptomer som mulig. Det er også et mål å forebygge forverring av sykdommen og forverring av andre sykdommer.

Aktivitet og tungpust

Hovedsymptomet ved kronisk lungesykdom er tungpust, spesielt ved aktivitet. Mange mennesker blir engstelige for å bli tungpustet og unngår aktiviteter som utfordrer pusten. Samtidig er det viktig at man tør å bli litt tungpustet for å kunne trene hjerte og lunger. Det er ikke farlig å bli tung i pusten ved aktivitet, men man må lære seg metoder for å hente seg inn igjen. Pusteteknikker hjelper deg å mestre tungpust.

Leppepust

Leppepust er en enkel teknikk som hjelper deg å roe ned pusten. Pust rolig og avspenst gjennom en smal åpning mellom leppene. Du oppnår da en lett motstand på utpusten og luftveiene holdes åpne. Utpusten tar litt lengre tid, pusterytmen blir roligere, og du får pustet ut brukt luft. Tenk at du blåser på et tent stearinlys og skal få flammen til å blafre svakt, eller at du blåser på armen til et barn som har slått seg.



Hvilestillinger

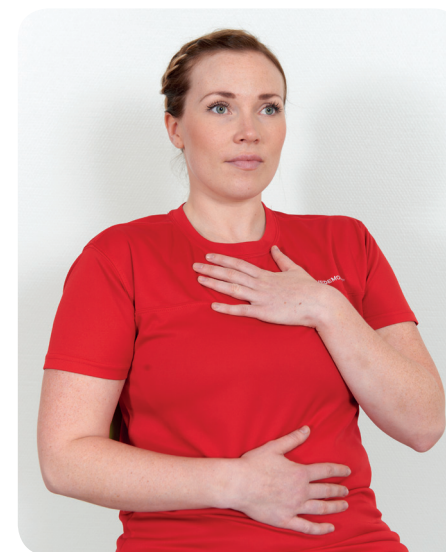
Hvilestillinger hjelper deg å puste bedre og på en mer hensiktsmessig måte, og gir et bedre arbeidsforhold for mellomgulvet. Bildene viser forskjellige hvilestillinger: sittende, stående og liggende. Det er viktig at du prøver deg fram for å finne en stilling som du synes er god.



Hvilepust

Ta deg tid til å roe ned pusten i løpet av dagen. Med hvilepust får man bedre utnyttelse av luften ved å få pustet dypt for hver innpust.

Finn en behagelig hvilestilling og øv på å ta dype og rolige åndedrag. Plasser den ene hånden på magen og den andre på brystkassen. Når du puster inn, er det lite bevegelse under hånden på brystkassen mens den på magen beveger seg utover. Slapp godt av i skuldrene og nakken.



Mestring av tungpust

Det kan være skummelt å bli tung i pusten, og noen blir engstelige når de merker at pusten blir tyngre. Dette kan være en uheldig kombinasjon, fordi angst ofte forverrer anfallet. Det fører til at man gjerne puster fortere og mer overfladisk. Det kan hjelpe å ta i bruk «beroligende tanker», det vil si å snakke beroligende til seg selv for å prøve å endre tankene og kunne roe ned pusten. Eksempler på beroligende tanker er «ta det med ro» eller «dette går bra».

Andre råd ved tungpust kan være å bevege seg langsomt, benytte anfallsmedisiner, løsne på klær som strammer, få frisk luft, få noen til å stryke deg forsiktig over ryggen, og begrense snakking, slik at du kan fokusere på å roe pusten.

Sekretmobilisering

Økt slimproduksjon er et vanlig symptom blant mennesker med lungesykdom. Noen produserer slim i luftveiene daglig, andre kun ved forverrelse eller forkjølelse. Hvis du har mye slim, er det viktig at du setter av tid til å fjerne det. Du vil da puste lettere etterpå og forebygge infeksjoner. Hvor ofte er avhengig av hvor mye slim du har. Hyppige infeksjoner kan være et tegn på at du har et større slimproblem enn du tror.

Det finnes flere teknikker og hjelpemidler for å fjerne slim fra luftveiene. Teknikkene brukes gjerne i kombinasjon med inhalasjoner. Fysisk aktivitet, endring av kroppstilling og riktig mengde væske bidrar til å løsne på slimet og lette slimmobilisering. Røykeslutt fører til mindre produksjon av slim.

Hosteteknikk

Den enkleste måten å få opp løst slim fra luftveiene på er å hoste, så lenge dette ikke er for slitsomt og gjør deg mer tungpustet. Du kan hoste på forskjellige lungevolumer ved å puste inn litt, halvveis eller dypt før du hoster ut.

Støteteknikk

Støting kan være en mer skånsom måte å flytte slim på enn hosting, slik at du sparer krefter. Man kan støte både langvarig, for å flytte slimet høyre opp, og kortvarig, når du merker at slimet nærmer seg halsen. Du oppnår et lang støt ved å puste halvveis dypt inn og så lager en langvarig utpust med åpen munn (O-form). Kort støt oppnås ved å puste dypt inn og så lage et kort og kraftig utpust med åpen munn (O-form). Avslutt med å hoste dersom du kjenner løst slim.



Støteteknikk

Aktiv syklus

Aktiv syklus er en enkel pusteteknikk som hjelper deg få opp slim fra lungene på en skånsom måte og holder luftveiene åpne. Teknikken veksler mellom hvilepust for å åpne luftveiene og sikre avspenning, og dype innpust for å løsne slim fra lungene. Pust rolig og dypere inn gjennom nesen, hold gjerne pusten noen sekund før utpust gjennom munnen. Man kan også strekke armene når man tar dype pust. Etter man har løsnet på slimet, skal man bruke støteteknikk for å flytte og fjerne slimet.



Aktiv syklus

Hjelpemidler

Det finns flere hjelpemidler for å lette sekretmobilisering. En fysioterapeut kan vurdere om du har behov for et hjelpemiddel og hvilket som er mest passende for deg.

Hjelpemidlene som er avbildet på denne og neste side, bidrar til å løsne slim ved å gi motstand når man blåser ut gjennom fløyten. Motstanden åpner luftveiene slik at det er lettere å flytte på slimet. Hjelpemidlene brukes i kombinasjon med pusteteknikken aktiv syklus som beskrevet over.



mini-PEP



PEP-maske



Flutter



Acapella



Det er veldig viktig med hyppig rengjøring av hjelpemidler for å forebygge infeksjoner.

Mestring av hoste

Hostekuler kan være slitsomt og irritere luftveiene. For å stoppe en hostekule kan du finne en god hvilestilling (helst sittende), bruk leppepust eller PEP, pust rolig og kontrollert. Hvis du opplever å ha slim kan du prøve å støte et par ganger for å mobilisere slim. Varm drikke og å hoste med lukket munn kan også hjelpe.

Fysisk aktivitet

Forskning viser at fysisk aktivitet er viktig ved lungesykdom for at man skal ha bedre funksjon, bedre livskvalitet, mindre symptomer av angst og depresjon, færre forverringer av sykdommen, og for å leve lenger.

Mange mennesker med lungesykdom prøver å unngå aktiviteter som gjør dem tunge i pusten, men inaktivitet er påvist å øke risikoen for forverringer, behov for innleggelser på sykehus, andre sykdommer og gir høyere dødelighet.

Når man trener klarer man å yte mer og holde på lenger hvis man trener i intervaller og bruker pusteteknikker for å hente seg inn.

Det kan hjelpe å ta en hurtigvirkende anfallsmedisin 10-15 minutter før fysisk aktivitet for å gi et bedre utgangspunkt. Fysisk aktivitet er også viktig for å lette slimmobilisering.

Styrketrening er viktig for at musklene skal utnytte oksygen bedre. Du blir da mindre tungpustet ved aktivitet.

Overbruk av musklene i nakken, skuldrene og brystkassen ved tungpust kan fører til stramme muskler og ømhet. Mange opplever nytte av øvelser for å holde brystkassen myk og av å tøyne musklene i nakken og skuldrene.

På de neste sidene finner du øvelser du kan gjøre for å styrke og tøyne musklene.

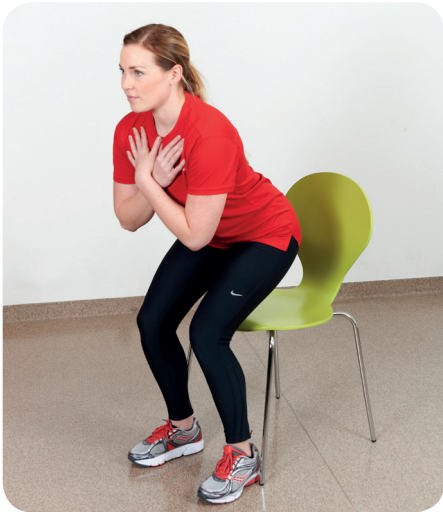




1. Sitt på en stol. Strekk og bøy i det ene kneet. Bytt ben og gjenta.



2. Sitt på en stol. Løft kneet opp mot magen ved å bøye i hoften og kneet. Bytt ben og gjenta.



3. Sitt på en stol. Reis deg til stående stilling uten å støtte deg med hendene, og sett deg ned igjen.



4. Støtt deg mot noe med begge hendene. Gå opp på tærne og bli stående i cirka 3-5 sekunder. Senk deg rolig ned igjen.



5. Støtt deg mot noe med begge hendene. Stå med føttene i skulderbreddes avstand. Bøy i hofter og knær, og senk deg ned, for så å presse opp igjen til startstillingen.



6. Stå med samlede ben. Sett en fot fremfor den andre og bøy begge knær. Spark ifra og returner til startstillingen. Bytt ben og gjenta.

7. Plasser den ene foten på et trappetrinn eller lignende. Len deg forover, legg tyngden over på benet i trappetrinnet og strekk kneet slik at du løfter deg opp. Senk langsomt ned. Gjenta. Bytt ben og gjenta.





8. Sitt med armene hengende ned langs siden. Løft skuldrene opp mot ørene og hold i 3-5 sek. Senk skuldrene langsomt tilbake. Gjenta øvelsen.



9. Vri overkroppen til den ene siden, til du kjenner det strekker i ryggen og generelt i overkroppen. Vri deretter til den andre siden.



12. Strekk ut armen og roter overkroppen til siden samtidig som du puster inn. Roter tilbake og slipp pusten ut. Bytt arm og gjenta øvelsen.



13. Bøy hodet til den ene siden, slik at det tøyer i nakken. Hold ca. 30 sek. Bøy deretter til den andre siden. Du kan også tøye nakken ved å snue hodet for å se over en skulder, eller se nedover slik at du tar haken inn mot brystet.



10. Sitt med armene ned langs siden. Len deg mot den ene siden og slipp armen ned mot gulvet. Hold stillingen i 3-5 sek og vend tilbake til startstillingen. Len deg mot den andre siden og gjenta øvelsen.



11. Strekk til siden med den ene arm over hodet. Hold stillingen i 3-5 sekunder. Strekk deretter til den andre siden.



14. Strekk armene frem og krum ryggen slik at det strekker mellom skulderbladene. Åpne armene ut til siden til du kjenner et godt strekk i brystet og skuldrene.



Utmattelse

Tung pust og kronisk hoste krever mye energi og det bidrar til at man blir fortere trett og orker mindre. Det er viktig at man stopper litt opp for å "lade batteriene", samt lærer seg teknikker for å spare krefter når du skal utføre de daglige gjøremål. Det finnes også mange hjelpemidler for å lette gjøremål hjemme. En fysioterapeut eller ergoterapeut kan vurdere ditt behov for hjelpemidler.

Søvn

Noen sliter med dårligere søvn på grunn av deres lungesykdom. Pusten kan bli verre når de ligger, og de må ofte sitte delvis oppreist eller bruke puter eller et hjertebrett for å sove. Du kan gjerne prøve ulike liggestillinger for å finne hvordan du slapper best av. Noen våkner på grunn av hoste. Det kan hjelpe å fjerne slim fra luftveiene før du legger deg slik at du ikke må hoste slim i løpet av natten.

Bekkenbunnstrening

Ved mye og langvarig hoste opplever noen mennesker lekkasje-problemer i forbindelse med host,

nys, tungpust, latter og fysisk aktivitet. Bekkenbunnstrening er effektiv, både som behandling og forebygging av hastverksplager og lekkasje av urin, luft og avføring.

Lukk eller snurp endetarms-åpningen godt igjen før du hoster, nyser, løfter eller før du gjør aktiviteter som øker det innvendige buktrykket. Dette er en av de mest effektive måtene å bruke bekkenbunnen på. En fysioterapeut kan gi mer råd og informasjon om bekkenbunnstrening.

Lungerehabilitering

Lungerehabilitering er en kombinasjon av gruppeopplæring og tilpasset trening for å lære hvordan å leve best mulig med kronisk lungesykdom. Man kan delta på Lungerehabilitering ved Sykehuset Østfold eller på en rehabiliteringsinstitusjon.

For mer informasjon om lungerehabilitering ved Sykehuset Østfold kan du ringe lungepoliklinikken ved Sykehuset Østfold Moss på tlf: 69 86 69 30 eller 69 86 69 46.

Medlemsorganisasjoner

Landsforening for hjerte- og lungesyke (LHL) og astma- og allergiforbundet (NAAF) er medlemsorganisasjoner som tilbyr råd og informasjon for personer med lungesykdom og deres pårørende.

De har lokallag i alle kommuner og tilbyr ulike treningsaktiviteter, likemannsarbeid, kurs og informasjons- og temamøter hvor man kan møte andre i samme situasjon.

Mer informasjon om LHL

Nett: www.lhl.no

Telefon: 22 79 90 00

LHL tilbyr svartjenesten KOLS-linjen for personer som har spørsmål om KOLS.

Telefon: 800 89 333

(mandag-onsdag 11.00-15.00 og torsdag 15.00-20.00)

Nett: www.kolslinjen.no

Mer informasjon om NAAF

Nett: www.naaf.no

Telefon: 23 35 35 35

Kontaktinformasjon

Fysioterapiavdelingen,
Sykehuset Østfold Moss
Tlf: 69 86 66 30

Fysioterapiavdelingen,
Sykehuset Østfold Fredrikstad
Tlf: 69 86 16 15

Fysioterapeut i din kommune

.....

.....





LHL

Denne brosjyren er et resultat av prosjektet «Frisk Pust» som ble finansiert med midler fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.