

Prosjekt kommunalt tverrfaglig trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS

Evalueringsrapport

FOUSAM-rapport (2015/2)

Kristian Austreim, Line Hårklau, Elise Hausken, Lars Kvinge & Tove Agdestein

Et samarbeidsprosjekt mellom



Prosjektgruppe

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Karmøy kommune	
Prosjektleder	Ingrid Sofie Rundhaug, prosjektleder samhandlingsreformen	Helse- og omsorgsetaten
Leder for prosjektgruppe	Elise M. Hausken, virksomhetsleder	Fysio- og ergoterapitjenesten
Sekretær	Kristian Austreim, fysioterapeut	Fysio- og ergoterapitjenesten
Prosjektdeltaker	Line Hårklau, ergoterapeut	Fysio- og ergoterapitjenesten
Prosjektdeltaker	Monica Kallevik, sykepleier	Norheim bo- og behandlingsheim
Prosjektdeltaker	Alireza Rahmati, fastlege	Bygnes legekontor
Prosjektdeltaker	Atle Totland, overlege	Helse Fonna
Prosjektdeltaker	Tove Alsaker, sykepleier	Helse Fonna
Prosjektdeltaker	Steinar Uglebakken, fysioterapeut	Sentrum fysioterapi - Helsebanken
Kontaktperson FoU	Tove Agdestein/Lars Kvinge	FOUSAM
Brukerrepresentant	Kirsten Gunderstad	LHL Midt-Karmøy

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge har rundt 400 000 personer sykdommen KOLS, og tallet er stigende. Akutt KOLS-forverring er en av de hyppigste innleggelsesårsakene ved norske sykehus. Utvikling av læring- og mestringstilbud til denne pasientgruppen er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om å gi kommunene en større rolle i å forebygge og gi innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser.

Mål: Prosjektet ønsket å gjennomføre og evaluere et trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS i Karmøy kommune. En hadde som mål å øke selvopplevd helsestatus, fysisk funksjonsnivå og aktiviteter i dagliglivet for personer med KOLS. En ønsket å utarbeide en modell for kommunalt trening, læring og mestringstilbud til personer med KOLS, blant annet ved å utarbeide kursmateriell, rutiner for rekruttering av deltakere og rutiner for gjennomføring av kurstilbudet. En ønsket også å utarbeide rutiner for videre oppfølging av personer med KOLS etter gjennomført lærings- og mestringskurs.

Metode: En rekrutterte deltakere til tilbudet blant alle personer som hadde bostedsadresse i kommunen og som hadde fått påvist diagnosen KOLS. Kurstilbudet bestod av 8 temasamlinger og 16 treningsøkter i løpet av en 8-ukers kursperiode. Evaluering ble gjort ved metodetriangulering bestående av kvantitativ før- og ettermåling, og fokusgruppeintervju blant deltakere og faggrupper.

Resultat: 9 deltakere fullførte kurstilbudet i prosjektperioden. Deltakerne viste tendens til bedre fysisk funksjonsnivå etter kurstilbudet, målt med COOP/WONCA Functional Assessment charts (COOP/WONCA), Incremental shuttle walking test (ISWT) og kondisjonskalkulator. Deltakerne opplevde det som positivt å utveksle erfaring med andre i samme situasjon. Det sosiale fellesskapet skapte motivasjon for deltakelse, og gav et positivt innhold i hverdagen. Fagpersonene opplevde også å få mange gode tilbakemeldinger av kursdeltakerne under og etter endt kursperiode. Aktivitetsnivået gikk ned i etterkant av kurstilbudet. Det var enighet om at en burde vurdere andre metoder for å videreføre livsstilsendring i forhold til fysisk aktivitet også etter fullført kursperiode.

Konklusjon: Etter kursperioden viste deltakerne tendens til å være i bedre fysisk form, og de ga tilbakemelding om at kurstilbudet var nyttig og bra. Evalueringen av prosjektet viste at en bør vurdere å ha mer fokus på varig endring av fysisk aktivitet i løpet av kursperioden, og ha større fokus på at deltakere videreføres i aktivitetstilbud etter endt kursperiode. Læring- og mestringskurs for personer med KOLS i Karmøy kommune vil videreføres i ordinær drift fremover med noe endret innhold, og en vil også tilstrebe bedre kommunikasjon og samarbeid med henvisere til kurset, slik at en sikrer at aktuelle deltakere får informasjon om tilbudet.

Innhold

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	4
1.1. Bakgrunn.....	4
1.2. Mål	5
1.3. Organisering, styring og prosess.....	5
2. Metode.....	6
2.1. Design.....	6
2.2. Utvalg.....	6
2.2.1. Rekruttering	6
2.3. Etikk	7
2.4. Kurstilbudet.....	7
2.5. Variabler	8
2.5.1. Kvantitative variabler	8
2.5.2. Kvalitative variabler	8
2.6. Datainnsamling	9
2.7. Analyse.....	9
2.8. Ressursbruk.....	9
3. Resultater.....	10
3.1. Kvantitative data	10
3.2. Kvalitative data.....	11
3.2.1. Kursdeltakere	11
3.2.2. Fagpersoner involvert i prosjektet	12
4. Diskusjon.....	15
4.1. Diskusjon av metode.....	15
4.2. Diskusjon av resultat	15
5. Konklusjon	18
5.1. Veien videre.....	18
6. Litteratur	19
Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	22
Vedlegg 2: Registrering av aktivitetsnivå	24

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på kroniske lungesykdommer der fellestrekket er en irreversibel nedsatt lungefunksjon og luftstrømsobstruksjon (Helsedirektoratet, 2012). Sykdommen er progressiv og gir over tid dårligere lungefunksjon, med symptomer som kronisk hoste, kronisk slimproduksjon og tung pust (Helsedirektoratet, 2012). I Norge har rundt 400 000 personer sykdommen KOLS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og tallet er stigende. En antar at det tilkommer 30-40 000 nye tilfeller hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). En stor andel av personer med KOLS er ikke diagnostisert av lege, opptil 75 % ifølge Hordalandundersøkelsen (Waatevik et al, 2013). Om lag 40 000 av de med KOLS har utviklet alvorlig KOLS-sykdom som krever jevnlig kontakt med helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Akutt KOLS-forverring er en av de hyppigste innleggelsesårsakene ved norske sykehus. Tall hentet fra innleggelser ved Haugesund sjukehus (HS) i 2013 viser at 274 unike pasienter fra Karmøy kommune har hatt innleggelser eller konsultasjoner ved HS i løpet av året. Det har vært 637 episoder, hvor 378 var innleggelser og 259 var polikliniske konsultasjoner. Ved innleggelsene var det 116 opphold med J44* som hoveddiagnose (HD) og 263 opphold med J44* som bidiagnose (BD). For de polikliniske konsultasjonene var det 175 konsultasjoner med J44* som HD og 85 konsultasjoner med J44* som BD. Rundt 2000 dør av KOLS i Norge hvert år. Det er estimert at KOLS blir den fjerde hyppigste dødsårsaken i år 2030 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2015).

En norsk undersøkelse gjennomført av SINTEF som omhandlet levekår for personer med KOLS, viste at personer med denne sykdommen sammenliknet med andre kroniske sykdommer, har betydelig dårligere levekår innen levekårsområder som helse, utdanning, arbeid og inntekt, men også områder som sosial kontakt, noe som tyder på at KOLS-pasienter har større problemer innenfor ulike områder enn andre pasientgrupper (Hem og Eide, 2009). For livskvaliteten til pasienten er det viktig å få adekvat hjelp til å leve med og mestre sykdommen, noe som er en utfordring for mange med kroniske sykdommer som KOLS. Mye handler om endring av livsstil, og om læring og mestring i forhold til endring av betingelsene for å delta i arbeidsliv, fritidsaktiviteter og familieliv. Egeninnsatsen til personen som har fått kronisk sykdom er viktig i forhold til sykdomsutviklingen, det å tilegne seg ny kunnskap, nye ferdigheter og nye vaner. En nylig publisert kunnskapsoppsummering viser at læring- og mestringstilbud fører til økt helserelatert livskvalitet, mindre pustebesvær og færre sykehusinnleggelser for KOLS-pasienter (Zwerink et al, 2014).

Utvikling av læring- og mestringstilbud til denne pasientgruppen er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om å gi kommunene en større rolle i å forebygge og gi innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Hvordan den trinnvise endringen av oppgaver og ansvarsfordeling innen læring, mestring skal utvikles beskrives nærmere i samarbeidsavtaler inngått mellom Helse Fonna (HF) og Karmøy kommune (Helse Fonna og Karmøy kommune, 2014). Med bakgrunn i samarbeidsavtalene mellom kommunene og HF, tjenesteavtale 2,6 og 10 er det laget en handlingsplan for gradvis overføring av de læring- og mestringstilbud som skal etableres i kommunene og hvilke pasient- og pårørendetilbud som fortsatt skal gis i spesialisthelsetjenesten. Karmøy kommune vil gjennom dette prosjektet utvikle et tverrfaglig kommunalt trening, læring og mestringstilbud til personer med KOLS, men tenker videre å utvikle tilbudet til også å gjelde flere aktuelle diagnosegrupper. I fortsettelsen kan det bli aktuelt med samarbeid med andre kommuner om utvikling og etablering av ulike lærings- og mestringstilbud.

1.2. Mål

Målsettingen med prosjektet var å gjennomføre og evaluere et trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS i Karmøy kommune, med følgende delmål:

- Øke selvopplevd helsestatus for personer med KOLS.
- Øke fysisk funksjonsnivå og aktiviteter i dagliglivet for personer med KOLS.
- Utarbeide en modell for kommunalt trening, læring og mestringstilbud til personer med KOLS.
- Utarbeide rutiner for rekruttering av deltakere til trening, læring og mestringstilbud for personer med KOLS i kommunal regi.
- Utarbeide kursmateriell og rutiner for gjennomføring av kurstilbudet
- Utarbeide rutiner for videre oppfølging av personer med KOLS etter gjennomført kurs i kommunal regi.

1.3. Organisering, styring og prosess

Mandatet for dette prosjektet ble gitt fra Karmøy kommunes koordineringsgruppe for samhandling og ble finansiert med prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Prosjektet var et FOUSAM-prosjekt¹, det vil si et trepartsamarbeid mellom Karmøy kommune, Helse Fonna og HSH, og en ville ha aktiv deltakelse av brukerrepresentant i planlegging, gjennomføring og oppfølging. Brukerrepresentant fra LHL Midt-Karmøy bidro i hele prosjektperioden.

¹ www.fousam.no

2. Metode

2.1. Design

Prosjektet hadde som mål å undersøke gjennomførbarhet og effekt av et trening-, læring- og mestringstilbud for personer med KOLS i kommunal regi. Evaluering er gjort med metodetriangulering bestående av kvantitativ før- og ettermåling, og fokusgruppeintervju blant deltakere og faggrupper etter gjennomført prosjekt.

2.2. Utvalg

En rekrutterte deltakere til tilbudet blant alle personer som har bostedsadresse i Karmøy kommune som har fått påvist diagnosen KOLS. Personene måtte være hjemmeboende. Det ble ikke satt noen begrensninger på alder, kjønn eller andre tilleggsdiagnoser, og tilbudet gjaldt for alle stadium av KOLS. Det ble satt som en forutsetning at deltakerne var motivert for egeninnsats og økt egenmestring. Dette ble formidlet via informasjonsbrosjyre og annonsering i forkant av kurset, og ved de individuelle kartleggingene i forkant av kursstart.

For å delta på tilbudet måtte en beherske norsk språk i den grad at en kunne gjøre seg forstått overfor de andre deltakerne, og kunne forstå det som ble gjennomgått på kurset. Personer med kognitiv svikt ble vurdert til å ha for liten effekt av dette tiltaket til å bli inkludert. Dette gjaldt også brukere som bor på institusjon. Brukere som befant seg i en akutt forverring av sin KOLS-sykdom ble også ekskludert. Personer som hadde tilleggsdiagnoser som førte til at de ikke klarte å gjennomføre planlagt trening ble også ekskludert fra tilbudet.

Tabell 1. Karakteristika for deltakerne som fullførte kurset (n=9).

Gjennomsnittlig alder (år)	68,3 (6,42)
Antall kvinner	4
Antall menn	5

Data er presentert som gjennomsnitt ± standardavvik (SD).

2.2.1. Rekruttering

Prosjektgruppa utarbeidet informasjonsmateriell til bruk av helsepersonell, og informasjonsbrosjyre til aktuelle deltakere. En fikk bistand fra FOUSAM til layout på materialet. Alle fastleger, tilsynsleger, bedriftshelsetjenester og privatpraktiserende fysioterapeuter fikk informasjon om prosjektet pr. e-post, og de fikk tilsendt informasjonsmateriell i forkant av kurset. De fikk også tilsendt informasjonsbrosjyrer som de kunne gi ut til aktuelle deltakere. Informasjonsbrosjyre til aktuelle deltakere ble lagt på venteværelser på fastlegekontor og fysikalske institutter. Disse brosjyrene ble også gitt ut til

LHL, slik at de kunne formidle dem til sine medlemmer. Kurset ble annonsert i lokalavis i forkant av kursstart. Alle deltakere ble innkalt til individuell kartlegging i forkant av kurset.

2.3. Etikk

I forbindelse med datainnsamling ble det innhentet informert samtykke fra alle deltakerne (vedlegg 1). Der kom det frem hva hensikten med prosjektet var, hva opplysningene skulle brukes til, at det var frivillig å delta og at opplysningene ble anonymisert. Prosjektet fikk godkjenning fra Norsk Samfunns-vitenskapelig Datatjeneste (NSD) før oppstart.

2.4. Kurstilbudet

Kurstilbudet ble gjennomført i løpet av en 8 ukers periode. Tilbudet inneholdt 16 samlinger. Alle samlingene inneholdt fysisk trening med fysioterapeut. I tillegg ble det gjennomført temasamlinger en gang pr. uke, i forbindelse med en av treningsøktene. Her tok en opp ulike relevante tema for denne pasientgruppen. Kurset hadde en kursvert som var til stede på alle temasamlingene. Samlingene som kun inneholdt fysisk trening ble gjennomført på ettermiddagstid (kl. 16-17). Samlingene som inneholdt både trening og temasamling ble gjennomført på dagtid (kl. 10-14). Alle samlingene var lokalisert til treningsfasilitetene og undervisningsrom på nye Veia sykehjem. Tilbudet ble gitt til 12 deltakere. 3 deltakere trakk seg før kursstart eller i løpet av den første kursuka.

Det ble lagt opp til diskusjoner/samtaler rundt de ulike temaene som ble tatt opp, hvor en satt fokus på at alle deltagerne skulle delta aktivt. Tema som ble tatt opp på samlingene var: sykdomslære, fysisk aktivitet og trening, aktivitetstilbud i kommunen, energibesparende arbeidsmetoder, medikamenter, inhalasjonsteknikk, trygderettigheter, hvordan leve med KOLS, slimmobilisering, anfallsmestring, avspenning og ernæring. Det var alltid en fagperson som ledet temasamlingene, og en prøvde å benytte aktuelle fagpersoner fra Karmøy kommune der det var mulig. En måtte leie inn fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten til temaene trygderettigheter (sosionom) og ernæring (ernæringsfysiolog), men stilte med alle andre faggrupper (fysioterapeut, ergoterapeut, lege, sykepleier og farmasøyt). Aktuelle fagpersoner i kommunen fikk muligheten til å øke sin kompetanse rundt relevante emner gjennom hospitering ved Helse Fonna i forkant av kursperioden. Treningen som ble gjennomført i forbindelse med temasamlingene ble ledet av kommunal fysioterapeut, mens treningene på ettermiddagstid ble ledet av fysioterapeut med driftstilskudd. Innhold i trening fulgte treningsråd gitt i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). En brukte god tid på oppvarming, utholdenhetstrening var intervallbasert og styrketrening ble også inkludert. En brukte Borgs skala aktivt under trening for å styre intensitet (Borg, 1998).

2.5. Variabler

2.5.1. Kvantitative variabler

Alle deltakerne ble kartlagt før og etter kurstilbudet ved hjelp av ulike kvantitative måleverktøy.

Selvopplevd helsestatus

Spørreskjemaene COOP/WONCA Functional Assessment charts (COOP/WONCA) (Holm og Risberg, 2003) og COPD Assessment test (CAT-score) (Jones et al, 2009) ble brukt for å evaluere selvopplevd helsestatus og sykdomsspesifikk selvopplevd funksjon.

COOP/WONCA brukes blant annet ved Frisklivssentraler i forbindelse med «Helsesamtalen» (Helsedirektoratet, 2013), og er testet for validitet og reliabilitet (Bentsen et al, 1997). CAT-score brukes for å bedømme hvor mye KOLS påvirker den enkeltes helse. Skjemaet har vist seg å være følsom for endring i forbindelse med rehabilitering (Dodd et al, 2011).

Fysisk funksjonsnivå

Fysisk funksjonsnivå ble evaluert ved hjelp av Incremental shuttle walking test (ISWT) (Singh et al, 1992) og kondisjonskalkulator (Nes et al, 2011). ISWT er en test som brukes for å evaluere fysisk kapasitet hos personer med KOLS, og blir brukt for å evaluere effekt av rehabilitering (Singh et al, 2008). Kondisjonskalkulatoren er utviklet ved K.G. Jebsen senter for hjertetrening ved NTNU (Aspenes et al., 2011).

Aktivitetsnivå

Deltakernes aktivitetsnivå ble evaluert ved hjelp av skrittellere. Grunnen til at en ville måle fysisk aktivitetsnivå var blant annet fordi det er vist at tester for å undersøke fysisk funksjonsnivå gir en dårlig prediksjon på fysisk aktivitetsnivå for personer med KOLS (van Gestel et al, 2012). En brukte gjennomsnittlig daglig antall skritt i løpet av en 7-dagers registreringsperiode for å evaluere aktivitetsnivå.

2.5.2. Kvalitative variabler

For å undersøke gjennomførbarhet av kurstilbudet ble det gjennomført fokusgruppeintervju blant aktuelle faggrupper som var involvert i kurstilbudet. Deltakernes opplevelse av kurstilbudet og deltakernes opplevelse av effekt ble også undersøkt ved hjelp av fokusgruppeintervju blant et utvalg av deltakerne. Intervjuguide ble utarbeidet i forkant av gjennomføring, i samarbeid mellom prosjektgruppa og FOUSAM.

2.6. Datainnsamling

Før oppstart av kurstilbudet ble alle deltakere innkalt til en individuell kartlegging. En gjennomførte da de ulike testene og spørreskjemaene som beskrevet i kapittel 2.5.1 (COOP/WONCA, CAT-score, SWT og kondisjonskalkulator). Her fikk også deltakerne utdelt skritteller, hvor de ble instruert i å registrere daglig antall skritt i en uke (vedlegg 2). Dagbok fra registrering av skritt ble innhentet i forbindelse med kursstart. Etter kurset var gjennomført ble alle deltakerne som hadde deltatt på minst halvparten av samlingene testet på ny for å undersøke eventuelle forandringer i de ulike parameterne. Testene ble gjennomført i samme rekkefølge før/etter kurs, og ble gjennomført av samme terapeut ved begge testtidspunktene. Alle deltakerne ble også invitert til å delta på et fokusgruppeintervju for å kartlegge opplevelse av kurstilbudet og opplevelse av effekt av å delta på kurstilbudet. Dette ble gjennomført i etterkant av kursperioden. Fagpersonene som bidro i løpet av prosjektperioden ble også invitert til et fokusgruppeintervju for å kartlegge deres erfaringer i løpet av prosjektperioden.

2.7. Analyse

Kvantitative data ble evaluert ved hjelp av Microsoft Excel og SPSS 18.0, og en benyttet eksisterende kompetanse i prosjektgruppa og samarbeid med FOUSAM ved gjennomføring av dette. Gjennomføring og analyse av fokusgruppeintervju ble også gjort i samarbeid mellom prosjektgruppa og FOUSAM. Det ble gjort lydopptak av fokusgruppene, og intervjuene ble transkribert. Teksten ble analysert ved bruk av innholdsanalyse (Jacobsen, 2010).

2.8. Ressursbruk

Prosjektet fikk innvilget prosjektstøtte på 200 000,- fra Helsedirektoratet i 2013, som ble videreført til 2014. 140 147,- av prosjektmidlene ble brukt i løpet av 2014, og resterende 59 853,- ble tilbakebetalt til Helsedirektoratet.

3. Resultater

Under presenteres de kvantitative og kvalitative dataene som ble innhentet i forbindelse med kurset som ble gjennomført i prosjektperioden.

3.1. Kvantitative data

Tabell 2. Testresultater før og etter kursperiode (gjennomsnitt ± standardavvik (SD)) og forskjell i gjennomsnitt før/etter kursperiode (forandring) (n=9).

Test	Deltest	Før kurs	Etter kurs	Forandring
CAT-score		14,67 (7,48)	14,44 (8,00)	-0,23
COOP/WONCA	Fysisk form	3,78 (0,67)	3,11 (0,93)	-0,67*
	Følelsesmessig problem	2,22 (1,48)	2,22 (1,09)	0,00
	Daglige aktiviteter	2,56 (1,33)	2,33 (1,22)	-0,23
	Sosiale aktiviteter	1,78 (1,09)	1,67 (0,71)	-0,11
	Bedre/dårligere helse	2,44 (0,88)	2,44 (1,24)	0,00
	Samlet helsetilstand	3,00 (0,87)	2,67 (0,71)	-0,33
Kondisjonskalkulator	Midjeomkrets (cm)	98,33 (10,94)	98,00 (10,04)	-0,33
	Hvilepuls (slag/min)	79,44 (8,92)	78,33 (12,12)	-1,11
	Estimert VO ₂ -max (ml/kg/min)	30,78 (5,07)	32,33 (4,85)	1,55
	Estimert kondisjonsalder (år)	67,33 (10,29)	62,78 (9,52)	-4,55
ISWT	Ganglengde (meter)	324,44 (138,66)	366,67 (174,07)	42,23
Skritteller	Skritt pr. dag (gj.snittlig)	5176,28 (2819,77)	4272,56 (2442,88)	-903,72*

*: signifikant p-verdi ved paired samples t-test (p<0,05).

CAT-score: COPD Assessment test. COOP/WONCA: COOP/WONCA Functional Assessment charts. VO₂-max: maksimalt oksygenopptak. ISWT: incremental shuttle walking test.

CAT-score viste små forandringer etter kursperioden sammenlignet med før kurs. Ved verdiene på COOP/WONCA viste «fysisk form» signifikant forbedring etter kursperioden. «Samlet helsetilstand» viste tendens til bedring, men ingen signifikant forskjell. Ellers viste små/ingen forandringer. Estimert VO₂-max og estimert kondisjonsalder viste tendens til bedring, men ingen signifikant forskjell. Det samme gjelder ganglengde ved ISWT. Gjennomsnittlig skritt pr. dag viste signifikant mindre antall skritt etter kursperioden.

Tabell 3. Utvikling i score på COOP/WONCA før/etter kursperiode (n=9).

	Dårligere funksjon	Lik funksjon	Bedre funksjon	p-verdi*
Fysisk form	0	4	5	0,03*
Følelsesmessig problem	2	5	2	1,00
Daglige aktiviteter	1	5	3	0,32
Sosiale aktiviteter	2	4	3	0,78
Bedre/dårligere helse	2	4	3	0,89
Samlet helsetilstand	1	4	4	0,18

COOP/WONCA: COOP/WONCA Functional Assessment charts. *: p-verdi ved Wilcoxon signed ranks test, sign. p-verdi ved $p < 0,05$.

Tabell 3 viser at det er flere som viser lik/bedre funksjon enn dårligere funksjon på alle parametrene på COOP/WONCA etter kursperioden sammenlignet med før kursperioden. Ved fysisk form ser en signifikant forandring før/etter kurs.

3.2. Kvalitative data

I etterkant av kurset som ble arrangert i prosjektperioden, ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Et av intervjuene var forbeholdt kursdeltakerne, og deres opplevelse av gjennomført kurs. Ved det andre intervjuet ble alle fagpersoner som var involvert i prosjektet invitert for å evaluere erfaringer gjennom prosjektperioden. Begge intervjuene ble ledet av personer som ikke har vært involvert direkte i gjennomføringen av kurset.

3.2.1. Kursdeltakere

Alle deltakerne som fullførte kurset ble invitert til å delta på fokusgruppeintervju etter gjennomført kurs. Fire kursdeltakere møtte på dette intervjuet. Under intervjuet kom det frem at deltakerne opplevde innholdet i kurset som nyttig og bra. Gruppebasert organisering gav kunnskap gjennom gruppeprosess i tillegg til formidling fra «ekspert». Det opplevdes positivt å utveksle erfaring med andre i samme situasjon. Det sosiale fellesskapet skapte motivasjon for deltakelse, og gav et positivt innhold i hverdagen.

Vanskelige transport/trafikk-forhold opplevdes som barriere for deltakelse. Videre kunne tidspunkt og hyppighet for kursaktivitetene som ikke var i samsvar med den enkelte sine behov for tilrettelegging føre til redusert opplevelse av utbytte.

Flere opplevde den fysiske treningen som for tøff/hard, mens andre synes den var passe. Ulikt nivå på deltakerne gjorde det vanskeligere å regulere innsats/belastning og kunne føre til negative mestringsopplevelser. Angst for forverring av symptom reduserte motivasjon og innsats. Deltakerne opplevde også ulik effekt på fysisk kapasitet/funksjon i løpet av

kursperioden. Noen merket tydelig forbedring mens andre ikke opplevde noen endring. I forhold til mestring så fylte kurset et informasjonsbehov deltakerne ikke hadde fått dekket gjennom andre tjenestetilbud. De fleste hadde fått større forståelse for sykdommen og flere hadde utviklet nye mestringsstrategier for å kunne leve best mulig med KOLS. Det varierte i hvilken grad deltakerne hadde endret levevaner. Endring av levevaner tar tid, og flere gav uttrykk for at dette var vanskelig å følge opp på egen hånd. De opplevde et behov for videre oppfølging. Inkludering av pårørendes rolle ble opplevd som positivt og nyttig.

Deltakerne fortalte at manglende kunnskap om KOLS blant folk flest kan føre til negativt selvbilde og opplevelse av stigmatisering. Generelle holdninger om at KOLS er selvforskyldt fører til skamfølelse og tilbaketrekking.

I følge deltakerne er det lite samhandling mellom fastlege og andre helsetilbud for personer med KOLS. Det kom også frem opplevelse av i liten grad å bli sett og hørt i møte med legen. Deltakerne mente at fastlege sjelden gir informasjon om KOLS-kurs eller andre relevante tilbud, og viser lite interesse for pasienten sine erfaringer med slike tilbud. De opplever at legen konsentrerer seg om medisinsk behandling og har lite fokus på forebyggende tiltak som trening og egenmestring.

3.2.2. Fagpersoner involvert i prosjektet

Alle fagpersoner som var involvert i prosjektet ble invitert til å delta på fokusgruppeintervju etter fullført kurs. 3 fagpersoner og 1 brukerrepresentant møtte til intervjuet. Under intervjuet kom det frem at fagpersonene opplevde å få mange gode tilbakemeldinger av kursdeltakerne under -og etter endt kursperiode. Fagpersonene mente det var positivt at kursperioden strakk seg over tid slik at man fikk mulighet til å oppnå treningseffekt. Deltakerne ble godt kjent og etterhvert trygge på hverandre, noe som bidro til gode erfaringsutvekslinger både i gruppa og deltakerne seg i mellom. Treningsfasilitetene og lokalet ellers med undervisningsrom og kantine innfridde forventningene. Det opplevdes som godt tilrettelagt for å gjennomføre slik type kurs. Det kom også frem at det var hensiktsmessig med en kursvert. Kursverten ble en kjent person for deltakerne som var til stede gjennom hele kurset, og var et bindeledd mellom deltakerne og fagpersonene. Kursverten tok opp spørsmål fra deltakerne som oppstod underveis med aktuell fagperson, og sikret på den måten at alle ble hørt.

Fagpersonene var enige i at det hadde vært utfordrende å få informasjonen om kurset til å nå frem til aktuelle samarbeidspartnere. Det var enighet om at det er nødvendig og ønskelig at fastlegene blir mer involvert i forhold til rekruttering til kurset, for enklere å nå ut til aktuelle deltakere til kurset.

Det var enighet i at fagpersoner som skal bidra på kurset må ha kompetanse og kunnskap om emnet man skal undervise i, noe som ble sikret gjennom blant annet hospitering. Det opplevdes at det var viktig at fagpersonene også hadde kompetanse på hvordan man involverer deltakerne mest mulig i et læring- og mestringstilbud. Det vil i den forbindelse være nyttig å ha kompetanse i helsepedagogikk, og å være bevisst på hvordan man kommuniserer ut til deltakerne. Man erfarte at hvordan undervisningen ble lagt opp hadde stor betydning for muligheten til aktivitet og erfaringsdeling fra deltakerne. Det sees behov for at fagpersonene blir informert om forventningene til dem vedrørende undervisningsopplegget i forkant av kurset.

Det var stor variasjon på deltakerne i gruppa med tanke på grad av KOLS, hvor lenge de hadde hatt diagnosen, ulike tilleggdiagnoser, treningsbakgrunn og om de hadde deltatt på lignende kurs tidligere. Dette førte til utfordringer blant annet for de som ledet den fysiske treningen. De erfarte at det ikke bare var graden av KOLS som spilte inn, men også de ulike tilleggdiagnosene og hva som var utfordrende for hver enkelt i forhold til sin sykdom. Det var en fordel for sosionom at det var en ensartet gruppe med tanke på alder, da det var lettere å treffe med undervisningen i forhold til arena de befinner seg på. Kursdeltakerne opplevdes som en åpen og sosial gruppe, og de var aktive med å dele erfaringer gjennom hele kurset. Fagpersonene opplevde at det var nyttig at de deltakerne som hadde hatt diagnosen i flere år kunne bidra med kunnskap om sykdommen og kompetanse på det å leve med KOLS.

Alle fagpersonene var enige om at det er positivt med en plattform /møtepunkt der man kan skape felles kultur og språk og kunne oppnå gjensidig respekt for hverandres tjenester og kunnskap. Alle faggruppene (fysioterapeut, ergoterapeut, lege, sykepleier, farmasøyt sosionom og ernæringsfysiolog) som bidro i prosjektet har vært nyttige, og det ble tatt opp mange viktige tema. Alle var enige i at man ikke kan hjelpe en person med KOLS alene, men at man er avhengig av kompetanse fra flere faggrupper. Det opplevdes nyttig at det var med fagpersoner fra både privat-, kommune- og spesialisthelsetjeneste i både planlegging og gjennomføring av prosjektet. En mener at det har bidratt til at de får mer eierforhold til prosjektet. Samarbeid på tvers av kommune og sykehus er viktig også for å fordele de ulike brukerne, det er nødvendig at det er en åpen og tydelig kommunikasjon vedrørende dette. Man må sørge for at brukerne får et tilbud på rett sted i forhold til sin situasjon.

Fagpersonene sitt inntrykk er at deltakerne har fått ny kunnskap og forståelse om sin sykdom. Men det oppleves en usikkerhet i forhold til hvilke mål som skal settes med

treningen. En må ta en avgjørelse på om hovedmålet skal være økt fysisk form i løpet av kursperioden eller om en skal ha mer fokus på å oppnå mestringfølelse og motivasjon til å fortsette med videre trening etter endt kurs. Det kom også frem at det muligens ble brukt for mye tid og ressurser på treningen i forhold til andre viktige temaer.

Ved kursets slutt har deltakerne fått informasjon om ulike trening- og aktivitetstilbud i kommunen. Dette er det få eller ingen deltakere som har benyttet seg av. Alle er enige om at livsstilsendring er en lang prosess og at det ikke er oppnåelig å få til en varig endring i løpet av kursperioden. Fagpersonene mener dog at livsstilsendringen er satt i gang ved hjelp av kurset, da flere av deltakerne blant annet er mer bevisst på behovet for fysisk aktivitet og en av deltakerne har fått motivasjon til å slutte å røyke. Det er enighet om at en bør vurdere andre metoder for å videreføre livsstilsendring i forhold til fysisk aktivitet også etter fullført kursperiode.

4. Diskusjon

4.1. Diskusjon av metode

For å sikre rekruttering til kurset ble aktuelle fagpersoner informert pr. e-post, og de fikk også tilsendt skriftlig informasjon samt informasjonsmateriell til aktuelle deltakere før kursperioden. En opplevde at ingen fastleger henviste til kurset. Privatpraktiserende fysioterapeut som var involvert i prosjektgruppa henviste til kurset, ellers ingen privatpraktiserende fysioterapeuter. En fikk flere henvisninger fra lungepoliklinikken ved Helse Fonna. De fleste påmeldingene ble mottatt direkte fra aktuelle deltakere på bakgrunn av annonse i lokalavis. En ser i ettertid at en bør ha tettere kontakt og ha tydeligere kommunikasjon med aktuelle henvisere til kurset slik at tilbudet blir kjent blant flere aktuelle deltakere og at en på den måten oppnår best mulig rekruttering til kurset.

For å evaluere effekt av kurset ble det benyttet ulike måleverktøy som hadde som hensikt å fange opp effekter på forskjellige nivå hos deltakerne; selvopplevd helsestatus (COOP/WONCA og CAT-score), fysisk funksjonsnivå (SWT og kondisjonskalkulator) og aktivitetsnivå. Det er vist at COOP/WONCA ikke er et veldig sensitivt verktøy for personer med KOLS (Stavem og Jodalen, 2002). Dette kan ha ført til at effektene ikke ble fanget opp ved hjelp av dette skjemaet. Pasientaktiveringsmål (PAM) er et skjema som er oversatt til norsk, og som brukes for å evaluere effekt av pasientopplæring, på ulike diagnosegrupper. Skjemaet har vist seg å ha god test-retest reliabilitet, og korrelasjonen mellom evne til å ta vare på egen helse og PAM-score er vist å være god (Steinsbekk, 2008). Dette er et skjema som med fordel kunne vært brukt i prosjektet for å evaluere effekt av tiltaket. Under fokusgruppeintervjuet av deltakerne ga de tilbakemelding om blant annet økt mestring på grunn av større forståelse og nye mestringsstrategier. Den angitte økte mestringen kunne ha ført til bedre score på PAM enn på det skjema som ble brukt. Bruk av PAM-skjema bør derfor vurderes ved videreføring av kurstilbudet. Flere deltakere rapporterte om problemer med å få skrittelleren til å fungere ved registrering av aktivitetsnivå. Det bør vurderes om en kan ta i bruk andre måleverktøy i fremtiden ved registrering av aktivitetsnivå blant deltakerne.

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at deltakerne opplevde dårlig selvbilde og skam på grunn av blant annet manglende kunnskap blant folk flest. Det bør vurderes om bedring av selvbilde og reduksjon av skam bør være et tema ved videreføring av kurstilbudet.

4.2. Diskusjon av resultat

9 personer fullførte kurset i prosjektperioden. Det førte til at det ble gjort statistikk på et ganske lite utvalg på de kvantitative dataene. En var av den grunn avhengig av store

forandringer før/etter kursperiode for å få frem signifikante forskjeller. En kan likevel se tendenser til forandringer på noen av parameterne, uten at en kan konkludere verken den ene eller andre veien.

CAT-score viste små forandringer når en ser på samlet gjennomsnitt før/etter kurs. Det er vist at «minste klinisk viktige forskjell» for CAT-score er på 2 poeng (Jones et al, 2011). Kun tre deltakere oppnådde dette ved testing etter kursperioden. Dette kan forklares med at KOLS er en kronisk sykdom med svingende forløp. En ser at kategorien «bedre/dårligere helse siste to uker» på skjemaet COOP/WONCA viser ingen forandring i gjennomsnittlig score før/etter kurs. Dette kan også ha sammenheng med det svingende forløp som en person med KOLS kan oppleve, hvor fremgangen hos noen blir nullet ut av en forverring i den kroniske sykdommen hos andre i samme utvalg.

De ulike kategoriene ved COOP/WONCA viste positiv forandring i «fysisk form», «daglige aktiviteter» og «samlet helsetilstand», men det var kun «fysisk form» som viste signifikant forandring. Kondisjonskalkulatoren viste tendens til positiv forbedring i maksimalt oksygenopptak og kondisjonsalder, det samme gjaldt også gangdistanse ved ISWT. Ingen av disse verdiene viste signifikante forandringer, noe som muligens kan skyldes et lite utvalg i prosjektet. Gjennomsnittlig forbedring ved ISWT var 42,23 meter. Det er vist at ISWT har en «minste klinisk viktige forskjell» på 47,5 meter (Singh et al, 2008). En kan likevel se at det er sammenheng mellom parametrene «fysisk form» på COOP/WONCA, estimert maksimalt oksygenopptak og – kondisjonsalder på kondisjonskalkulator og ganglengde ved ISWT. Fremgang i alle disse parametrene indikerer at deltakerne muligens har oppnådd et bedre fysisk funksjonsnivå i løpet av kursperioden.

Ved registrering av aktivitetsnivå så en signifikant mindre antall skritt pr. dag etter kursperiode. Det er vist at lengde på dag og værforhold påvirker daglig aktivitetsnivå blant eldre (Sumukadas et al, 2009). Flere andre studier har også funnet sesongvariasjoner i aktivitetsnivå (McCormack et al, 2010, Merchant et al, 2007, Ma et al, 2006 og Pivarnik et al, 2003). Testene som ble gjennomført før kursperioden ble gjennomført tidlig på høsten, mens testene etter kursperioden ble gjennomført nærmere vinteren. Dette kan ha påvirket resultatene. Når en sammenligner med de kvalitative dataene ser en også at flere deltakere synes treningsintervensjon var krevende. Dette kan ha påvirket aktivitetsnivået slik at de var i mindre aktivitet etter kursperioden. Innsamling av aktivitetsnivå-data med skritteller ble gjennomført uka etter fullført kurs, og hvis flere av deltakerne følte seg slitne etter kursperioden kan det forklare nedgangen i aktivitetsnivå. Det at flere av deltakerne synes det var vanskelig å få skrittellerne til å fungere kan også ha påvirket resultatene.

Det kom frem at ulikheter i funksjonsnivå blant deltakerne kan være en utfordring i forhold til både trening og i valg av innhold på temasamlingene. En mer homogen gruppe kan gjøre det enklere å tilpasse kurset slik at alle får et godt utbytte. Ved rekruttering til fremtidige kurs vil en vurdere å rette seg mer mot nydiagnostiserte personer, og de med mild KOLS. På den måten vil en få en mer homogen gruppe. De med mer sammensatte behov vil bli tatt vare på i spesialisthelsetjenesten, hvor de fortsatt har et tilbud til denne pasientgruppen. I den forbindelse ses det behov for bedre samhandling mellom kommune og sykehuset i forhold til å fordele aktuelle deltakere til henholdsvis kommunale tilbud og tilbud i spesialisthelsetjenesten.

I prosjektperioden ønsket en å utarbeide rutiner for videre oppfølging av personer med KOLS etter gjennomført kurs i kommunal regi. Alle deltakerne fikk tilbud om å fortsette trening i regi av LHL i etterkant av kursperioden. Ingen av de som ikke allerede deltok på tilbudet benyttet seg av dette etter kursperioden. I fortsettelsen vil det blir vurdert å ha et oppfølgingstilbud etter gjennomført kurs for å fortsette å følge opp endringsprosessen i forhold til livsstil over lengre tid. Det vil også bli vurdert om etablerte treningstilbud i lokalsamfunnet skal tas med som en del av kurstilbudet, slik at deltakerne starter opp med et tilbud som fortsetter utover kursperioden så fort som mulig. Videre bør det vurderes å endre opplegget ved trening/fysisk aktivitet i kursperioden til å ha mer fokus på mestring og lystbetont aktivitet. Det synes nødvendig med mer ansvarliggjøring av deltakerne i endringsarbeidet, for eksempel ved at de selv må starte med en aktivitet som varer ut over kursperioden. Dette vil trolig gi større fokus på varig endring av vaner og livsstil, og mindre fokus på rask endring av fysisk funksjon i løpet av kursperioden.

5. Konklusjon

«Prosjekt kommunalt tverrfaglig trening-, lærings- og mestringstilbud for personer med KOLS» gjennomførte høsten '14 kurs i Karmøy kommune med 9 deltakere som fullførte tilbudet. Etter kursperioden viste deltakerne tendens til å være i bedre fysisk form, og de ga tilbakemelding om at kurstilbudet var nyttig og bra. Evalueringen av prosjektet viste at en bør vurdere å ha mer fokus på varig endring av fysisk aktivitet i løpet av kursperioden, og ha større fokus på at deltakere videreføres i aktivitetstilbud etter endt kursperiode. En bør også tilstrebe bedre kommunikasjon og samarbeid med henvisere til kurset, slik at en sikrer at aktuelle deltakere får informasjon om tilbudet.

5.1. Veien videre

Det er klare føringer på at læring- og mestringstilbud for de store diagnosegruppene skal overføres til primærhelsetjenesten. Læring- og mestringskurs for personer med KOLS i Karmøy kommune vil videreføres i ordinær drift fremover.

Ved planlegging av fremtidige kurs vil en ta hensyn til tilbakemeldingene en har fått underveis i prosjektet fra både deltakere og fagpersoner, slik at en beholder suksessfaktorer og gjør nødvendig justeringer for å videreutvikle tilbudet. En vil blant annet tilstrebe nok restitusjon mellom treningsøktene, avgrense skriftlig informasjon og inkludere temaet fysisk aktivitet og trening tidlig slik at det gir trygghet ved gjennomføring av trening. Det vil også bli vurdert å ta med andre temaer i løpet av kursperioden, som for eksempel kognitiv terapi og bedring av selvbylde. En vil tilstrebe at alle faggrupper er godt informert om å legge til rette for aktiv deltagelse og mulighet for erfaringsutveksling under temasamlingen, og en vil undersøke muligheten for å tilby kompetanseheving innen helsepedagogikk for aktuelle faggrupper. Det vil bli fokusert på å gi tydelig og nok informasjon til aktuelle henvisere til kurset, slik at en sikrer at aktuelle deltakere blir informert og får muligheten til å delta på tilbudet.

Det er videre søkt midler for å utvikle læring- og mestringstilbudet til også å gjelde personer med etablert diabetes-sykdom. Det er også søkt midler om å utvide det forebyggende tilbudet til personer i Karmøy kommune til også å inneholde frisklivstilbud.

Erfaringene fra prosjektet vil spres til aktuelle samarbeidspartnere, blant annet i læring- og mestringsnettverk i Helse-Fonna regionen. En vil også invitere nabokommuner til tettere samarbeid i gjennomføringen av læring- og mestringskurs fremover.

6. Litteratur

Aspenes, ST, Nilsen, TI, Skaug, EA, Bertheussen, GF, Ellingsen, Ø, Vatten, L og Wisløff, U (2011). Peak oxygen uptake and cardiovascular risk factors in 4361 healthy women and men. *Medicine & Science in Sports & Exercise*; Aug 43 (8): 1465-73

Bentsen BG, Natvig B og Winnem M (1997). Vurdering av egen funksjonsevne. COOP/WONCAs spørreskjemaer i klinikk og forskning. *Tidsskriftet Nor Lægeforen*; 117: 1790-3

Borg, G (1998). Borg's perceived exertion and pain scale. *Human Kinetics USA*.

Dodd, JW, Hogg, L, Nolan, J, Jefford, H, Grant, A, Lord, VM, Falzon, C, Garrod, R, Lee, C, Polkey, MI, Jones, PW, Man, WD og Hopkinson, NS (2011). The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicenter prospective study. *Thorax*; 66(5): 425-9

GOLD (2002). Veileder for diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom, Norsk utgave.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2015). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2015).

Helsedirektoratet (2012). KOLS. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. IS-2029N

Helsedirektoratet (2013). Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering.

Helse Fonna og Karmøy kommune (2014). Overordna samarbeidsavtale mellom Karmøy kommune og Helse Fonna. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsetorgmodellen.net/samarbeidsavtaler/karmoy-kommune/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- karsykdommer, diabetes, kols og kreft.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). St.meld.nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hem, K-G og Eide, AH (2009). Levekår for personer med kols. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. Nr. 15, vol 129, s. 1468-8.

Holm, I og Risberg, MA (2003). COOP/WONCA-funksjonsskjema. Et nyttig og sensitivt evalueringsverktøy til bruk i fysioterapi praksis. *Fysioterapeuten*. Nr. 8, august.

Jacobsen, D (2010). Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget. 2. utgave

Jones, PW, Bruselle, G, Dal Negro, RW, et al. (2011). Properties of the COPD assessment test in across-sectional European study. *European Respiratory Journal*; 38:29-35

Jones, PW, Harding, G, Berry, P, Wiklund, I, Chen, W-H, og Kline Leidy, N (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Respiratory Journal*; 34:648-654; doi:10.1183/09031936.00102509

Ma Y, Olendzki BC, Li W, Hafner AR, Chiriboga D, Hebert JR, et al (2006). Seasonal variation in food intake, physical activity, and body weight in a predominantly overweight population. *European Journal of Clinical Nutrition*; Apr 60(4):519-28.

McCormack GR, Friedenreich C, Shiell A, Giles-Corti B og Doyle-Baker PK (2010). Sex- and age-specific seasonal variations in physical activity among adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*; Nov 64(11):1010-6.

Merchant AT, Dehghan M og Akhtar-Danesh N. (2007) Seasonal variation in leisure-time physical activity among Canadians. *Canadian Journal of Public Health*; May-Jun 98(3):203-8.

Nes, BM, Janszky, I, Vatten, LJ, Nilsen, TI, Aspenes, ST og Wisløff, U (2011). Estimating VO₂ peak from a nonexercise prediction model: the HUNT Study, Norway. *Medicine & Science in Sports & Exercise*; 43(11): 2024-30

Pivarnik JM, Reeves MJ og Rafferty AP (2003). Seasonal variation in adult leisure-time physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*; Jun 35(6):1004-8.

Singh SJ, Jones, PW, Evans, R og Morgan, MD (2008). Minimum clinically important improvement for the incremental shuttle walking test. *Thorax*; 63(9): 775-7

Singh, SJ, Morgan, MD, Scott, S, Walters, D og Hardman, A E (1992). Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax*. 47: 1019-1024.

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

Steinsbekk, A (2008). Måling av effekt av pasientopplæring. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*; 128: 2316-8

Sumukadas D, Witham M, Struthers A og McMurdo M (2009). Day length and weather conditions profoundly affect physical activity levels in older functionally impaired people. *Journal of Epidemiology and Community Health*; Apr 63(4):305-9.

Van Gestel, AJ, Clarenbach, CF, Stöwhas, AC, Rossi, VA, Sievi, NA, Camen, G, Russi, EW og Kohler, M (2012). Predicting daily physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*; 7 (11):e48081

Waatevik, M, Skorge, TD., Omenaas, E, Bakke, PS., Gulsvik, A og Johannessen, A (2013). Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. *Respiratory Medicine*; Jul 107(7): 1037-45

Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA og Effing T (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review). *The Cochrane Library*. Issue 3

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Førespurnad om deltaking i utviklingsprosjekt om gruppebasert lærings- og meistringstilbod for personar med KOLS

Bakgrunn og hensikt

Dette er ein førespurnad til deg som skal delta i lærings- og meistringstilbod for personar med KOLS. I tilknytning til dette tilbodet skal det gjennomførast ein studie der ein ønskjer å lære meir om korleis personar med KOLS erfarer å delta i gruppebaserte lærings- og meistringstilbod (LM-tilbod), og kva for effekt slike tilbod har. Førespurnaden gjeld deltaking i denne studien.

LM-tilbodet til personar med KOLS har som mål at deltakarane får meir kunnskap om KOLS, får auka aktivitetsnivå i dagleglivet, og opplever betring i helsetilstanden. For å undersøke gjennomføringa og effekten av tilbodet, treng ein informasjon frå kvar av deltakarane. Ved å samtykke i at informasjon frå deg kan nyttast i studien, kan du bidra til å auke kunnskapen om dette temaet slik at det kan utviklast enda betre LM –tilbod til personar med KOLS.

Kven er ansvarleg for prosjektet?

Prosjektet er eit samarbeid mellom Karmøy kommune, Haugesund sjukehus og Høgskolen Stord/Haugesund. Prosjektleiaren er Ingrid Sofie Rundhaug frå Karmøy kommune.

Kva slags informasjon er aktuell?

Alle deltakarar i LM-tilbodet vil bli kalla inn til ein individuell kartleggingsamtale før oppstart. Du vil då få svare på spørreskjema om sjølvopplevd funksjon og helse. I tillegg vil du bli testa i høve til fysisk funksjonsnivå, og du vil bli bedt om å registrere dagleg aktivitet ein periode. Etter du har gjennomført LM-tilbodet, vil du gjennomgå dei same undersøkingane på nytt. Spørreskjema og testar er ein del av opplegget i LM-tilbodet, og vil bli gjennomført uavhengig av om du gir samtykke til at informasjonen kan nyttast i studien.

Etter LM-tilbodet er ferdig kan du også bli invitert til ein gruppesamtale saman med seks til sju andre deltakarar. Intervjuet vil ha form som ein samtale, og vil dreie seg om temaet knytt til deltaking i LM-tilbodet. Gruppesamtalen som varer ca 1,5 timer vil bli tatt opp på lydband. Samtalen vil gå føre seg i dei same lokala som LM-tilbodet i løpet av november 2014.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Dersom du samtykker til å delta i studien, vil informasjon frå spørreskjema og testar blir koda slik at dei som utfører studien ikkje kjenner identiteten din. Informasjon frå gruppesamtalen blir handsama konfidensielt, og det er ikkje mulig å kople saman data frå gruppesamtalen og dei andre undersøkingane. Alle data som blir publisert vil vere anonyme.

Tilsette ved Høgskulen Stord-Haugesund som er knytt til prosjektet vil bruke vitenskaplege metodar til å arbeide med informasjonen og få fram resultatane. Data frå prosjektet kan også bli nytta i mastergradsarbeidet til student(ar) ved høgskulen.

Innsamla informasjon blir oppbevart i sikkert arkivsystem, og blir sletta når evalueringa er avslutta – seinast 31. januar 2016. Alle som deltek vil få tilgang til resultatata når studien er avslutta.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og utan å gi opp noko grunn, trekkje tilbake samtykke til å delta. Det vil ikkje få konsekvensar for di deltaking på lærings- og meistringskurset. Dersom du ønskjer å delta i studien, underteiknar du samtykkeerklæringa under. Om du seier ja til å delta, kan du seinare trekke tilbake samtykke utan at det påverkar deltakinga i andre aktivitetar.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Fysio- og ergoterapitjenesten
Bleikmyrvegen 45
4276 Veavågen
Tlf. 52810101

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitskapleg datateneste AS

Samtykke til deltaking i studie om lærings- og meistringstilbod til personar med KOLS

Eg er villig til å delta i studien

(Signatur, dato)

- Eg samtykker til å delta i gruppesamtale
- Eg samtykker til at avkoda opplysningar om meg som blir henta inn i lærings- og meistringstilbodet kan nyttast i studien
- Eg samtykker til at student kan bruke innsamla opplysningar i si masteroppgåve.

Vedlegg 2: Registrering av aktivitetsnivå



KARMØY KOMMUNE

Kommunen som vil at du skal lykkes!

Skritteller registrering

Dato:		
ID-nummer		
Til bruk ved oppstart		
Til bruk ved avslutning		

Ha skrittelleren på deg hver dag de neste 7 dagene. Ta den på når du står opp om morgenen, og husk å nullstille den når du legger deg om kvelden. Hver kveld registrerer du også antall skritt du har gått den dagen på registreringskjemaet.

Dato	Antall skritt
SUM	
Gjennomsnitt	

FoU-enhet for samhandling

Bjørnsonsgate 39, 5528 Haugesund

Telefon: 48 24 68 11

www.fousam.no

© Kristian Austreim, Line Hårklau, Elise Hausken, Lars Kvinge & Tove Agdestein

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med Åndsverkloven og Fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

FOUSAM-rapport (2015/2)