

Samhandlingsprosjekt KOLS

Mål om forbedringer i samhandling mellom
tjenestenivåene

FOUSAM-rapport (2016/2)

Et samarbeidsprosjekt mellom



TYSVÆR KOMMUNE



Deltakere

Styringsgruppe

Laila Nemeth	Klinikkdirektør, Haugesund sjukehus, Leder i styringsgruppen
Annbjørg Lunde	Omsorgssjef, Tysvær kommune

Støttefunksjon

Marianne H. Wennersberg	Leder FOUSAM
Knut Skaug	PhD lege, FOUSAM

Samhandlingsgruppe

Tove Alsaker	Prosjektleder, Haugesund sjukehus / Tysvær kommune
Gunnar Egge	Brukerrepresentant, Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL)
Lars Johan Lysen	Lege, Tysvær kommune
Berit Førre Knutsen	Sykepleier, Tysvær kommune
June Kallekodt	Sykepleier, Tysvær kommune
Hilde Nilsen Hundsnes	Sykepleier, Tysvær kommune
Marianne Fjeldheim	Fysioterapeut, høst 2014, 20 % prosjektstilling i Tysvær kommune
Atle Totland	Lege, Haugesund sjukehus
Elin Vårvik	Sykepleier, Haugesund sjukehus
Trude Vestbø	Sykepleier, Haugesund sjukehus
Marianne Fjeldheim	Fysioterapeut, Haugesund sjukehus

Arbeidsgrupper

I kommunen

Berit F. Knutsen, June Kallekodt og Hilde N. Hundsnes, + brukerrepresentant

På Sykehus

Elin Vårvik og Trude Vestbø + brukerrepresentant

Legegruppen

Lars J. Lysen og Atle Totland + brukerrepresentant

Fysioterapigruppen

Marianne Fjeldheim

Sammendrag

Samhandlingsprosjekt KOLS er mellom Tysvær kommune, Haugesund sjukehus/ Lungeseksjonen, LHL (landsforeningen for hjerte- og lungesykdommer) og FOUSAM (forsknings- og utviklingsenhet for samhandling).

Å etablere tverrfaglig tilbud mellom helseforetak og kommune, vil gi gode pasientforløp for personer med kols (kronisk obstruktiv lungesykdom), både tidlig og sent i forløpet. Resultatet av prosjektet skal kunne overføres til andre kommuner og helseforetak.

I samhandlingsprosjektet ble det opprettet tverrfaglige kols team bestående av fagfolk fra Tysvær kommune, Haugesund sjukehus og brukerrepresentant fra LHL. Hovedoppgaven til kolsteamet skulle være å lage et kompetanse- /kontaktnettverk mellom sykehus og kommune. Kolsteamet ble etter hvert et samhandlingsteam, hvor målet var å få til forbedringer i samarbeidsrutiner, oppgavefordeling mellom behandlingsnivåene, enklere hverdag for pasienten og bedre bruk av de frivillige.

Både kommunen og lungesengepost har fått sykepleiere med økt kunnskap og interesse innen fagfeltet kols. Kolssykepleierne har tilegnet seg økt kunnskap ved å ta videreutdanning i kols som ble arrangert ved Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) i 2012, og ved hospitering ved lungerehabiliteringen ved Haugesund sykehus. E-læring programmet kols, laget ved Sørlandet sjukehus (www.sshf.no). Programmet er lagt inn i Læringsportalen på sykehuset og i Tysvær kommunen sin hjemmeside. Tilgjengeligheten for ny kunnskap for helsepersonell, pasienter og pårørende er da blitt enklere.

FOUSAM har gitt veiledning til prosjektplan og sluttrapport, samt hjelp til utforming av poster og utsendelse- /påmelding til kursdag.

Prosjektet har hatt ei styringsgruppe, samhandlingsgruppe og arbeidsgrupper. Samhandlingsgruppa har vært tverrfaglig med medlemmer fra begge behandlingsnivåene, pluss brukerrepresentant som representerer det frivillige arbeidet. Arbeidsgruppene har hovedsakelig vært profesjonssammensatte.

Prosjektperioden skulle være to år, men ble endret til ett år. Prosjektplan ble i utgangspunkt laget for en tidsramme på to år. Prosjektarbeidet måtte endre form og tid.

I prosjektet hadde en og ønske om bedre oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehus.

Ved utskrivelse fra sykehus har pasientene fått bedret sitt tilbud. Kolssykepleier i sengepost underviser i bruk av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan før utreise, samtidig som de informerer om hvilket tilbud som finnes i kommunen pasienten skal reise til.

I kommunen kan kolssykepleierne komme på hjemmebesøk dersom pasienten ønsker dette. De vil da repetere undervisningen som er gitt på sykehuset som bruk av inhalasjonsmedisiner, egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan med oppmuntring til deltaking i treningsgruppen som er blitt startet. Samtidig som de sjekker om eks. legetime er bestilt og fysioterapirekvisisjon er fått og informere om hvor kan trene og hva LHL kan tilby av likemanstjenestene.

Dette har gitt bedre oppfølging av denne pasientgruppen i prosjektperioden.

Innhold

Sammendrag	3
1.0 Bakgrunn	7
1.1 Mandat for prosjektet.....	8
1.2. Mål	8
1.3 Inklusjon	9
1.4 Eksklusjon	9
1.5 Utvalg	9
1.6 Arbeidsgrupper.....	10
1.7 Aktuelt lovverk og sentrale føringer	10
2. Teori	12
2.1 Definisjon av kols	12
2.2 Definisjon av kolsforverring	12
2.2.1 Bruk av helsetjenester i forhold til forverringens alvorlighetsgrad	12
2.3 Behandling av Kols.....	13
2.4 Empowerment	13
2.5 Brukermedvirkning	14
2.6 Bruk av ressurser i helsevesenet	15
2.7 Kunnskaper hos kolspatienten.....	16
2.8 Egenbehandlingsplan	16
2.8.1 Fysisk aktivitet og røykslutt	17
2.8.2 Ernæring	18
2.8.3 Behovet for psykososial støtte	18
2.8.4 Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL), Tysvær og Bokn lokallag	18
3.0 Metode.....	19
3.1 Samhandlingsprosjekt	19
4.0 Resultat av prosess	22
4.1 Kolssykepleiere	22
4.1.1 Kolssykepleiere i kommunen	22
4.1.2 Kolssykepleiere på sykehus	23
4.2 Egenbehandlingsplan (vedlegg 2)	23
4.3 Egeninnsatsplan (vedlegg 3)	23
4.4 Informasjonsmateriell	24

4.4.1 Bildemateriale	24
4.4.2 Utforming av brosjyre / informasjonshefte	24
4.4.3 Poster, vedlegg 4	24
4.5 Fysioterapeutdrevet gruppetrening i kommunen	25
4.6 Kunnskapsoverføring til de andre kommunale fysioterapeutene	25
4.7 Nytt likemannstilbud fra LHL.....	25
4.8 Kursdag	26
4.9 Sluttrapport fra arbeidsgruppene	26
4.9.1 Sykepleierne på sykehus	26
4.9.2 Sykepleierne i Tysvær kommune	27
4.9.3 Sluttrapport fra fysioterapeut Marianne Fjeldheim.....	29
4. 10 Resultat - Etter prosjektperiode – hva da?	30
4.10.1 Ny flyt	31
4.10.2 Forslag til rutinebeskrivelse for kolssykepleiere i Tysvær kommune.....	31
4.10.3 Forslag til ny arbeidsrutine Haugesund sykehus, lungeseksjonen.....	32
4.11 Oppsummering	32
4.12 Forslag til videre forbedringer	33
4.12.1 I kommunen:	33
4.12.2 Fra sykehus	34
4.12.3 Informasjon til andre helseforetak og kommuner	34
4.12.4 Videre finansiering av trykking av informasjonshefter	34
Litteratur	35
Vedlegg (eksempler)	37

1.0 Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) utgjør et stort nasjonalt og internasjonalt helseproblem. I Norge mener en det er mellom 250 000 til 350 000 personer som har varierende grader av besvær på grunn av sykdommen. Noen utvikler en alvorlig form for kols som medfører ofte til stadig flere og lengre sykehusopphold (Nasjonal faglig retningslinje, 2012). Spesialisthelsetjenesten har i sin lovgivning store krav til informasjon og opplæring av pasienter og pårørende ved sykdom (Lov om spesialisthelsetjeneste, 2001).

I samhandlingsloven påpekes det at pasientene med kols diagnose ikke blir fulgt godt nok opp i kommunehelsetjenesten. Loven pålegger kommunehelsetjenesten mye større ansvar for opplæring, omsorg og behandling av pasienter med kols. (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen). Kols er en sykdom som utvikler seg over tid, oftest tilpasser personer med kols seg den stadig synkende lungefunksjonen, uten å ta kontakt med helsepersonell.

Overlege og førsteamanuensis Sverre Lehmann, Lungeavdelingen Haukeland universitetssjukehus sier i Dagens Medisin at 2 av 3 ikke vet at de har kols. Sykdommen rammer personer fra alle sosiale lag. Dersom en spør personer som har fra mild til moderat kols om hvordan de har det, sier de ofte selv at de har god eller utmerket helse (www.dagensmedisin.no/nyheter/to-av-tre-kols-tilfeller-uten-diagnose). Det er viktig at diagnosen stilles tidlig i forløpet, hos personer med en moderat til høy røykebelastning (10 pakker eller mer), personer med yrkeseksponering og typiske kolssymptomer bør testes med spirometri. De fleste får i dag diagnosen etter en forverring som har medført innleggelse på sykehus. Fastlegen skal sikre optimal behandling for kolspasienten. De nasjonale anbefalingene graderer hyppighet av besøk hos fastlegen, med hvor alvorlig kolssykdommen er. Ved stabil sykdom bør en gå på årlig kontroll, og ved stabil alvorlig kols bør legebekensene være to ganger pr. år. Ved ustabil kols som medfører sykehusinnleggelse bør første oppfølgende time hos fastlege være ca. fire uker etter utskrivelse fra sykehus (Kols (2012) Nasjonal faglig retningslinje). Spirometri bør utføres ved mistanke om kols og ved årskontroller på kolspasienter i primærhelsetjenesten, dette vil være med på å bedre underdiagnostiseringen av pasientgruppen (Forløpsgruppe kols, Helse- direktoratet, 2009).

At fastlegen eller andre med økt kompetanse i kols, er lett tilgjengelige, er en trygghetsfaktor både for den hjemmeboende kolspasienten og hans /hennes pårørende. Dersom pasienten ønsker kontakt og enkelt får det, gir dette en økt trygghet og kontroll både den som er syk og de som bor sammen med pasienten (Harneshaug, T., 2014).

1.1 Mandat for prosjektet

Hovedformålet med prosjektet var å etablere tverrfaglige tilbud mellom helseforetak og kommune. Dette for å sikre gode pasientforløp for personer med kols, både tidlig og senere i forløpet. Tysvær kommune er pilot i prosjektet, men prosjektet skal være overførbart til andre kommuner og helseforetak. Med hensyn til tilgjengelig ressurs / kompetansetilgang og geografi.

Prosjektleders ansvar er å sikre at følgende blir gjort:

Etablere et tverrfaglig team av fagpersonell fra kommune og sykehus

- Teamet skulle fungere som kompetanse/kontaktnettverk mellom behandlingsnivåene.
- Bidra til kunnskapsoverføring mellom sykehus og kommune
- Sikre gode samarbeidsrutiner og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom behandlingsnivåene, pasienten og det frivillige arbeidet
- Det skulle bli utarbeidet tiltak til gode pasientforløp mellom tjenestenivåene.
- Etablere gode forebyggende rutiner
- Utforme egenbehandlingsplaner som kan gis forebyggende eller ved utskrivelse fra sykehus
- Bedre rutiner og oppfølging hos fastlegen etter utskrivelse fra sykehus; sammen med tidlig tverrfaglig oppfølging fra fysioterapi, sykepleie og ergoterapi

1.2. Mål

Hovedmålet er å oppnå en trygg pasient som ønsker å være i eget hjem.

1.3 Inklusjon

Pasienter som enten har en kjent kolsdiagnose eller som tror de har en diagnose, uansett i hvilken grad.

1.4 Eksklusjon

De som ikke ønsker å delta, blir naturlig ekskludert. I prosjektperioden må deltakerne forstå norsk.

1.5 Utvalg

Innlagt i sykehus

Pasienter som er innlagt på lungesengepost med en kolsforverring, skal få undervisning fra kolssykepleier på sengepost i bruk av egenbehandlingsplan (j.fr.pkt 8.2) samtidig med veiledning i bruk av egeninnsatsplan (j.fr.pkt. 8.3). Tidspunktet for undervisningen må tilpasses aktivitet på sengepost, det optimale bør være dagen før utskrivelse. Pasienten vil da ha mulighet til å sette seg inn i materiell som han/hun har fått. Og kan i etterkant komme med spørsmål på eventuelle problemstillinger som de har behov for å få svar på

I kommunen

Fastlege og kolssykepleier i kommunen er de som gjør opplæring i bruk av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan. Fastlegen i sin konsultasjon og kolssykepleier i forbindelse med arbeidet i hjemmetjenesten, eller etter henvendelse fra kommunens «bestiller kontor»/tildelingskontor.

Likemannstjenesten LHL sitt nye tilbud med tilbud om hjemmebesøk, kan og bli formidlet av fastlege, kolssykepleier eller fra kommunens «bestiller kontor»/tildelingskontor, dersom kolspatient har selv ønsket dette.

1.6 Arbeidsgrupper

Samhandlingsprosjekt kols, var i utgangspunktet et stort prosjekt. Prosjektet skulle ha en prosjektperiode på 2 år. Prosjektperioden ble forandret etter 0,5 år med forberedelse, den ble da kun på ett år.

Strategien ble derfor endret for høsten 2014. Samhandlingsgruppen, jfr.pkt. 2.2, ble inndelt i to hovedarbeidsgrupper og arbeidsgrupper, jfr.pkt. 2.3 for de andre profesjonene. Samhandlingsgruppen valgte oppgaver som enklest kunne bli gjennomført, med resultater som forbedret kvaliteten på arbeidet. Uansett i hvilket tjenestenivå pasienten oppholdt seg på.

Oppgaver ble fordelt, og presentasjon av disse planlagt for høsten i fremdriftsplan.

1.7 Aktuelt lovverk og sentrale føringer

Kols, nasjonal faglig retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer inneholder faglige anbefalinger som er standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgruppen. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel for tjenesteyter til å sikre helhetlig pasientforløp, med god kvalitet, riktige prioriteringer og for å hindre uønsket variasjon på tjenestene (Helsedirektoratet, 2012).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen beskriver tre hovedutfordringer i helse og omsorgstjenesten. Koordinere helsetjenestene bedre, med fokus på helhetlig pasientforløp. Forebygging av sykdom og ikke kun å behandle oppstått sykdom. Flere eldre, gir flere med kroniske sammensatte sykdomstilstander (St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen).

Sentralt i samhandlingsreformen er arbeidet med systemtiltak som understøtter gode pasientforløp. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene. Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende. Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til en hver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelse-

tjenesten. Samtidig med vektlegging av bedre helsetjenester må en sørge for samfunnets ressurser blir utnyttet best mulig. Helsehjelp skal ytes på best effektive omsorgsnivå (BEON). Kommunene har fått mye av ansvaret for å avdekke sykdom tidlig, slik at ytterligere forverring unngås. Eksempelvis er tidlig intervensjon av kols pasienter en av hovedoppgavene for kommunene i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen).

Avtaler mellom kommune og sykehus

Kommuner og helseforetak har forpliktet seg med tjenesteavtaler gjort mellom kommuner og sjukehus, etter krav fra Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 6-1 og § 6-2). Mellom Helse Fonna og kommunene tilhørende helseforetaket er det laget slike samarbeidsavtaler. Tysvær kommune er med i disse samarbeidsavtalene.

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

Tjenesteavtale 1: er styrende for de neste avtalene. *Avtalen bygger på en forståing av at partene er gjensidig avhengige av hverandre sin innsats for å kunne gi pasientene helhetlige behandlingsforløp.* Brukermedvirkning og samarbeid på tvers av sektorer, spesialiteter, kommunegrenser og forvaltningsnivå skal sikres. Partene har forpliktet seg til å informere om avtalene for ansatte og brukere, og samtidig avsette nok ressurser til å ivareta pliktene de har etter avtalene. Avvik fra tjenesteavtalene skal meldes. (Helse Fonna, 2012).

Tjenesteavtale 2: *Samarbeid om ansvars- og oppgavefordeling i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester* (Helse-Fonna, 2012). Denne tjenesteavtalen er med på å sikre brukermedvirkning, gode pasientforløp og god informasjonsflyt mellom og innenfor tjenestenivåene.

Tjenesteavtale 5: *Ansvars og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.* (Helse Fonna, 2012). Ved behov for tjenester etter utskrivelse fra sykehus, skal sykehuset vurdere hvilke behov for hjelp pasienten trenger etter utskrivelse, og kommunen skal tilrettelegge for å ta i mot pasienten og gi / Yte tjenester som kreves.

2. Teori

2.1 Definisjon av kols

«Kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en sykdom som er karakterisert av en luftstrømsobstruksjon som ikke lar seg fullt reversere og normalisere. Kols kan forebygges og behandles. Luftstrømsobstruksjonen er langsomt progredierende og assosiert med en inflammatorisk reaksjon og strukturelle forandringer i små, perifere luftveier og eller destruksjon av lungeparenkym. Sykdommen er vanligvis en respons på skadelige partikler eller gasser. Ekstrapulmonale manifestasjoner og samtidige andre sykdommer er medvirkende årsak til økt sykdomsbyrde» (Kols (2012) Nasjonal faglig retningslinje).

2.2 Definisjon av kolsforverring

«En forverring (eksaserbasjon) er økning av tungpusthet, hoste, oppspytt med eller uten farge og/eller andre symptomer fra øvre (tett nese, snue, nesesekresjon) og nedre luftveier (pip i brystet) hos en person med kols. Symptomene øker ofte i løpet av få dager og er mer uttalt enn den dagen symptom variasjon ved sykdommen» (Kols (2012) Nasjonal faglig retningslinje).

2.2.1 Bruk av helsetjenester i forhold til forverringens alvorlighetsgrad

Mild KOLS forverring:

- Økt behov for egenbehandling, dvs. økt dose av bronkodilatorer og/eller tillegg av legemidler som ikke benyttes regelmessig i stabil fase

Moderat KOLS forverring:

- Behov for kontakt/behandling hos kommunehelsetjeneste/fastlege

Alvorlig KOLS forverring:

- Behov for kontakt/behandling hos spesialisthelsetjeneste/sjukehus.
(Kols (2012) Nasjonal faglig retningslinje).

2.3 Behandling av kols

Tidlig intervensjon ved kols er viktig for å lindre symptomer og hindre videreutvikling av sykdommen. Ved stilt diagnose er det viktig med regelmessig oppfølging, reduksjon i risikofaktorer, behandling av stabil sykdom og kols-forverrelse (Hjalmarsen, A., 2012).

Trening sammen med røykestopp er det viktigste ikke-farmakologiske tiltaket i behandlingen av personer med kols. Dette gjelder uansett i hvilke stadiet av sykdommen pasienten er i (Helsedirektoratet, 2012).

En god skolering av pasienten gjør personen mer involvert i egenomsorg og behandling. Dette vil gi mindre symptomer, økt utholdenhet, færre innleggelse, legebesøk og et bedre yrkesliv. Uten informasjon møter kolspasienten mange hindringer i hverdagen. Resultatene av dette blir ofte psykososiale problemer som forsterker depresjon og angst (Hjalmarsen, A., 2012). Fastlegen er viktigst i kols-kampen sier Langhammer i Dagen's Medisin. Han anbefaler leger å kjøpe spirometri og bruke dette hyppig. En vil da få flere med tidlig diagnose og mulighet til bedre å følge disse opp (www.dagensmedisin.no/fastlegen-viktigst-i-Kols-kampen).

2.4 Empowerment

Lazarus og Folkmann sier at for å ha mestring må man ha oppfylt to hovedkriterier. Den ene er personlig mestringsressurs, som positiv tenkning, opplevelse av å ha kontroll. Miljømessig mestringsressurs er den andre, her må en ha materielle ressurser og sosial støtte (Lazarus og Folkmann, 1984).

I det helsefremmende arbeid er det å få større innflytelse og kontroll over faktorer som påvirker helsen, viktig for enkeltmenneske og fellesskapet det gir økt empowerment (Mæland, 2010). Empowerment blir på norsk oversatt til myndiggjøring, ordet omhandler makt. Myndiggjøring har som mål å styrke enkeltmenneske eller en gruppe av mennesker til å endre uheldige forhold slik at en er i stand til å oppnå egne mål og dekke egne ressurser. (Vik, L.J. 2007) Ekeland, T.J. og Heggen, K.)

Framtidas velferdssamfunn er avhengig av økt brukerinnyflytelse og myndiggjøring av mennesker. Hvor alle utfra egne ønsker og premisser får leve mest mulig meningsfylt og selvstendig (St. meld.nr. 25, 2005-2006).

2.5 Brukermedvirkning

Kunnskapssenteret har laget en rapport *Pasienterfaringer med norske sykehus*. Rapporten er laget på grunnlag av spørreundersøking gjort blant pasienter som har vært innlagt på sykehus. Tilbakemeldingene var best på pasientsikkerhet, ivaretaking av pårørende, legetjenesten og pleietjenesten. Pasientene ønsket forbedring i forhold til: utskriving, samhandling med andre helsetjenester og ventetid før sykehusopphold. Hele 40 % mente at samarbeidet mellom sykehus og fastlege kunne bli bedre (Skudal m.fl. 2012).

Bjørslund m.fl. skriver om pasienters opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. Et av hovedproblemene studien viste var, mange pasienter følte de ikke ble hørt når de ga uttrykk for at noe var galt. Pasientene opplevde at sykepleierne ofte var for travle for lengre samtaler, og de gav bare korte beskjeder til pasientene. Samtalene dreide seg ofte om overfladiske ting. Det var legene de snakket mest med. Vaktskifter fører til stadig nye folk på jobb. For sykepleierne medfører dette også at de ikke blir så godt kjent med pasientene (Bjørslund, B. m.fl. 2012).

Ved lungesengepost ved Haugesund sjukehus hadde Mastergradsstudent samtaler med pasienter som var innlagt, målet med hennes oppgave var å sjekke inhalasjonsteknikk hos pasienter innlagt med kols. Noen av tilbakemeldingene hun fikk: «det var fint å få snakka med deg på sjukehuset, men det hadde vært bedre om du kom hjem til meg». Andre følte seg «ør» på sykehus, og derfor følte de mistet informasjon. Det var ikke lett å huske alt. Travelt for pleierne på sjukehus, hjemmesykepleien er flinkere til å se til pasienten enn hva de er på sykehuset. Flere hadde deltatt på kols-skole, det syntes de var kjempebra, mente de skulle hatt tilbudet for flere år siden (Risøy, A.J., 2014).

I hjemmesykepleien er det ikke er samsvar mellom de oppgavene som er pålagt og ressursene som stilles til rådighet (S. Dietrichson, 2011).

I fremtiden vil sykdomsbildet til det økende antallet eldre være preget av flere sykdommer. Helsetjenestene for gamle i Norge gis i økende grad i pasientenes hjem. Sykdomsbildet til disse pasientene er sammensatt og har konsekvenser for deres funksjon og livskvalitet. Det er derfor viktig at helsepersonellet som gir sykepleie til denne gruppen har oppdatert kunnskap og riktig kompetanseprofil. (Lerdal, A., 2014)

2.6 Bruk av ressurser i helsevesenet

Knappe ressurser innen helsevesenet og hyppige forverringer blir pasientgruppen med kolsdiagnose, lett kasteballer i systemet. Disse pasientene har lav status, er de minst kravstore og de er helsetjenestens stebarn, mener Halvorsen, K.(2013). Hvilke vurderinger og prioriteringer som gjøres i et sykdomsforløp angår absolutt pasientsikkerheten, både i en rent medisinsk forstand og i et etisk perspektiv. Medisinsk ved at systemet åpner både for under- og overbehandling. Etisk ved at graden av samtykke i en akutt situasjon ofte er diskutabel. Mye kunne vært vunnet dersom relasjonen mellom pasient og behandler hadde vært etablert på et tidligere stadium, mens pasienten fortsatt er i stand til å bli konfrontert med og gi respons på de alternativene som foreligger, sier Halvorsen.

Travelhet fører ofte til at sykepleiere stiller lukkede spørsmål som låser pasientene til å svare ja eller nei. Sykepleierne har i Yrkesetiske retningslinjer og i Lov om pasientrettigheter forpliktet seg til å legge til rette for at pasienten skal kunne medvirke ved egen helsehjelp. utfordringer for å få til bedre samtaletid/bedre brukermedvirkning blir vanskeliggjort ved at det er stadig raskere utskrivning fra sykehus (Bjørnsland, B. m.fl. 2012).

Sykepleiere som hadde tid til pasientene, som rettet oppmerksomheten mot pasienten, ga pasientene en opplevelse av trygghet. Hjelp og støtte fikk pasientene dersom sykepleierne hadde kunnskaper om sykdommen. Informantene til Bjørnsland, B. m.fl sier det var en lettelse å treffe de sykepleierne en kjente fra før, ved sykehusinnleggelse. Det gav trygghet og det ble letter å få frem egne meninger og stille spørsmål (Bjørnsland, B. m.fl. 2012).

2.7 Kunnskaper hos kolspasienten

Mangel på kunnskaper hos kolspasienten om årsakene til tungpusthet, kan gi angst, depresjon og ofte sosial isolasjon. Pasienten kommer inn i en ond sirkel. I tillegg føler ofte pasienten skam og for noen av dem er dette en medvirkende årsak til ikke å ta kontakt med helsevesenet, når en egentlig burde gjøre det (Kols (2012) Nasjonal faglig retningslinje).

Studier fra Canada viser til egne opplæringsprogram for pasienter med kolsdiagnose. I programmet får hver enkelt egen behandlingsplan, samtidig som en blir kjent med helsepersonell med spesialkompetanse innen kols. For kolspasienten med en forverring, kan det være enklere å ta kontakt med sin kolssykepleier, for å få enkle råd, hvor resultatet ofte blir tidligere oppstart av medisinsk behandling. Tidligere oppstart av medisinsk behandling gir færre sjukehusinnleggelser. I samme studie kan en lese at en kan få opptil 68 % reduksjon i bruk av helsetjenester etter et slikt opplæringsprogram. I tillegg til stor økonomisk besparelse for samfunnet, får personene dette gjelder den største helsegevinsten. (Phend, C. (2013), COPD support program cuts Hospitalizations).

2.8 Egenbehandlingsplan

Personer som har fått egenbehandlingsplan, starter opp mye tidligere med behandling av sin forverrelse (Harneshaug, T, 2014) (Bjørnsland, B. m.fl., 2012). I Nasjonale faglige retningslinjer (2012), anbefales tidlig diagnose og rask igangsetting av behandling som kan forhindre videre forverring av sykdommen og redusere antall sykehusinnleggelser.

Pårørende til kols pasienter fikk og økt trygghet dersom de hadde kunnskaper om hva de skulle hjelpe til med dersom partneren fikk en forverring. En skriftlig beskrivelse over hvilke symptomer en skal se etter, hvem en kan kontakte osv. gjorde hverdagen enklere for dem begge to. Dersom skulle bli innlagt på sykehus var det trygghet og kontroll å ha en egenbehandlingsplan med oversikt over inhalasjonsmedisinene en bruker (Harneshaug, T., 2014).

2.8.1 Fysisk aktivitet og røykslutt

I følge de nasjonale retningslinjene er trening sammen med røykeslutt, de viktigste ikke-farmakologiske tiltakene i behandlingen av pasienter med kols. Trening er viktig i alle stadier av sykdommen og ved komorbide tilstander som bidrar til inaktivitet. (Kols, 2012, Nasjonal faglig retningslinje). Fysisk aktivitet gir både fysiske og psykiske effekter for personer med kols. En ser at trening bedrer fysisk evne i forhold til arbeidsøkonomi, både med tanke på ganglengde og hverdagslivets aktiviteter. Trening reduserer også tungpusthet for personer med kols. Lungesyke som er i jevnlig fysisk aktivitet, rapporterer om økt toleranse for anstrengelser, bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelseser. Trening har dessuten en positiv påvirkning på angst og depresjon. Nasjonale anbefalinger er for alle mennesker å være fysisk aktive i minst 30 minutter fem til syv dager i uken. Dette gjelder også for personer med kols. Treningen bør være allsidig og omfatte både utholdenhets-, styrke og bevegelighetstrening. Hvilken treningsform man velger vil være avhengig av eget funksjonsnivå, sykdomstilstand og ikke minst hva man liker (www.LHL/helse./fysisk_aktivitet.no).

Helsedirektoratet arbeider for å fremme folkehelsen og bidra til økt fysisk aktivitet i befolkningen. En studie er blitt gjort for å finne folks aktivitetsnivå, funnene viste at rundt 2,7 millioner voksne i aldersgruppen over 20 år har et aktivitetsnivå som gjør at de ikke oppfyller minimums anbefaling om i gjennomsnitt 150 minutters ukentlig moderat fysisk aktivitet eller 75 minutter med hard fysisk aktivitet eller en kombinasjon av dette den siste uken. Rapporten viser dermed at det er et stort potensial med å øke aktivitetsnivået i befolkningen. En stor del av befolkningen vil bedre sin helse og velferdsgevinsten vil være stor, dersom flere øker sitt aktivitetsnivå i henhold med de nye anbefalingene (www.helsedirektoratet/publikasjoner/fysiskaktivitet.no). I studier fra Spania kommer det tydelig frem at dersom kolspasienten reduserer sin fysiske aktivitet, blir resultatet flere sykehusinnleggelseser. Studien viser store forskjeller dersom en klarer å gå 3 km pr dag, til det å være uten aktivitet og til det å gå fra mellom 3-6 km. Enhver økning i fysisk aktivitet er med på å gi økt utbytte og nedsatt bruk av sykehusinnleggelseser! (Phend, C., febr.2014, Backing off exercise Worsens COPD). Fysioterapeutens kompetanse er viktig i tjenestetilbudet til kommunen. Fysioterapeuten kan si noe om behovet for spesifikke tiltak bør bli utført av en fysioterapeut, og når den fysiske

aktiviteten kan utføres av andre etter å ha bli veiledet til utføre enkel opptrening i hverdagslige aktiviteter. Den helsefremmende tanke bygger på å ta utgangspunkt i personers ressurser, målet er at de eldre kan bo lenger hjemme og leve et så aktivt liv som mulig. For å lykkes med denne målsetting, kreves en tverrfaglig innsats og god koordinering av kommunens ansatte (Granbo, R. 2014, Fysioterapeuten).

2.8.2 Ernæring

God ernæringsstatus er viktig dersom pasienten skal oppnå best mulig effekt av øvrige tiltak satt i system. (Kosthåndboken, 2012 Helsedirektoratet). Ca. 25-40 % av de med alvorlig kols er underernærte. En er underernært dersom en har en kroppsmasseindeks (KMI) på < 21. Mange pasienter går ned i vekt pga. dårlig matlyst og tung pust. Vekttapet kan og skyldes økt energiforbruk i hvile, på grunn av økt pustearbeid. Andre årsaker til vekttap kan være systemisk inflammasjon og økt proteinomsetning. Resultat av dette kan bli redusert muskelstyrke, som gir nedsatt arbeids- evne, nedsatt livskvalitet, flere sykehusinnleggelser for forverringer, økt forbruk av helsetjenester og høyere mortalitet (Kols, 2012, Nasjonal faglig retningslinje).

2.8.3 Behovet for psykososial støtte

Kols er en somatisk sykdom, får sykdommen utvikle seg, vil sykdommen ofte påvirke blant annet den fysiske kapasitet, arbeidsevnen, psykiske tilstanden og søvnen. Symptomplagene med tungpusthet, hoste og slim kan bedres noe ved bruk av inhalasjonsmedisiner. Behovet for ikke-medikamentell behandling og forebygging av videre sykdomsutvikling er viktig. En mener tidlig intervensjon gir best uttelling. Har pasienten en grunnleggende forståelse av egen sykdom og hvordan forverring kan forebygges, har pasienten mulighet for å gjøre endring av egen atferd (Kols, 2012, Nasjonal faglig retningslinje).

2.8.4 Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL), Tysvær og Bokn lokallag

LHL er en medlemsorganisasjon som ivaretar interessene til hjerte- og lungesyke og deres pårørende. Foreningen har og lokallag, som ønsker å ivareta medlemmene i

lokalmiljøet. I Tysvær har de et veldig engasjert lokallag. Lokalforeningen har 325 aktive medlemmer aldersmessig fra 30-90 år. Lokallaget arrangerer mange aktiviteter, som trening med egne utdannede instruktører for lungesyke, trening for hjertesyke, bassentrening, Treningen de tilbyr de lungesyke er trening sittende på stol. Ca 15-20 medlemmer kommer en dag i uken, for å være med på treningen. Andre aktiviteter er dansekvelder, sangtreff, dagsturer og lengre turer. Foreningen har og egen utdanning for likemenn. Lokallaget har et veldig godt tilbud til sine medlemmer.

3.0 Metode

3.1 Samhandlingsprosjekt

Frem til dags dato har vi ikke hatt systemer for helhet i pasientforløpet. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå, kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad i helseforetakene. I følge anbefalinger i «.....og bedre skal det bli» blir ingen tjenester bedre, enn det den enkelte utøver yter i møte med brukeren. For å få gode utøvere må disse ha god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. Faglig oppdatert informasjons - og kommunikasjonsverktøy, som er lett tilgjengelig for utøver til bruk i arbeid, er et middel for å oppnå faglig gode tjenester. (Sosial- og Helsedirektoratet, (2005-2015) og bedre skal det bli!)

Prosjektet har bestått av flere aktører og profesjoner både fra kommune og fra sykehus. Medlemmene fra de ulike tjenestenivå, og brukerrepresentant fra det frivillige, alle med ulike syn på hva som er problematisk i arbeidshverdagen gjør arbeidsprosessen tidkrevende.

To ulike kulturer skal samarbeide. To ulike ståsted, alle medlemmer med lang erfaring fra egen arbeidsplass. De første fellesmøtene ble brukt til å bli kjent og finne ut av:

hvilken informasjon mangler når pasienten kommer inn på sykehus, og hvilken informasjon mangler når pasienten utskrives. Hva skjer med pasienten på de ulike nivåene, (se vedlegg 3 Pasientflyt før endring). Hvor er de «svake» punktene?

Felles erfaringer for samtlige medlemmer i samhandlingsgruppa kom etter flere felles møter. Tidligere hadde det vært enkelt å se feil i motsatt linjetjeneste, men etter felles møter og samtaler ble egne linje synlige. Dette ble en «ny» erfaring for samtlige medlemmer. Denne erfaringen ble en motivasjon for å bedre samhandlingsprosessen mellom 1. og 2. linjetjenesten, for samhandlingsgruppen.

Ved slutten av prosjekt-perioden begynte sykepleierne å prøve ut de nye egenbehandlingsplanene, på inneliggende pasienter. Pasienter ga veldig positive tilbakemeldinger, på de enda «uferdige» produktene. Tilbakemelding som at de håpet at skriftstørrelsen skulle bli større i de ferdige brosjyrene, ble tatt med i ferdigstillelsen av egenbehandlingsplanen. Tilbakemelding som *«dette var noe pasientene ønsket, men at brosjyren måtte ha større skrift og korrektur. Fargekodene er veldig forståelige og at en kan gå inn i brosjyren når en føler seg dårligere, for å finne ut hva en skal gjøre. En som alltid ventet ca. 5-6 dager før han gikk til lege og måtte alltid rett inn på sykehus fordi han ble for dårlig. Han likte veldig godt tanken om å se i planen»*.

Fra sykehus

To sykepleiere fra lunge sengepost ble med i samhandlingsgruppa

Lungefysioterapeut ble først med i prosjektet, etter sommerferien. Fysioterapeut som var med i starten av prosjektet byttet stilling, gikk over i annen stilling i annen kommune.

Overlege i lunge ble med i samhandlingsgruppa.

Kontorfasiliteter/møterom

Verken kommune eller sykehus har satt av kontor/arbeidssted til denne type arbeid.

Bruker derfor egen kontorplass, når den er ledig, og har hjemmekontor de andre dagene.

Møtehyppighet

I arbeidsgruppene/sykepleierne har vi hatt 4 gruppemøter både for de som arbeider i kommune og for de som arbeider på sykehus. Arbeidsgruppene har hatt egne møter, og med brukerrepresentant.

Hele samhandlingsgruppa, med de ulike profesjoner fra både kommune, sykehus og brukerrepresentant har hatt 5 felles møter. Møteplassen har vekslet mellom kommune og sykehus.

4.0 Resultat av prosess

4.1 Kolssykepleiere

Sykepleierne som ble med i samhandlingsgruppa, tre fra kommune og to fra sykehus, fikk økt kunnskap innen emnet kols i løpet av prosjektperioden.

Kolssykepleierne har tatt videreutdanning i kols ved Høgskolen Stord/Haugesund, de har hospitert ved lungepoliklinikken, ved lungerehabiliteringen og deltatt ved diverse kurs innen lungefeltet. E-læringsprogrammet (www.sshf.no) som var blitt lagt inn i både kommunens og Helse Fonna sin læringsportal, ble og aktivt brukt.

I arbeidet med utforming av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan måtte sykepleierne fordype seg i emnene, resultatet ble økt kunnskapsnivå innen emnet kols.

Hver kolssykepleier fikk egen «verktøykasse» med samling av de vanligste inhalasjonssystemene, til å bruke i undervisning av pasienter og kollegaer. Undervisning/gjennomgang av disse ble gjort i en felles time.

4.1.1 Kolssykepleiere i kommunen

En sykepleier for hvert distrikt, totalt tre sykepleiere. De er blitt kolssykepleiere for pasienter i sin «sone». Dette vil si at de skal kunne bli kontaktet av hjemmeboende kols pasienter, dersom de ønsker hjelp/svar på spørsmål om egen sykdom. En må ikke være tilknyttet kommunens tjenester for å bruke denne tjenesten. For pårørende kan dette og gi en økt trygghet, når en vet en kan ringe få gode råd og veiledning (Harneshaug, T. 2014).

Kolssykepleierne kan og bli kontaktet for hjemmebesøk etter utskrivelse fra sykehus/ el. sykehjem (akuttsenger), til pasienter med kolsdiagnose. Dette for å gi repetisjon av informasjon gitt på sykehus/sykehjem (akuttsenger). Og veilede pasientene til å bruke tilbudet som finnes i kommunen både av trening drevet av fysioterapeut, likemannstjeneste og annet frivillig arbeid. For pasientene vil dette gi økt mestring, jfr.pkt. 5.4 og økt trygghet i forhold til egne kunnskaper. Pasientens pårørende vil og ha nytte av denne kunnskap. jfr. pkt. 5.5.

4.1.2 Kolssykepleiere på sykehus

På lungesengepost har to sykepleiere fått frikjøpt tid i prosjektperioden, de har også fått økt egenkompetanse. Opplæring av inneliggende kolspasienter før utreise, blir gjennomgang av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan. De må oppfordre pasient til å bestille time hos fastlege fire uker etter utskrivelse fra sykehus. Informere om tilbudet til kolssykepleier, likemannstilbudet i kommunen og tilbud om henvisning til fysioterapeut i kommunen.

4.2 Egenbehandlingsplan (vedlegg 2)

Dette er en plan som vektlegger symptomer på forverring. Denne skal være til hjelp for pasient og pårørende til å ta kontakt med helsevesenet, j.fr.pkt. 5.7 og for å gi dem økt trygghet i hverdagen, jfr.pkt. 5.4 og 5.5. Hver pasient som får egenbehandlingsplan, skal bli undervist i hvordan bruke denne. Enten før utskrivelse fra sykehus, eller av fastlege eller kolssykepleier i kommunen. Det som skiller denne egenbehandlingsplan med andre egenbehandlingsplaner er: oppfordringer til pasient om å bestille seg time hos fastlege etter 4 uker ved sykehusinnleggelse, at en kan få henvisning til trening hos fysioterapeut og med tips til hvordan en kan få kontakt med kolssykepleier i kommunen. Informasjon om hvor kan få informasjon om likemannstilbudet er og med i planen.

4.3 Egeninnsatsplan (vedlegg 3)

Personer som får en kols diagnose med hyppige forverringer, kommer ofte i en negativ spiral, jfr.pkt. 5.3. Målet med egeninnsatsplanen er å motivere egenaktivitet som er med på å snu det negative. Hva og hvilken innsats kan en gjøre selv, for å holde seg friskest mulig? Jfr. pkt. 5.4, 5.5 og 5.7.

Temaer i heftet

- Alle kan være fysisk aktive
- Tungpusthet, hvordan håndtere denne
- Hvilken mat bør en spise ved over-/undervekt

- Hvilke tiltak bør en gjøre ved økt slimlager
- Tips til røykestopp
- Hva fastlegen kan hjelpe til med
- Hvilken hjelp kan en få av kolssykepleier
- Likemannstilbudet fra LHL er og utvidet til å kunne tilby, eks. hjemmebesøk dersom person som har fått kols ønsker dette selv

4.4 Informasjonsmateriell

4.4.1 Bildemateriale

Prosjektgruppen ønsket et positivt bildemateriale til å bruke i brosjyrer og informasjonsheftet. Kols skal ikke lenger være en sykdom til å «skjemmes» over, jfr. Pkt. 5.3. Vi ønsket bilder av glade, fysisk aktive mennesker. Jan Kåre Ness fotograferte en «glad» gjeng på utetrening!

4.4.2 Utforming av brosjyre/informasjonshefte

Utforming, design og hjelp til tekst. Måtte vi få hjelp av kollega innen lungefaget – som kan mer enn lunger. Kitty L. Fremmersvik har gjort et stort arbeid med å utforme brosjyrer etter våre ideer. Hun har og vært hjelp og støtte til utforming/retting av tekst. Vært spesielt nyttig å ha en person som har kunnskaper innen både lungefag og data.

4.4.3 Poster, vedlegg 4

Samhandlingsgruppa utformet poster. Posteren ble trykket opp i 5 eksemplarer. 3 stk. til kommune og 2 stk. til sykehus, 1 lungesengepost og 1 til lungepoliklinikk. Posteren gir et positivt bilde av samhandlingsprosjektet, og er til å brukes ved presentasjon av prosjektet. Posteren kan brukes av alle som vil informere om prosjektet. Posteren er blitt opphengt ulike steder på i lungeseksjonen og i kommunen.

4.5 Fysioterapeutdrevet gruppetrening i kommunen

Tysvær kommune har ikke hatt et fysioterapidrevet gruppetreningstilbud for kols-pasienter. LHL har mange gode treningstilbud drevet av likemenn. Fysioterapitilbudet skal være et supplement til treningstilbudet drevet av likemenn. Det er viktig med fysisk aktivitet, jfr.pkt. 5.8.1 spesielt for personer med kols. Det med å trene i gruppe med andre, da får en «dobbel effekt» - en yter mer, en får et gruppefelleskap og støtte blant de etter hvert kjente «treningskameratene».

I prosjektperioden er det en prosjektansatt fysioterapeut som organiserer og starter opp med gruppetreningstilbud. Tilbudet annonseres i Tysvær bygdeblad. Samme avis lager og en reportasje om den flotte utetreningen! Haugesunds avis lager noen uker senere en tilsvarende reportasje, se vedlegg 5.

Første treningsgruppe startet tirsdag den 11.11.14. Elleve personer møtte opp. En hadde med pårørende, han klarte kun å gå ca. 5-10 meter. Måtte ha mange stopp fra parkeringsplass og inn til Foajeen i Tysværtunet.

4.6 Kunnskapsoverføring til de andre kommunale fysioterapeutene

Prosjektansatt fysioterapeut lager beskrivelse over hvordan bygger opp trenings-timene. De kommunale fysioterapeutene får og tilbud om å delta på hospitering både ved trenings- og undervisningstimene ved lungerehabiliteringen ved Haugesund sjukehus.

Haugesund sykehus, lungepoliklinikken har faste dager hvor polikliniske pasienter med mye slimplager kommer og får individuell undervisning av lungefysioterapeut i hvordan bruke slimmobiliserende metoder. Flere av de kommunale fysioterapeutene skal hospitere her.

4.7 Nytt likemannstilbud fra LHL

Personer som har fått en kolsdiagnose har nå etter prosjektet fått økt informasjon om hvilken hjelp de kan få ifht. egen sykdom, og hvor de kan få den. LHL lokallag i Tysvær har mange tilbud til sine medlemmer. For de som er brukere av alle

tilbudene, får de hjelp til å dekke sine behov både ifht. fysisk aktivitet og sosial støtte jfr.pkt. 5.8.4. For personer som nettopp har fått diagnosen kan det være vanskelig å møte opp et sted der mange er kjente over lang tid. Det nye tilbudet til LHL-like-mennene er dersom den som har fått sykdom ønsker det, kan de komme på hjemmebesøk, bli kjent med den som er blitt syk. Kan tilby å gå tur, være med å handle, gå sammen på et eller annet arrangement arrangert av LHL.

Tilbudet formidles enten av kolssykepleier i kommune, på sykehus eller fastlege. Dersom personen selv tar kontakt med kommunens bestillerkontor/tildelingskontor, kan de og videreformidle kontakt.

4.8 Kursdag

Samhandlingsgruppen har lært mye i arbeidet med å utarbeide både egen-behandlingsplan, egeninnsatsplan, samt å prøve dette ut blant pasientene enten inneliggende på sengepost eller hjemme i kommunen. Hva vi har lært og produktene vi har laget må spres ut til alle som er interessert i å lære mer om kols.

Derfor ble egen tverrfaglig kursdag arrangert med ca. 100 deltakere fra ulike kommuner og tjenestenivåer. På forhånd ble det søkt om godkjenning om spesialisering innen allmenntmedisin og innen klinisk spesialisering for sykepleiere. Kursprogrammet er vedlagt i vedlegg 6.

De muntlige tilbakemeldingene fra kursdeltakerne, fra ulike profesjoner, var veldig positive.

4.9 Sluttrapport fra arbeidsgruppene

4.9.1 Sykepleierne på sykehus

Vi synes det har vært kjekt å jobbe i prosjekt, spesielt også i tverrfaglig gruppe da vi har fått flere synspunkter både fra hvordan de arbeider i kommune og hvordan brukerrepresentant opplever helsevesenet. Vi kan godt si at vi har hatt læringsutbytte av å jobbe i dette prosjektet.

Syntes det var vanskelig til å begynne med, da vi ikke med det første fikk klare oppgaver på hva vi skulle gjøre. Vi fikk i oppgave å lage en egenbehandlingsplan, der vi har brukt mye av tiden vi har hatt på å innhente informasjon vi kunne ha med i egenbehandlingsplanen, og formet denne.

I slutten av november begynte vi å gå rundt i avdelingen og dele ut egenbehandlingsplanen. For det meste har vi fått positive tilbakemeldinger fra pasientene. Litt trist at brosjyren ikke har blitt ferdig før nyttår, spesielt fordi pasientene ikke vil ha den utprintede versjonen da det er for liten skrift til at de kunne lese det. Planen vår videre er å formidle/informere kollegaer om egenbehandlingsplanen på de neste kursdagene, slik at alle kan ta de i bruk i årene fremover. Vi føler gjerne at det vil bli vanskelig å implementere prosjektet i en travel hverdag, prosjektet burde etter vår mening gått over lengre tid slik at vi fikk innført det på en god måte. Vi ser gjerne at prosjektet bærer preg av for liten tid.

Trude og Elin

4.9.2 Sykepleierne i Tysvær kommune

April/mai: oppstart prosjekt

Vi har forventninger om at dette ville bli nyttig for samarbeid kommune/sykehus med tanke på at pasienter med kols i større grad ville kunne behandles hjemme evt. med hjelp fra hjemmesykepleien/fastlege, og dermed unngå unødige sykehusinnleggelser.

De første møtene oppleves noe famlende.

- Hva var egentlig målet med prosjektet?
- Hva er vår oppgave?
- Vi savner konkrete arbeidsoppgaver og å få komme i gang med noe.

I samme periode deltar vi også på deler av lungerehabiliteringskurs på Haugesund sjukehus. Dette oppleves svært positivt og inspirerende for oss. I ettertid har vi hatt nytte av å kunne informere og motivere pasienter vi har møtt til å delta på kurs når de får tilbud om det.

August

Vi får i oppgave å lage en informasjonsbrosjyre som skal være til nytte for pasienter med kols (og evt. pårørende/andre interesserte).

En del frustrasjon underveis pga. noe uklart om hva som var «bestillingen». Hvem ønsker hva i brosjyren? Hvor mye skal være med under hvert emne?

Etter innlevering av ferdigskrevet brosjyre er der gjort en del endringer. Dette kunne vært unngått dersom vi hadde hatt en dialog med sykepleier ved Haugesund sjukehus samt fysioterapeut.

Oppsummering: vi er fornøyd med resultatet av brosjyren!

Generelt

Vi opplever det svært nyttig å utveksle erfaringer. Det er bra å få en innsikt i hvordan hver enkelt jobber.

- sykepleier kommune contra sykepleier sykehus
- lege kommune contra lege sykehus
- fysioterapeut kommune contra fysioterapeut sykehus
- likemenn og organisasjoner som LHL

Vi har fått en bredere forståelse for at for å få til en endring i samarbeid kommune/sykehus kreves det innsikt i den enkeltes arbeidsområde.

Nyttig nettverk i kommunen

Videre opplever vi det positivt å utveksle og dele erfaringer oss i mellom (hvordan løser vi de ulike utfordringene på AT, NT og TT). Videre erfarer vi bedre samarbeid og forståelse hos fastlegene i kommunen når vi som sykepleiere tar kontakt.

Rollen som kolssykepleier

Vi har allerede erfart at det er nyttig med en kolssykepleier i kommunen. Vi har økt fokus på sykdommen med tanke på medisinbruk, inhalasjonsteknikk samt forebyggende tiltak i ulike faser av sykdommen.

Vi gleder oss til å videreføre vår kunnskap og erfaring!

June, Hilde og Berit

4.9.3 Sluttrapport fra fysioterapeut Marianne Fjeldheim

Prosjektperiode fra 15.09.-31.12.2014

Prosjektperioden har blant annet bestått i arbeidsoppgaver som å kartlegge et treningsopplegg for kolspasienter som kunne la seg opprettholde etter endt prosjektperiode. Jeg landet da, etter ulike diskusjoner med prosjektleder Tove Alsaker og fysioterapi ansvarlig Irene Krystad i Tysvær kommune, på å starte en treningsgruppe for kolspasienter for de som klarte å gå ca. 300 meter. Jeg laget deretter prosedyrer for utetrening med gåstaver og styrketrening med steiner og egen kroppsvekt, og for innetrening med trening til musikk, og til en blandet økt med trening til musikk og styrketrening i form av sirkeltrening. Deretter har det vært fokus på å rekruttere aktuelle kandidater til treningsgruppen.

Jeg deltok da på et LHL-møte for kolspasienter i Tysværtunet, der jeg informerte om det nye treningstilbudet, og leverte ut informasjon om treningstilbudet. Vi hadde deretter en annonse i Tysvær Bygdeblad, og Tysvær Bygdeblad var senere med på en treningsøkt der de skrev en artikkel om treningen i etterkant. Haugesund Avis har også skrevet et stykke om kolstretningen, og dette har gitt god informasjon til aktuelle deltakere på treningsgruppen. Legene i Tysvær kommune har også blitt informert om tilbudet via mail og via skriftlig informasjon. Det skal også informeres om treningstilbudet på fagdagen den 14.01.2015.

Det ble tidlig avklart at driften av treningsgruppen skulle holdes av fysioterapeut i Tysvær kommune med driftstilskudd. Det ble da bestemt at det er Bente Alsaker som skal fortsette treningstilbudet fra midten av februar når hun er tilbake i jobb etter fødselspermisjon. Fra januar 2015 er det enten Marianne Fjeldheim eller Marianne Natås som fortsetter med treningsgruppen frem til Bente overtar.

Treningsgruppen startet 11.09.2014, og det har vært godt oppmøte fra første dag. Det har vært ulike nivåer som har trent sammen og dette har fungert godt da jeg har hatt med Tove Alsaker på de fleste treningene. Se vedlegg; treningslogg. Det har vært med kolspasienter som har trent tidligere, og andre som ikke har hatt noe erfaring med trening tidligere.

Treningen har foregått både utendørs og innendørs i idrettshallen i Tysværtunet. Tidspunktet har vært tirsdager 10.30-11.30. Det må beregnes ekstra tid rundt treningen, da det er en pasientgruppe som trenger informasjon og trygghet rundt

treningen for å få et godt resultat. Det har frem til 16. desember vært 18 stk. innom treningen. Det har vært nye som starter hver uke, og her er det godt å ha med en hjelper på treningen, slik at nye kan fanges opp og få en god start.

I prosjektperioden har jeg også vært på internmøte i Tysvær kommune og fortalt om prosjektet. Jeg har tilbudt de som er interessert internundervisning via hospitering på sykehuset ved lungepoliklinikken, og på treningsgruppene som jeg har i Tysvær kommune. Det har vært flere innom både på treningsgruppene og på poliklinikken med pep-fløyte undervisning. Dette er det fortsatt muligheter for i 2015, og jeg sender ut liste om pep-fløyte undervisninger ved poliklinikken til Irene Krystad når listene er klare i januar 2015.

Det er også mulighet for å hospitere på lungerehabiliteringskurs for kolspasienter som vi har ved Haugesund sykehus. Har gitt ut skriv om aktuelle datoer for kurs, og kan sende ut timeplaner for kursene til fysioterapi ansvarlig Irene Krystad slik at hun kan videreformidle det ut til dem det er aktuelt for. Jeg håper at dette kan bidra til å fortsette øke kompetansen for kols ute i kommunen.

Treningsgruppen som nå er i gang er en flott og positiv gjeng som allerede har fått en stor forbedring og økt motivasjon til å trene. Jeg håper at dette er et tilbud som vil bli godt ivaretatt av Tysvær kommune, da jeg ser at det er et stort behov for noe kontinuerlig for denne pasientgruppen. Jeg har booket idrettshallen i Tysværtunet tirsdager kl 10.30-11.45 ut 2015.

4. 10 Resultat - Etter prosjektperiode – hva da?

Prosjektgruppen har fått økt kunnskap innen kols og laget flotte brosjyrer og informasjonshefter. Fastleger og kolssykepleiere kan bruke dette materiellet til å veilede/undervise pasienter og pårørende. Brosjyrene blir delt ut til interesserte.

Alle interesserte som ønsker å bruke materiellet, kan laste dette ned fra

www.FOUSAM.no sine nettsider.

4.10.1 Ny flyt

Kolssykepleiere, og etter hvert alle andre sykepleiere på sengepost har undervisning i bruk av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan før utreise fra sykehus. Dette i tillegg til legens utskrivingsamtale. Dette vil for sykepleierne gi økt tilfredsstillelse i forhold til eget arbeid, jfr. pkt. 5.6.

For pasientene vil det bli økt mestringsfølelse, jfr.pkt. 5.4 og 5.5.

Informasjonen vil knytte de ulike tjenestenivåene tettere sammen, jfr. pkt. 4.2, når informasjon om hva hver enkelt bør gjøre ved utskrivelse fra sykehus. Som å bestille time hos fastlege 4 uker etter innleggelse på sykehus, hvor en kan ta kontakt for å starte med trening og likemannstilbudet som finnes.

Fra kommunen kan kolssykepleierne komme på hjemmebesøk etter 1 uke etter sykehusinnleggelse, dersom kolspasienten selv ønsker dette. De vil da repetere undervisning gitt på sykehus, og sjekke inhalasjonsmedisiner, påminne om bestilling av legetime, starte med trening og hvilket likemannstilbud som finnes i kommunen.

Fastlegene har og fått et hjelpemiddel med de nye brosjyrene/informasjonshefte, til å hjelpe og veilede sine pasienter.

Tverrfaglig hospitering fra andre kommuner til pilotkommune er ønskelig. Nye arbeidsrutiner vil da læres av andre. For helsepersonell vil dette være en enkel måte å få en positiv forbedring og bedre ivaretaking av pasientgruppen.

4.10.2 Forslag til rutinebeskrivelse for kolssykepleiere i Tysvær kommune

Etter utskrivelse fra sykehuset skal brukeren/pasienten ha fått tilbud om hjemmebesøk av kolssykepleier innen en uke. Her må det være en ordning på hvordan sykepleier skal få informasjon om utskrivelsen. Det mest naturlige ville være fra bestillerkontoret.

Sjekkliste for hva som blir gjennomgått ved disse hjemmebesøkene:

- Gjennomgå egenbehandlingsplanen sammen med pasienten
- Sjekke om de har bestilt time hos fastlegen innen 4 uker
- Informere om fysioterapi/treningstilbud i kommunen
- Gjennomgå egeninnsatsplan

- Gjennomgå inhalasjonsteknikk
- Informere om likemannstjenesten LHL
- Eventuelt et nytt besøk etter 4 uker
- Pasient/bruker har anledning til å ta kontakt med kolssykepleier pr tlf. på dagtid. Vi tenker at «bestillerkontor» har en oversikt over når kolssykepleier er på jobb. Og kan kontaktes i arbeidstid.

Kolssykepleier er med fysioterapeut på Kolstreningen 1 x pr uke. Rullering mellom kolssykepleierne.

4.10.3 Forslag til ny arbeidsrutine Haugesund sykehus, lungeseksjonen

Lage en plan for opplæring av kollegaer i hva selv har lært skal gjøres på de interne fagdage. Videreformidle til alle kollegaer er viktig. Og lære dem hvordan bruke egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan. Sykepleierne er og blitt spurt om å ha undervisning på en annen avdelings fagdag.

Kolssykepleier, og etter hvert kan «alle» sykepleierne/helsepersonell kan ha undervisning med pasient dagen før utreise.

Informere om hvilke tilbud som finnes i kommunen.

4.11 Oppsummering

Prosjektet har vært et samhandlingsprosjekt, der Tysvær kommune har vært pilotkommunen og Helse fonna sammen med LHL og FOUSAM har vært samarbeidspartner.

De ulike samarbeidspartnerne har alle hatt ulike kulturer for arbeid med prosjekt, dette har i noen grad preget utviklingen i prosjektet. Samarbeidsstrukturen i prosjektet har vært ei styringsgruppe, ei samhandlingsgruppe og to arbeidsgrupper. Prosjektplanfasen var først i «rute», men ved endret prosjekttid, ble det en hektisk høst.

Til tross for kort praktisk prosjektperiode, ble resultatet forbedringer i pasientforløpet mellom tjenestenivåene. Økt trygghet for pasient, når han/hun blir utskrevet fra sykehus. Ny prosedyre ved utskrivning av pasient. Sykepleier underviser pasient i bruk av egenbehandlingsplan og egeninnsatsplan. Kolssykepleier kan bli kontaktet enten

før utskrivning fra sykehus eller når pasienten er kommet hjem. Andre viktige nye samhandlingsrutiner sykepleier underviser i er: påminning om å bestille time hos fastlegen 4 uker etter sykehusopphold og få med seg rekvisisjon til å trene enten i gruppe eller alene hos fysioterapeut.

Kolssykepleierne og fysioterapeut i kommunen, har fått økt kunnskap innen fagområdet kols. Innbyggerne i kommunen vil få et mye bedre tilbud dersom de har behov for hjelp. Kolssykepleierne og fysioterapeut har fått økt kunnskap i forebyggende tiltak som er nyttig å ha når en skal veilede pasienter i å holde seg friskest mulig. Fastlege med økt fokus på kols, vil gi pasienten tidligere diagnose, jfr.pkt.1. Tidlig diagnose gir mulighet for tidlig forebygging. Positiv støtte fra styringsgruppe gir mulighet for endringene som har startet både i kommune og på sykehus vil fortsette. Sykepleierne fra begge tjenestenivå har stor motivasjon til å få dette til, dersom forholdene blir lagt til rette for det.

4.12 Forslag til videre forbedringer

4.12.1 I kommunen

- Forslag til videreutvikling av kompetanse innen kols i blant annet oksygenbehandling og bi-pap-behandling. Dersom kommunen ser mulighet for dette kan forslag være å hospitere hos oksygen-sykepleier på medisinske behandlingshjelpemidler på Helse Fonna. Her kan sykepleierne få opplæring i bruk/vedlikehold av forskjellig oksygenutstyr og «respiratorutstyr».
- Pilotkommunen bør veilede andre kommuner i de nye arbeidsmåtene.
- «Hospiteringsordningen» mellom sykehus og kommunene, bør få med denne ordningen i sine nye avtaler.
- Kolssykepleierne fra kommunen vil ha «hovedansvar» for videreformidling til kommunene.
- Interessen for samhandlingsprosjekt vil øke, dersom en ser hva andre har fått til, i kommunen.

4.12.2 Fra sykehus

- Kolssykepleierne fra sengepost vil ha hovedansvar for å videreformidle kunnskap til de andre sykehusene i Helse Fonna's lungepoliklinikker/og sengeposter, hvor de fleste kolspasienter blir innlagt.
- Samtidig som de har et opplæringsansvar for hospitanter fra kommuner som vil lære mer om prosessen.

4.12.3 Informasjon til andre helseforetak og kommuner

Prosjektleder sender informasjon om prosjektet til den norske lungesykepleierforening (FLU) og til Regionalt tverrfaglig nettverk innen rehabilitering av personer med lungesykdom, <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/hab-rehab/Sider/regionalt-tverrfaglig-nettverk-innen-rehabilitering-av-personer-med-lungesykdom.aspx>

LHL har og fått informasjonsheftene, disse blir det laget en reportasje om i LHL-bladet. Det arbeides og med å få lagt ut informasjon og link til informasjonsheftene på Helse Fonna sine nettsider.

Helsepersonell med interesse for kols i alle helseforetak og kommuner vil da få mulighet til å lære av Samhandlingsprosjektet kols 2014.

4.12.4 Videre finansiering av trykking av informasjonshefter

Prosjektleder ønsker at noe av prosjektmidlene blir «øremerket» midler til opptrykking av nye informasjonshefter. Å kunne aktivt bruke informasjonsheftene i årene som kommer, og gi ut heftene til «alle» som ønsker å ta dem i bruk, med håp om kunnskapsheving både hos pasient og helsepersonell.

Litteratur

Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. og Kvinge, K. (2012) *Opplevelser av bruker-medvirkning i sykehus*. Nordisk tidsskrift for Helseforskning, nr. 1-2012, 8. årgang.

Dietrichson, S. (2011) *Lovbrudd i hjemmetjensten*

Halvorsen, K. (2013) Mer medvirkning letter vanskelige valg.

www.høgskoleniOsloogAkershus.no

Harneshaug, T.S., 2014, *Å være ektefelle til person med alvorlig kols*. Masteroppgave i helse og sosialfag – meistring og myndiggjering. Høgskulen i Volda

Helse Fonna (2014) Ulike tjenesteavtaler mellom Tysvær kommune og Helse Fonna HF:

Tjenesteavtale 1: *Avtalen bygger på en forståing av partene er gjensidig avhengige av hverandre sin innsats for å kunne gi pasientene helhetlige pasientforløp.*

Tjenesteavtale 2: *Samarbeid om ansvars- og oppgavefordeling i tilknytning til innlegging.*

Tjenesteavtale 5: *Ansvars og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten.*

www.helsetorgmodellen.net/samarbeidsavtaler/tysvaer-kommune/

Helse og omsorgsdepartementet (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*, St. meld. Nr. 47

Helse og omsorgsdepartementet (2001) *Lov om spesialisthelsetjenesten*

Helse og omsorgsdepartementet (2005-2006) St. meld.nr. 25, *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*

Helsedirektoratet, 2009 *Forløpsgruppe KOLS*

Helsedirektoratet, 2012, *Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging.*

Hjalmarsen, Audhild, 2012, *Lungerehabilitering, KOLS og andre lungesykdommer.*

Lerdal, A. (2014) *Det er viktig at sykepleiere som arbeider med syke og gamle har riktig kompetanse*. Sykepleien, forskning

Phend, C. (2013), *COPD support program cuts Hospitalizations*,
www.Medpagetoday.com/MeetingCoverage/Chest42671?XID=NL_MPT_at

Mæland, J.G. (2010) Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handling? Stamsø, M.A. *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre s. 299-322. Gyldendal Akademiske*

Risøy, Aslaug Johanne, 2014, Motiverende samtale på sengepost på Haugesund sjukehus, *Fokus på inhalasjonsteknikk hos pasientar med kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS)* Mastergradsoppgave i farmasi, Universitetet i Bergen.

Skudal, K.E. m.fl. *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2011 og utvikling fra 2006*, www.Kunnskapssenteret.no/pasienterfaringer-med-norske-sykehus, 2012

Vik, L.J. (2007) Ekeland, T.J. og Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Gyldendal Akademisk

www.dagensmedisin.no/fastlegen-viktigst-i-Kols-kampen

www.dagensmedisin.no/nyheter/to-av-tre-kols-tilfeller-uten-diagnose

www.HSH/KOLS.no/kompetansehevingsprogram

www.kunnskapsbasertpraksis.no

www.FOUSAM.sluttrapport.20011/2.no

Helsedirektoratet/Forsiden/Publikasjoner/Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge/ Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014

www.helseogomsorgsdepartementet/folkehelse/fysiskaktivitet.no

Vedlegg (eksempler)

Vedlegg 1 – [Egenbehandlingsplan](#)

Vedlegg 2 – [Egeninnsatsplan](#)

Vedlegg 3 – [Pasientforløp før prosjekt](#)

Vedlegg 4 – [Poster](#)

Vedlegg 5 – [Avisutklipp](#)

Vedlegg 5 – [Timeplan kursdag](#)

FoU-enhet for samhandling

ved Høgskolen Stord/Haugesund

Bjørnsonsgate 39, 5528 Haugesund

Telefon: 48 24 68 11

www.fousam.no

© Tove Alsaker

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 (2016/2)