

KOL-forløbsbeskrivelse

Beskrivelse af
rehabiliteringsforløb og tilbud for
borgere med Kronisk Obstruktiv
Lungesygdom i Furesø Kommune

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Baggrund.....	3
3. Målgruppe for forløbsbeskrivelsen	3
4. Formål	3
5. Patientgruppe	4
6. Indikationer for deltagelse i rehabilitering.....	4
7. Visitation til rehabilitering	4
8. Forløbet	4
9. Screeningssamtale	6
10. Fysiske test.....	6
10. Interventioner/tilbud.....	6
A. Sammenhængende rehabiliteringsforløb (KOL-skole)	6
B. Fysisk træning på hold (evt. individuelt)	6
C. Motionsvejledning	7
D. Sygdomsspecifik patientundervisning.....	7
E. Individuel kostvejledning	7
F. Rygestopintervention	7
G. Forløbskoordinator	7
H. Netværksgruppe	8
11. Afsluttende samtale og opfølgning	8
12. Pædagogisk tilgang og etiske overvejelser	8
13. Personalets kompetencer	8
14. Samarbejde og vidensdeling	8
15. Evaluering og kvalitetsudvikling	9
Bilag	10
Bilag 1 Henvisningsblanket	10
Bilag 2 Forløbet	12
Bilag 3 Screeningssamtale	13
Bilag 4 Fysiske test	14
Bilag 5 Sammenhængende rehabiliteringsforløb (KOL-skole)	15
Bilag 6: Fysisk træning på hold (evt. individuelt)	16
Bilag 7 Motionsvejledning	17
Bilag 8 Sygdomsspecifik patientundervisning.....	17
Bilag 9 Individuel kostvejledning	17
Bilag 10 Rygestopintervention	18
Bilag 11 Forløbskoordinator	18
Bilag 12 Netværksgrupper	19
Bilag 13 Afsluttende samtale	19
Bilag 14 Pædagogiske og etiske overvejelser	20
Bilag 15 Personalets kompetencer	21
Bilag 16 Samarbejde og vidensdeling.....	21
Bilag 17 Evaluering og kvalitetsudvikling	22
Litteratur.....	23

1. Indledning

I det nedenstående beskrives det forløb, som Furesø Kommune tilbyder borgere med KOL med henblik på, at sundhedsprofessionelle i kommune og region kan få et overblik over forløb og tilbud. Tilbuddene tager udgangspunkt Forløbsprogram for KOL (Region Hovedstaden 2009), Danske fysioterapeuters kliniske retningslinjer for fysioterapi for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (DF 2007), samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for KOL – Tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering af kronisk obstruktiv lungesygdom (SST 2007), og endelig DSAM's vejledning for KOL (2008).

2. Baggrund

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, er en sygdom, som er præget af tiltagende invalidering med nedsat funktionsevne og livskvalitet. KOL giver nedsat lungefunktion ledsaget af åndenød ved anstrengelse og/eller i hvile, desuden ses hoste og dannelse af sput/slim. I forlængelse heraf bringes mange borgere med KOL ind i en ond cirkel med tiltagende grad af inaktivitet, fysisk såvel som socialt, som igen fører til forværrelse af funktionsevne og i nogle tilfælde øget social isolation.

Studier og projekter med rehabilitering viser, at rehabilitering i form af træning, undervisning og psykosocial støtte kan øge funktionsevnen hos borgeren med KOL og øge livskvalitet og egenomsorg, og dermed bryde den onde cirkel. Der er desuden indikationer for, at træning kan nedbringe antallet af indlæggelsesdage.

KOL er den hyppigste indlæggelsesårsag på de medicinske afdelinger i Danmark. Samtidigt forekommer der flere genindlæggelser i denne patientgruppe end ved andre lidelser. Der skønnes at være omkring 100.000 mennesker i Region Hovedstaden, der lider af KOL, og dødeligheden er stor og generelt stigende på verdensplan. I Danmark estimeres KOL til at være den tredje hyppigste dødsårsag i 2020. I Furesø Kommune var 3726 borgere i perioden 1995-2004 i kontakt med sundhedsvæsenet eller indløste recepter på medicin på grund af kroniske lungesygdomme, dvs. KOL og kronisk astma.

3. Målgruppe for forløbsbeskrivelsen

Sundhedsprofessionelle i kommune og region

4. Formål

- At give den enkelte borger med KOL mulighed for at opnå den højest mulige funktionsevne og livskvalitet i sin dagligdag
- At styrke borgerens egenomsorg
- At forebygge eksacerbationer og yderligere progression af sygdommen
- At øge borgerens kompetence i at møde behandlere i sundhedsvæsenet med henblik på at kvalificere dette møde.

5. Patientgruppe

Tilbud om forløb gælder alle borgere i Furesø Kommune med diagnosen KOL, som er defineret på baggrund af en lungefunktionsundersøgelse (spirometri), hvor der påvises en luftvejsobstruktion med en ratio FEV1/FVC < 0,7 efter bronkodilatation.

6. Indikationer for deltagelse i rehabilitering

Beslutning om den enkelte borgers rehabilitering træffes på baggrund af sygdommens sværhedsgrad og borgerens behov. Borgere der i stabilfasen har en på MRC ≥ 3 tilbydes i udgangspunktet et sammenhængende rehabiliteringsforløb. Borgere med let til moderat KOL kan få tilbud forskellige rehabiliterende aktiviteter. Borgere med meget svær KOL bør i udgangspunktet gives et sammenhængende rehabiliteringsforløb på hospital. Borgere med svær til meget svær KOL, der har været indlagt, skal i udgangspunktet henvises til forløbskoordinator.

Inklusionskriterier

Patienter der er optimalt medicinsk behandlet

Dyspnøgrad, MRC 3-5

Kognitivt god nok til at modtage råd og vejledning

Motiveret for at komme to gange om ugen og træne hjemme hver dag.

Eksklusionskriterier

Patienter med alvorlig hjertesygdom.

7. Visitation til rehabilitering

Borgere henvises til rehabilitering, herunder forløbskoordinator, via egen læge eller hospital. Kommunens visitation, Forebyggende team eller forløbskoordinator kan også henvise, ligesom borgeren også selv kan henvende sig til genoptræningscenteret eller forløbskoordinator. Borgeren vil i disse tilfælde blive bedt om at gå til egen læge med henblik på, at denne laver en henvisning, idet det er en forudsætning, at der foreligger relevante oplysninger fra praktiserende læge eller hospitalslæge om såvel KOL-diagnose (FEV1 < 80 %) og eventuelle tilgrænsende lidelser.

Henvisning sker ved at sende en Edifact med en række informationer (bilag 1) til Furesø Kommunes lokationsnr. med overskriften Træning. Alternativt kan den særlige henvisningsblanket faxes til Genoptræningscenteret (bilag 1). Begge dele findes også på www.sundhed.dk/info/soft). Hospitalslæger kan henvise med en genoptræningsplan med samme informationer, der sendes elektronisk til kommunen.

Der sendes besked til egen læge via Edifact ved start og slut af et rehabiliteringstilbud, også ved tilknytning til forløbskoordinator.

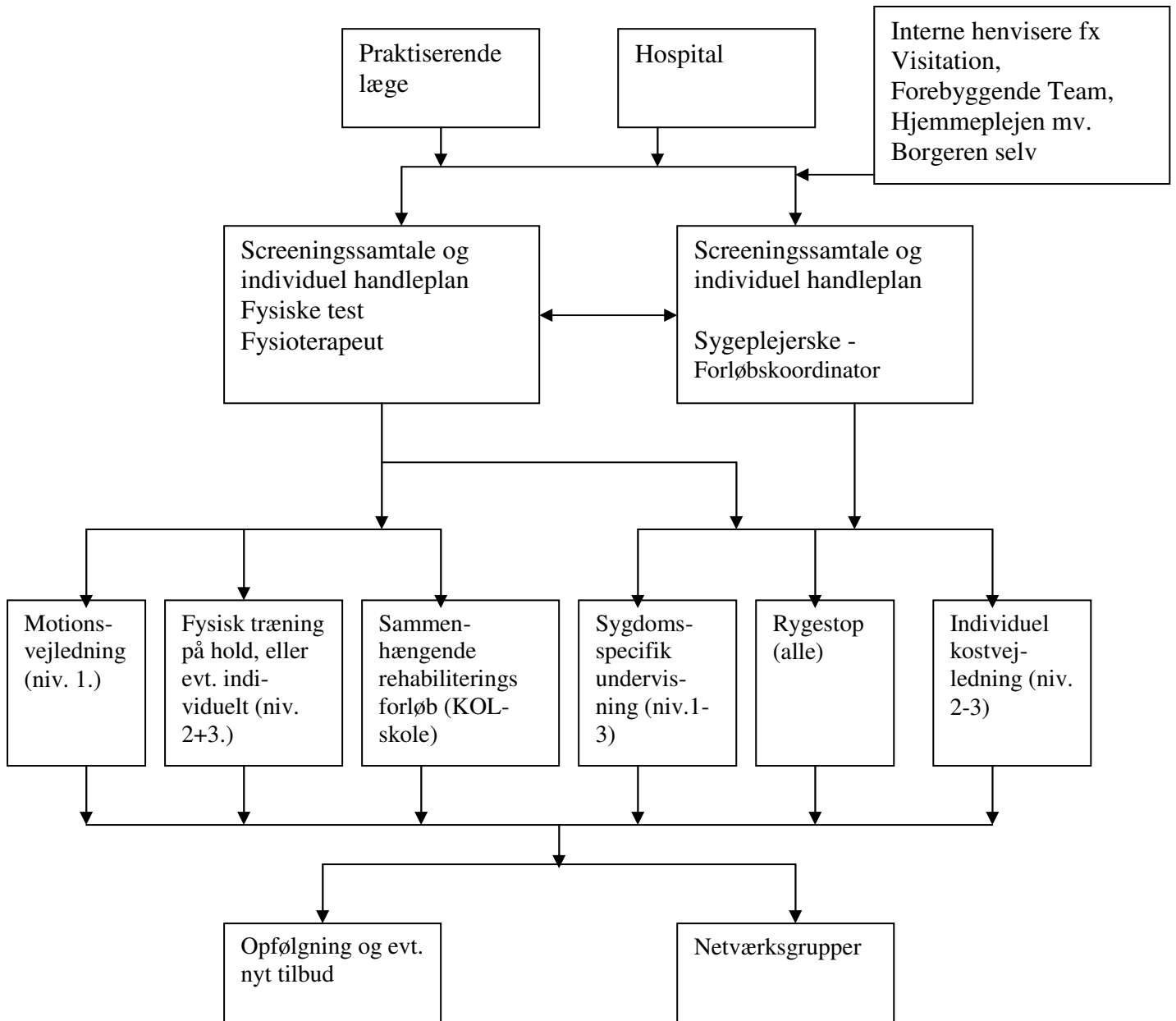
8. Forløbet

Formål

- at forløbet er koordineret mellem de involverede kommunale parter
- at der er klarhed om de forskellige parters opgaver og ansvar og kommunikationsveje
- at skabe et struktureret samarbejde

(Bilag 2)

Diagram over forløbet:



9. Screeningssamtale

Formål:

- At afdække borgerens fysiske, psykiske, sociale og kognitive ressourcer samt motivation for rehabilitering og livsstilsændringer
- At sætte mål og udarbejde handlingsplanen sammen med borgeren

(Bilag 3)

10. Fysiske test

Formål

- At teste borgerens fysiske funktionsniveau

(Bilag 4)

11. Interventioner/tilbud

A. Sammenhængende rehabiliteringsforløb (KOL-skole)

Det sammenhængende rehabiliteringsforløb består af fysisk træning, patientundervisning, kostvejledning, rygestopvejledning og psykosocial støtte og er gruppebaseret. De enkelte interventioner beskrives nedenfor.

Formål:

- At give den enkelte borger med KOL mulighed for at opnå den højest mulige funktionsevne og livskvalitet i sin dagligdag
- At styrke borgerens egenomsorg og motivere til livsstilsændringer
- At forebygge eksacerbationer og yderligere progression af sygdommen
- At øge borgerens kompetence i at møde behandlere i sundhedsvæsenet med henblik på at kvalificere dette møde.

(Bilag 5)

B. Fysisk træning på hold (evt. individuelt)

Formål:

- At borgeren vedligeholder og hvis muligt forbedrer sit fysiske funktionsniveau
- At borgeren kan få redskaber til dyspnøhåndtering
- At borgeren opnår størst mulig grad af kropsbevidsthed
- At øge borgerens glæde ved at bevæge sig og dyrke motion
- At motiverer borgeren til at bevæge sig/motionere i hverdage, også efter endt forløb.

(Bilag 6)

C. Motionsvejledning

Formål

- At give den motionsvante borger med let til moderat KOL kvalificeret råd og vejledning til deres træning
- At give borgeren retningslinjer for anbefalet intensitet og hyppighed
- At informere borgeren om kommunens øvrige tilbud herunder netværksgruppe

(Bilag 7)

D. Sygdomsspecifik patientundervisning

Formål

- At give borgeren (og pårørende) indsigt i sygdommen og det at leve med KOL
- At borgeren (og pårørende) opnår viden om og motiveres til livsstilsændringer.
- At give borgeren (og pårørende) mulighed for at erhverve sig kompetencer i at yde egenomsorg.

(Bilag 8)

E. Individuel kostvejledning

Formål

- At tilbyde borgere med KOL under 65 år med et BMI under 21 eller over 30 kostvejledning med henblik på vægtøgning eller -reduktion
- At tilbyde borgere med KOL over 65 år med et BMI under 24 eller over 30 kostvejledning med henblik på vægtøgning eller -reduktion
- At tilbyde borgere med KOL med et lavt normalt BMI, der ved et vægttab på 1-3 kg. vil få et BMI på 24 eller mindre, kostvejledning med henblik på at forebygge undervægt.
- At tilbyde borgere med svær til meget svær KOL med et BMI under 24 og tydelig forværring i sygdomsbillede en særlig ernæringsintervention

(Bilag 9)

F. Rygestopintervention

Formål

- At borgeren kender til rygningens betydning for udvikling af KOL og andre rygerrelaterede sygdomme
- At borgeren motiveres til at prøve et rygestop
- At borgere der ønsker det får vejledning og støtte til rygestop, evt. på et rygestopkursus
- At borgere der er holdt op med at ryge får støtte til at fastholde rygestoppet

(Bilag 10)

G. Forløbskoordinator

Formål

- At borgeren med svær til meget svær KOL kan få psykosocial støtte i hjemmet og have en fast kontaktperson vedrørende sin sygdom
- At borgeren opnår tryghed ved sin situation i hverdagen
- At borgeren med få ressourcer får hjælp til at indsats fra forskellige aktører bliver koordineret og optimeret
- At borgerens ressourcer mobiliseres bedst muligt med henblik på øget livskvalitet, samt deltagelse i rehabiliterende eller netværksskabende aktiviteter

- At forebygge social isolation, angst og depression
(Bilag 11)

H. Netværksgruppe

Formål:

- At borgere får mulighed for at få støtte afigestillede til at mestre sit liv med KOL med henblik på at øge livskvalitet og vedligeholde funktionsniveauet
- At borgere efter et rehabiliteringstilbud får mulighed for at fortsætte træning i trygge rammer og medigestillede
- At forebygge social isolation

(Bilag 12)

12. Afsluttende samtale og opfølgning

Formål

- At lave en status for hvor langt borgeren er nået i forhold til sine mål, herunder det fysiske funktionsniveau
- At sætte mål for hvordan resultatet fastholdes eller en handlingsplan for at komme videre med målene
- At borgeren får viden om muligheder for at deltage i netværksgruppe, lokale motionsaktiviteter, patientforeninger mv., samt motivere borgeren til at deltage i et sådant tilbud

(Bilag 13)

13. Pædagogisk tilgang og etiske overvejelser

Formål:

- At beskrive og dokumentere hvilken pædagogisk tilgang de sundhedsprofessionelle møder patienten med
- At sikre en ensartet tilgang samt mulighed for justering og evaluering

(Bilag 14)

14. Personalets kompetencer

Formål

- At sikre at personalet har de relevante sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer til at indgå i et tværfagligt rehabiliteringsteam

(Bilag 15)

15. Samarbejde og vidensdeling

Formål

- At øge de faglige kompetencer og vidensopdatering
- At øge viden om forskellige faggruppers arbejde
- At forbedre samarbejdet på tværs af afdelinger og sektorer

(Bilag 16)

16. Evaluering og kvalitetsudvikling

Formål

- At vurdere i hvilken grad rehabiliteringen forbedrer borgernes funktionsevne, livskvalitet og egenomsorg
- At vurderer i hvilken grad borgerne oplever et tilfredsstillende (og sammenhængende) forløb
- At udvikle tilbuddene og/eller nye tilbud ved behov – fx tidlig opsporing og borgere med anden etnisk baggrund
- At udvikle standarder for kvalitet

(Bilag 17)

Bilag

Bilag 1 Henvisningsblanket

Henvisning til KOL-rehabiliteringstilbud i Furesø Kommune

Sendes/faxes til Genoptræningscenteret, Skovgården 1, 3500 Værløse, Fax 72 35 57 81

Supplerende oplysninger kan medsendes på separat blankt papir.

Kommune	Dato
CPR-nr.	Tlf.
Navn	Adresse
Sygdommens sværhedsgrad	
Dato	Har pt. funktionsbegrænsende sygdom i bevægeapparatet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
FEV ₁ % af forventet efter bronkodilatator <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Hvis ja anfør venligst på bagsiden
FEV ₁ /FVC % <70 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Magter fysisk træning hjemme eller ude? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Aktuel ryger? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har pt. åndenød svarende til grad 3 ¹ eller mere på MRC-åndenødsskalaen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Varig medicin inklusive inhalationsmedicin bedes anført (evt. ved hæftet ordinationsskema)
Hvis nej, kan patienten ikke deltage i kurset	Pt. bør være søgt optimalt behandlet inden start på rehabilitering
Comorbiditet	
Har pt. kliniske tegn på mb. cordis incompensatus? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Antal eksacerbationer det seneste år <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Har pt. betydende aortastenose? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Antal indlæggelsesdage pga. KOL de seneste 6 måneder? Dage <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<small>1) MRC 3. Pt. går langsommere end andre i samme alder pga. åndenød eller må stoppe for at få luft ved almindelig gang i fladt terræn</small>	

Henvisers underskrift og stempel

Henvisning via Edifact

Sendes til Furesø Kommune (lokationsnr.) med overskriften **Træning**.

Skal indeholde følgende informationer:

Diagnose og sværhedsgrad:

- FEV₁ (dato)
- antal eksacerbationer det seneste år
- antal indlæggelsesdage pga. KOL de seneste 6 måneder

Medicin

- varig medicin, inkl. inhalationsmedicin

Funktionsbegrænsende sygdom

- Hvis ja, hvilken

Comorbiditet

- Mb.cordis incompensatus
- Betydende aortastenose

Bilag 2 Forløbet

Henvisning internt

Henvisninger og genoptræningsplaner modtages i Genoptræningscenteret, hvor de gives til KOL-fysioterapeuterne. Ved borgere med svær til meget svær KOL sendes avis til KOL-forløbskoordinator med henblik på orientering og senere samarbejde.

Visitationen skal ved besked om udskrivelse af borgere med KOL, hvor der ikke foreligger en genoptræningsplan sende avis til KOL-forløbskoordinator (sygeplejerske dag). Visitationen kan desuden henvise alle borgere med KOL til KOL-rehabilitering og forløbskoordinator (jf. kvalitetsstandard og indikationer for rehabilitering). Dette sker ved avis til Genoptræningscenteret eller sygeplejerske dag.

Hjemmesygeplejersker, assistenter og hjælpere samt fysioterapeuter og ergoterapeuter kan kontakte KOL-teamet ved avis, telefonisk eller ved personlig kontakt med henblik på at få én fra KOL-teamet til at vurdere en borger med KOL.

Koordinering og samarbejde

Fysioterapeut og koordinator koordinerer via avis eller telefon, hvem der tager det første besøg og screeningssamtale. Denne person har nu ansvaret for borgerens rehabiliteringsforløb. Ved behov for en indsats fra begge faggrupper allerede fra start koordineres dato for hjemmebesøg og/eller undersøgelser, så datoerne ikke er sammenfaldende. I disse tilfælde skal hovedansvaret aftales.

Den, der udfører screeningssamtalen sørger for at indhente relevante oplysninger fra egen læge hvis disse mangler. Er borgeren ikke henvist fra en læge, bør denne sendes til egen læge mhp. at blive henvist. Hvis borgeren skal deltage i fysisk træning, udfører fysioterapeuterne de fysiske test og visiterer borgeren til træningstilbuddet.

Fysioterapeuterne forestår vejledning i mobilisering eller lignende, og kan inddrages ved behov for hjælp til at vurdere træningspotentiale. Forløbskoordinator forestår psykosocial støtte i hjemmet, vejledning omkring medicin og iltapparat i hjemmet, samt særligt ernæringsforløb i hjemmet i samarbejde med kommunens ernæringsvejleder.

For at koordinere samarbejdet afholdes der et møde en gang månedligt af 1 times varighed, med deltagelse af alle i KOL-teamet (fysioterapeuter, sygeplejerske og evt. ernæringsvejleder). Indholdet på mødet følger en fast dagsorden, med gennemgang af nye borgere og koordinering af samarbejdet omkring dem og udfærdigelse af handleplan.

For at sikre at egen læge er informeret, sendes der besked til egen læge via Edifact om handleplan ved start og besked om afslutning på et forløb.

Bilag 3 Screeningsamtale

Der foretages en grundig anamnese, og en afdækning af medicinske data, herunder sværhedsgrad både målt ved spirometri og MRC-skala samt funktionsmålinger. Foreligger disse ikke kontaktes praktiserende læge med henblik på udredning og optimal medicinsk behandling. Derudover gennemgås et livskvalitetsskema og ved behov en depressionsvurdering. Samtalen afsluttes med at sætte mål og lave en handleplan med baggrund i ovenstående og via formen "Den Motiverende samtale".

Hvis der vurderes, at borgeren har træningspotentiale henvises til fysiske test og undersøgelse. Henvisning sker via Edifact. Det vurderes også, om borgeren skal henvises til kostvejledning. Henvisning sker via mail til kostvejleder. Det vurderes også, om der er behov for en rygestopintervention.

Når forløbskoordinator foretager samtalen, kan denne desuden henvise til fysioterapeuten med henblik på en vurdering af træningspotentialet eller vejledning i mobilisering ved behov for dette.

Varighed: Der afsættes ca. 1-1½ time til samtale og undersøgelse

Anamnese:

Personlige data

Baggrund for henvisning, antal af eksacerbationer og indlæggelser inden for et år, lungefunktion: FEV1 i % af forventet/stadie, slim og hoste,

Vægt og BMI

Ødem og kulør

Livsstil og rygestatus

Borgerens egen oplevelse af sit funktionsniveau og daglige aktiviteter

CCQ/D15/eller andet livskvalitetsskema.

Afdække borgerens viden om KOL og behov for information, ressourcer, netværk, motivation for at deltage i rehabilitering.

Om nødvendigt informeres borgeren også om mulighed for socialrådgivning i relation til evt. arbejdsmarkedsproblemer, mulighed for pleje, omsorg, hjælpemidler og terminalpleje (serviceloven § 71).

Der er udarbejdet et tjekskema, som følges af begge faggrupper. Alle data registreres i Rambøll.

Bilag 4 Fysiske test

For at kunne vurdere hvilket træningstilbud borgeren foretages følgende tests og observationer:

- Respirationsmønster - er der tegn på anstrengelse? Holdning og form af thorax og abdomen
- Graden af dyspnø i hvile og i aktivitet – Borg og MRC skala
- Funktionsniveau – bevægelsesmønster, styrke og udholdenhed af OE og UE, Funktionsmålinger: 2,45 m, rejse-sætte-sig, gangtest (6 min. gangtest)
- Muskelatrofi
- Cyanose
- Ødem
- Puls og saturation
- Generel udholdenhed (incrSWT)
- Avlunds træthedsskala?

Resultaterne indføres i testskema, udfyldes i Rambøll. Visse data registreres desuden i KOALA databasen.

Efter testningen visiteres borgeren til et træningstilbud. Der underskrives en serviceafgørelse.

Varighed: Der afsættes 1 time til undersøgelserne.

Bilag 5 Sammenhængende rehabiliteringsforløb (KOL-skole)

Målgruppe: Borgere med moderat til svær KOL og MRC ≥ 3 , der ikke tidligere har deltaget i et rehabiliteringsprogram (i kommune eller hospital). Efter en periode kan det dog være relevant for borgere som har en væsentlig ændring i deres sygdomsforløb eller i deres situation i øvrigt, at deltage i det sammenhængende rehabiliteringsprogram igen. Det er ingen hindring, hvis borgeren er iltbruger.

Varighed: Træning to gange ugentligt på hold i gymnastiksalen af 1 times varighed. Teoretisk undervisning af 1 times varighed én gang ugentligt i forbindelse med træningen.

Forløbet foregår over max. 10 uger. Den sidste uge er forbeholdt afsluttende samtaler og test. Ved holdstart underskrives en serviceafgørelse af borger og fysioterapeut (nedenfor)

Antal deltagere: Max. deltagere på hold 10 borgere ved to fysioterapeuter.

Indhold:

Fysisk træning

- Styrke og udholdenhedstræning af muskulatur.
- Konditionstræning
- Balancetræning
- Udspænding og afspænding af relevante muskelgrupper
- Vejrtrækningsteknikker, dyspnø håndtering og sekretmobilisering
- Instruktion og vejledning i selvtræning ugens andre dage

Den fysiske træning følger Danske Fysioterapeuters anbefalinger.

Undervisning:

- Sygdommen og dens behandling ('Lev med KOL')
- Betydning af rygestop
- Betydning af fysisk træning og træningslære (træningsdagbog og hjemmetræning)
- Betydning af at opretholde daglige aktiviteter
- Betydning af ernæringstilstand og kostvejledning (ved ernæringsvejleder)
- Inhalationsteknikker og medicin (ved sygeplejerske)
- Håndtering af akut sygdomsforværring, angst og åndenød (evt. akutte handleplaner)
- Kommunens tilbud og sociale rettigheder

Bilag 6: Fysisk træning på hold (evt. individuelt)

Målgruppe:

Borgere med KOL der allerede har indsigt i deres sygdom samt borgere med svær KOL som ikke er i stand til selv at vedligeholde deres funktionsniveau selv eller har behov for yderligere træning efter endt KOL-skole. Det er ingen hindring hvis borgeren er iltbruger.

Varighed: Træning 1 x ugentligt af 1 times varighed. Borgeren startes og afsluttes på holdet efter en individuel vurdering. Træningen foregår ca. over 20 uger. Herefter revurderes det hvorvidt borgeren skal fortsætte.

Antal deltagere: Max. deltagere på hold 10 borgere og to fysioterapeuter.

Indhold:

- Styrke og udholdenhedstræning af muskulatur.
- Konditionstræning
- Balancetræning
- Udspænding og afspænding af relevante muskelgrupper
- Vejrtrækningsteknikker, dyspnø håndtering og sekretmobilisering
- Instruktion og vejledning i selvtræning ugens andre dage

Den fysiske træning følger Danske Fysioterapeuters anbefalinger.

Hver deltager får sit eget eget træningsprogram, hvor fysioterapeuten sammen med borgeren tilrettelægger, hvilke øvelser der er relevante.

Fra første dag informeres deltagerne om, at de selv skal træne i løbet af ugen. Deltagerne får individuel vejledning i, hvordan de kommer i gang eller fortsætter, og de får en træningsdagbog. Desuden vil de blive vejledt i hjemmeøvelser, og der kan introduceres til stavgang og power walk.

Bilag 7 Motionsvejledning

Målgruppe: Motionsvejledningen henvender sig især til borger med mild til moderat grad af KOL og borger der er motionsvante

Varighed: Der afsættes tid efter behov. Det vurderes individuelt hvor mange gange, der er behov for at se borgeren, og om det skal være en gruppe eller et individuelt tilbud.

Indhold:

- Træningslære og formål med fysisk aktivitet (evt. introduktion til træningsdagbog og hjemmetræning)
- Motivere til fysisk aktivitet
- Information om kommunens øvrige tilbud herunder netværksgruppe
- Udlevere DVD 'Lev med KOL' og pjece om KOL
- Opfølgning på træning
- Opfølgning på pjece og DVD

Træningen kan også følges op af telefonsuperviseret træning, hvor borgeren ringes op fx en gang om måned mhp. at fastholde dem i træning og vedligeholde motivationen.

Bilag 8 Sygdomsspecifik patientundervisning

Målgruppe: Borgere med KOL (og pårørende), der ikke har eller skal deltage i et sammenhængende rehabiliteringsprogram, der har brug for viden om KOL, behandling, forebyggelse og rehabilitering og livsstilsændringer. Fx i forbindelse med motionsvejledning.

Varighed: 2 x 2 timer med en til to ugers mellemrum. Sen eftermiddag/aften. 1-2 gange om året. Planlægges ad hoc, når der er samlet en gruppe af 5-6 borgere.

Indhold

- Hvad er KOL – lungernes opbygning og funktion
- ”At leve med KOL” (mestring, angst/åndenød og håndtering heraf, sociale rettigheder mm.)
- Kost og ernæring v. kostvejleder
- Medicin v. sygeplejerske
- Træning v. fysioterapeut

Bilag 9 Individuel kostvejledning

Målgruppe: Borgere med KOL med et BMI under 24 (21 under 65 år) eller over 30. Desuden borgere med KOL med et lavt normalt BMI med henblik på forebyggelse.

Varighed: En til tre vejledninger. Første vejledning ca. 1 time, øvrige 30 minutter. Det anbefales, at en pårørende er med.

Indhold: Der laves en analyse af borgerens kost og drikkevaner, og på baggrund heraf udarbejdes en individuel handleplan sammen med borgeren. Borgere med svær til meget svær KOL med et BMI under 24 og tydelig forværring i sygdomsbillede tilbydes en særlig ernæringsintervention, hvor forløbskoordinator involveres. Vejledningen kan i disse tilfælde evt. foregå i hjemmet. Det vurderes her desuden om en ekstern diætist skal involveres.

Bilag 10 Rygestopintervention

Kort samtale

Målgruppe: Borgere med KOL, der fortsat ryger.

Varighed: 15 minutter, evt. flere gange.

Indhold: Det er ikke alle rygere, som spontant opsøger informationer om rygning eller rygeafvænnning. For at komme de mere tilbageholdende rygere i møde er "Den korte samtale om rygning og rygestop" sat til at vare 15 minutter og baserer sig på en uforpligtigende og tilbudsorienteret tilgang. Borgeren vælger ud fra en palet af temaer. Samtalen slutes med at give information om at få mere viden. Udviklet af Kræftens Bekæmpelse og Apoteker foreningen.

Rygestopkursus

Målgruppe: Borgere der ryger, som er motiverede for rygestop.

Varighed: 2 timer om ugen i 5 uger.

Indhold: Rygestopkurserne varetages af Værløse Apotek. Borgere kan tilmeldes ved at kontakte apoteket på tlf. 4448 2209 eller vaerloese@apotek.dk.

På et rygestopkursus samles 10-12 borgere, som får råd og vejledning af en rygestopinstruktør. Et rygestopkursus foregår over fem gange á to timer med undervisning og udveksling af erfaring. Holdet fastsætter sammen en dato for rygestop, typisk ved 1. mødegang, og får undervejs støtte og opbakning af hinanden og instruktøren. Borgeren gives viden om rygning og redskaber til rygestop og overvindelse af rygetrang.

Bilag 11 Forløbskoordinator

Målgruppe: Borgere med svær til meget svær KOL, der falder inden en af følgende kategorier:

- er meget resourcesvag
- har brug for særlig (støtte til) rehabilitering i en periode
- er terminal (eller på grænsen til at være terminal)
- er eller er på vej til at blive socialt isoleret
- er stærkt undervægtig

Varighed: Varighed og hyppighed aftales individuelt. Revurdering efter 12 uger ud fra aftalte mål. Kontakten kan til en hver tid genoptages efter afslutning.

Indhold: Efter screeningsamtalen vurderes det, hvad den enkelte borger har behov for. På denne baggrund laves en handleplan (indsatsområde), og koordinator hjælper borgeren med at formulere mål for forløbet. Koordinator aflægger herefter tilsynsbesøg, hvor der laves en 'akut

handleplan', andre opgaver kan være at optimere indtagelse af medicin, sygdomslære, at motivere borgeren til at deltage i træning og undervisning eller netværksgruppe. De ressourcesvage og terminale kan desuden få hjælp til at sikre den rette hjælp i hjemmet, hjælp til at kontakte relevante instanser samt psykosocial støtte.

Der oprettes et indsatsområde i Care med mål for indsats og evalueringspunkter.

Bilag 12 Netværksgrupper

Målgruppe: Borgere med KOL der har været til indledende samtale hos fysioterapeut i KOL-teamet, og evt. efterfølgende har deltaget i KOL-skolen, KOL-motionsholdet eller har fået motionsvejledning.

Varighed: Mandage fra klokken 15-16.30. Træningen foregår 1 x ugentligt og er deltagerstyret.

Antal deltagere: 10 - 12 deltagere

Indhold:

Socialt samvær:

- Kaffepause (kaffe + kaffemaskine)

Motion:

- gåture
- stavgang
- cykling på kondicykler, brug af løbebånd og romaskine
- stolegymnastik
- Træning med redskaber bl.a. træningselastikker, stepbænke, mm.
- Trænings-DVD/Video.

Baggrund for netværksgrupper: Det er vigtigt at borgere med KOL dyrker motion, da det er en faktor, der har stor betydning for omfanget af progressionen af sygdommen. Undersøgelser har vist at en stor gruppe borgere med KOL har svært ved at fortsætte med at motionerer på egen hånd efter endt rehabilitering. Mange har et stort behov for selv at fortsætte den gode udvikling, som er startet gennem genoptræning og undervisning. Flere borgere har efterspurgt konkrete tilbud om motion efter endt rehabilitering. Desuden vil mange gerne fortsat ses med deltagerne i KOL-rehabiliteringen samt andre ligestillede for at få støtte til at mestre livet med KOL. På den måde er netværket med til at fastholde de gode resultater fra rehabiliteringen.

Bilag 13 Afsluttende samtale

Målgruppe: Borgere der har deltaget i rehabilitering

Varighed: Der afsættes ca. 1 time til samtale og fysiske test.

Indhold:

- Gentestning
- Er målene nået?
- Hvad vil/skal borgeren selv gøre fremover?(mestringsstrategier inden for kost, motion, dyspnøhåndtering afhængig af målene)
- Plan for det videre forløb udfyldes og borgeren får en kopi af planen
- Udlevering af: oversigt over træningstilbud i kommunen, invitation til deltagelse i KOL-netværksgruppen, folder om KOL-forløbskoordinatorens tilbud, links til lungeforeningen m.m.

Bilag 14 Pædagogiske og etiske overvejelser

Vores overordnede mål for KOL rehabilitering er, at deltagerne skal øge deres evne til egenomsorg og handlekompetence i forhold til at mestre det at leve med KOL. Der er mange måder at erhverve sig handlekompetence. I det efterfølgende beskriver vi, hvordan vi bl.a. arbejder med dette. Vi arbejder ud fra Bjarne Brun Jensens handlekompetence begreb, hvor erhvervelse af handleerfaring og det at give indsigt, er væsentlige faktorer.

At skabe en god kommunikation

Det er utroligt vigtigt, at borgerne føler sig accepteret, set og hørt, og at de oplever at deres virkelighed kan bruges. Det er den måde, at paratheden til forandring fremelskes. Vi bruger den anerkendende pædagogik for at få en god kontakt til deltagerne.

Afstemme forventning til hinanden

Fra første dag vi ser borgeren taler vi med dem om at tage kontrol over deres liv med KOL. Vi taler om, hvad vi forventer de kan gøre selv med egenomsorg og deltagelse for øje. Forventningerne skal afstemmes efter deltagerens ressourcer. Vi bruger serviceafgørelse til en form for kontrakt, således at borgeren er indforstået med, at de også selv skal gøre en indsats.

Træningsdagbogen

Bogen bruger vi til sammen med deltagerne at udforme en individuel handleplan for forløbet. Deltageren skal selv udfylde målene, men vi er med til at gøre målene brugbare. Træningsdagbogen bruges under hele forløbet. Træningsdagbogen bruges også som et redskab til, at de bliver bevidste om, hvor aktive eller inaktive de er. Efterfølgende kan vi gennem dagligdagens aktivitetsbeskrivelser hjælpe med at bygge et træningsprogram ind i deres dagligdag. Ved at bruge træningsdagbogen på den måde giver vi borgeren indsigt og ejerskab for træningen. Vi bruger teknikken fra den motiverende samtale, som Miller og Rollnick beskriver, når vi hjælper deltagerne med at lave en handleplan. Teknikkerne bruges hele tiden, vi stiller åbne og uddybende spørgsmål og lytter nysgerrigt samtidigt med, at vi deltager med vores ekspertise.

Gruppesamtaler

I forbindelse med undervisningen sidder gruppen sammen og udveksler erfaringer m.m. Her bruger vi også teknikken fra den motiverende samtale, og vi har en meget tilbage trukket rolle. Vi søger i vid udstrækning at lade deltagerne komme til orde, og lade dem reflektere over de problematikker, vi bringer op. Vi lader hellere en motiveret deltager komme med gode råd i stedet for, at det er fysioterapeuten. Det kan godt være, at det ikke blive sagt/forklaret på den måde, vi ville gøre, men det kan være, at det er det, der virker for denne deltager. Vi skal være med til at

kvalificere gruppesamtalerne. Vi skal være med til at kvalificere den indbyrdes samtale og give dem lyst til at udveksle og støtte hinanden.

Motion

Gennem erfaring med motion og det at få åndenød opnår deltagerne self-efficacy. Self-efficacy er deltagerens tro på, at det de ønsker at gennemføre, det kan de gennemføre. Den tro får de fx, når de finder ud af at håndtere åndenøden ved fysisk aktivitet eller håndtere angsten i forbindelsen hermed. I denne forbindelse er det de små overskuelige mål, der giver deltageren følelsen af at kunne overkomme åndenød.

Etiske overvejelser

Det er vigtigt at blive bevidstgjort om de fordomme og holdninger, vi som sundhedsprofessionelle kan have til deltagerne, så vi kan handle herefter. Fordomme og holdninger kan være en stor barriere for at få et sammenhængende forløb for borgeren og det kan give et dårligt resultat for alle. Som eksempel kan det være en irritation eller frustration, der opstår hos fysioterapeuten, hvis der sidder en deltager på holdet der er storrygende og som har svær KOL. Det er vigtigt at få indsigt i borgeren situation og få en forståelse for deres situation for at give udtryk for accept og skabe en god kommunikation. Det kan være gennem supervision, undervisning eller dialog med borgeren.

Bilag 15 Personalets kompetencer

Rehabiliteringen varetages af et tværfagligt KOL-rehabiliteringsteam, som arbejder ud fra evidens på KOL-rehabiliteringsområdet. Teamet består af fysioterapeuter og en sygeplejerske med erfaring og kompetencer inden for KOL-området. De uddannes desuden i Region Hovedstadens koncept Fælles Skolebænk. Desuden er der tilknyttet en ernæringsvejleder og en ergoterapeut.

Med hensyn til pædagogiske kompetencer tilstræbes det, at personalet som minimum har/får kompetencer med inddragende metoder, fx den motiverende samtale. Det forventes desuden, at Region Hovedstadens kompetenceudvikling af patientuddannere vil have fokus på pædagogik. Se desuden bilag 14 om Pædagogiske og etiske overvejelser.

Bilag 16 Samarbejde og vidensdeling

KOL-teamet fungerer også som kommunens nøgle/ressourcepersoner i forhold til KOL og generelt om kroniske sygdomme. Heri ligger en opgave med at udbrede viden om KOL, herunder behandling, forebyggelse og rehabilitering. Dette skal ske ved undervisning af kollegaer og andre faggrupper. Desuden ved deltagelse i relevante netværks- og arbejdsgrupper. Herved samarbejdes og deles også viden med andre sektorer og/eller på tværs af kommuner. En samarbejdsstruktur er under opbygning i regi af Herlev Hospital og klyngekommunerne.

Bilag 17 Evaluering og kvalitetsudvikling

Borgere der deltager i KOL-skolen registreres i KOALA databasen samt i eget dataark. Borgere der deltager i andre tilbud (træning og forløbskoordinator) registreres i eget dataark. Test og undersøgelsesresultater samt ydelse registreres.

Borgernes funktionsevne evalueres ud fra fysiske test og Avlund spørgeskema.

Borgernes livskvalitet evalueres ud fra et livskvalitetsskema. Det undersøges, om der findes valide metoder til at måle på egenomsorg eller self-efficacy. Borgernes resultater opgøres en gang om året, hvor de sammenholdes med resultaterne fra sammenlignelige kommuner (via KOALA), samt resultaterne for projektperioden.

Borgernes oplevelse og tilfredshed monitoreres løbende ved brugerundersøgelser, kvantitativt og kvalitativt. Desuden evalueres på graden af målopfyldelse på borgernes handleplaner.

Kvalitetsudviklingen sker løbende på baggrund af ovenstående og personalets erfaringer. En gang om året aflægger KOL-teamet rapport til styregruppen.

Litteratur

Sundhedsstyrelsens anbefalinger 2007

Kroman J, Olsen TT, Bleshøy UV, Winkel A (2007): *Klinisk retningslinje for fysioterapi til patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom*. Danske Fysioterapeuter, April 2007

Forløbsprogrammet for KOL (2008)

SIKS projektet

DSAM's vejledning for KOL (2008)

Kontakt

Genoptræningscenteret: tlf. 7235 5780

Hjemmesygeplejen: tlf. 7216 4817