

# ARBEIDSNOTAT

## KOLS-prosjekt i Værnesregionen

Økt kompetanse og bedre samhandling i helsetjenesten i Værnesregionen

Tone Skjervold Sæther  
Heidi Hjelsvold Bjørgvik  
Karin Torvik

Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Arbeidsnotat nr 249

Steinkjer 2012



# KOLS-prosjektet i Værnesregionen

Økt kompetanse og bedre samhandling i helsetjenesten i  
Værnesregionen

Tone Skjervold Sæther  
Heidi Hjelsvold Bjørgvik  
Karin Torvik



Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Arbeidsnotat nr 249  
ISBN 978-82-7456-663-7  
ISSN 1501-6285  
Steinkjer 2012



Nøkkelord: KOLS, kronisk lungesykdom, samhandlingsreformen, interkommunalt samarbeid, kommunehelsetjenesten, kompetanseheving, undervisning og oppslagsverk.

Referansegruppe: Stine Slørdal, Sissel Viken, Grete Arnstad, Merete Horten, Eva Kringen, Arve Stoum, Berit Sætнан Hoås, Terje Dahl, Vanja Brandsfjell, Liv Kirsti Ekker, Kari Margrethe Lundgren og Astrid Alstad

# Forord

KOLS-prosjektet i Værnesregionen har utspring i Utviklingssenter for hjemmetjenester i Nord-Trøndelag, som ble lagt til Stjørdal kommune i 2009. Det er finansiert først og fremst med midler fra utviklingssenteret, men også fra Stjørdal kommune. Målet har vært å utvikle hjelpemidler for å heve kompetansen blant helsepersonell i kommunehelsetjenesten i Værnesregionen. Vi håper at vi med dette prosjektet har bidratt til kompetanseheving og økt interkommunalt samarbeid, og at det fører til et bedre tilbud til KOLS-pasienter i kommunene, uavhengig av hvor de bor.

Vi vil takke for velvillighet hos utviklingssenter for hjemmetjenester gjennom hele prosjektperioden. Takk også til våre arbeidsgivere, Stjørdal kommune og Værnesregionen DMS, som har lagt til rette for den praktiske gjennomføringen av prosjektet. Vi takker videre ressursgruppa, som har vist velvilje og engasjement for saken.

Tone Skjervold Sæther  
Sykepleier  
Stjørdal kommune, Halsen sone

Heidi Hjelsvold Bjørgvik  
Sykepleier  
Værnesregionen DMS

# Sammendrag

KOLS har i løpet av de siste tiårene blitt en folkesykdom. Sannsynligvis har godt og vel 370 000 nordmenn KOLS, og antallet er økende. Nærmere 1400 mennesker dør årlig av sykdommen (*Nasjonalt KOLS-råd*). KOLS er en alvorlig kronisk sykdom med varig nedsatt lungefunksjon. Det er en lidelse med betydelig grad av sykelighet, uførhet og tidlig død. (*Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 – 2011*) Økt forekomst sammen med det faktum at samhandlingsreformen pålegger kommunene et større ansvar medfører flere KOLS-pasienter, og behov for å heve kompetansen, i kommunehelsetjenesten.

Denne rapporten omhandler et prosjekt som har som formål å heve kompetansen på kronisk lungesykdom blant helsepersonell i Værnesregionen. Målsettingen med prosjektet var å opprette en ressursgruppe på kronisk lungesykdom i Værnesregionen, lage et oppslagsverk, og et kortfattet undervisningsopplegg til bruk i internundervisning.

## Metode

Vi opprettet en interkommunal ressursgruppe med representanter fra Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal kommuner. Vi samlet gruppa til møter for erfaringsutveksling og idedugnad, samt at de fungerte som referansegruppe. Videre samlet vi data til en perm, og til undervisningsopplegg.

## Resultat

Ressursgruppa er oppegående, med engasjerte medlemmer. Flere av gruppas medlemmer har kommet godt i gang med internundervisning på sin arbeidsplass. De har gjort permen kjent blant sine kollegaer, og framstår som ressurspersoner på sin enhet. Andre har kommet kortere, og vil trenge mer tid, og støtte fra ressursgruppa. Vi ser at gruppa er et godt første skritt på veien mot å få til et velfungerende fagnettverk.

Permen er ferdigstilt, og fungerer som oppslagsverk med blant annet tema som sykdomslære, behandling, inhalasjonsmedisinering, oksygen, ernæring og fysisk aktivitet. Permen har god menybygging og er lett og finne fram i. Permen eksisterer også elektronisk, og legges ut på åpent nett.

Vi har laget sju PowerPoint presentasjoner, med tilhørende notatsider, til bruk i internundervisning. Undervisningen skal holdes av ressursgruppas medlemmer, på deres respektive arbeidsplasser. Til undervisning om inhalasjonspreparater har vi i tillegg laget en koffert for hver kommune, med placeboinhalatorer og bruksanvisninger for praktisk læring.

## Avslutning

Vi har gjennom arbeidet med prosjektet erfart at behovet for økt kompetanse i lungefaget er stort. Det er viktig at fokuset på kompetanseheving fortsetter også etter prosjektperioden, for å møte samhandlingsformens nye krav. Kommunene pålegges et større ansvar for kronisk syke framover, og det setter krav til kvalitet i tjenestene.

Nøkkelord: KOLS, kronisk lungesykdom, samhandlingsreformen, interkommunalt samarbeid, kommunehelsetjenesten, kompetanseheving, undervisning og oppslagsverk

# Summary

COPD has in the last decade become a widespread disease. More than 370 000 Norwegians are estimated to have the disease and the occurrence is increasing. An estimated 1400 people annually dies as a cause of the disease (Nasjonalt KOLS-råd). COPD is a serious chronic disease with a permanent reduction of the lung capacity. It is a disease with significant morbidity, disability and cause of death (Nasjonalt Strategi for KOLS- området 2006-2011). An increased incidence of the disease and the implementation of the Coordination Reform, that delegates a greater demand and responsibility for the health care services provided to the public on the municipalities, has generated the need for the municipalities health services to increase their knowledge on COPD.

This report is a part of a project which main objective is to increase the knowledge of health care workers on COPD in Værnesregionen. The projects goal was to create a resource team on COPD in Værnesregionen, a reference guide and short instructions on teaching colleagues.

## Method

We formed a resource group with representatives from the municipalities of: Stjørdal, Meråker, Selbu and Tydal. The group had meetings, exchanged ideas and experiences. The group became a reference group. Simultaneously we collected information for a reference guide and teaching materials.

## Result

The resource group is now functional and contains highly engaged health personell. Many of the representatives have completed teaching sessions at their workplace. They have familiarised their colleagues with the reference guide and are resource personell on COPD for their colleagues and employers, others need more time and will need more support from the resource group.

The Reference manual is complete and contains subjects on COPD as: pathology, treatment, inhalation medications, oxygen treatment, nutrition and physical activity. The layout of the manual simplifies the search for information, and is published on the internet.

We have made seven Powerpoint presentations with separate teaching instructions to be used by the representatives in the education of colleagues at their workplace. In addition to the educational program on inhalation medications we have put together a briefcase for each municipality with placebo inhalators and instruction leaflets for a practical implementation.

## Conclusion

Through the work with this project we have experienced that the need for increased knowledge on COPD is great, and it is of great importance that the focus on increased knowledge continues after the project periode is final to be able to meet the requirements of the Coordination Reform. The municipalities will in the future be demanded to take a greater responsibility for the chronically ill, and the quality of the health care services provided by the municipalities will have to meet that demand.

# Innhold

1.0.	Innledning .....	5
1.2.	Kronisk Obstruktiv Lungesykdom .....	5
1.3.	Hva finnes før prosjektstart.....	6
1.4.	Samhandlingsreformen .....	6
1.5.	Værnesregionen .....	7
1.6.	Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester .....	8
1.6.1.	<b>Bakgrunn</b> .....	8
1.6.2.	<b>Utviklingscenter for hjemmetjenester i Nord-Trøndelag</b> .....	8
1.7.	Oppsummering .....	9
1.8.	Formål.....	10
1.8.1	<b>Målet med prosjektet var å:</b> .....	10
2.0.	Metode/framgangsmåte.....	10
2.1.	Samarbeidspartnere .....	10
2.2.	Ressursgruppe .....	11
2.3.	Faglig oppdatering.....	11
2.4.	Perm .....	12
2.5.	Undervisningsmateriale .....	13
3.0.	Resultat.....	13
3.1.	Ressursgruppe .....	13
3.2.	Perm .....	13
3.2.1.	<b>Permens innhold</b> .....	14
3.2.2.	<b>Distribusjon og bruk</b> .....	15
3.3.	Undervisningsmateriale .....	16
4.0.	Drøfting.....	17
4.1.	Ressursgruppen .....	17
4.2.	Perm .....	18
4.3.	Undervisningsmateriale .....	20
5.0.	Spredning .....	21
6.0.	Oppsummering .....	21
7.0.	Veien videre.....	22
8.0.	Kilder .....	23

# 1.0. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

Denne rapporten omhandler et prosjekt som har som formål å heve kompetansen på kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) blant helsepersonell i Værnesregionen.

KOLS har i løpet av de siste tiårene blitt en folkesykdom. Sannsynligvis har godt og vel 370 000 nordmenn KOLS, og 4 av 10 har ikke fått stilt diagnose. 7 av 100 i aldersgruppen 26-82 år har KOLS, og forekomsten er høyest i alderen 60-74 år. Cirka 20 000 nye voksne i Norge får KOLS hvert år, og nærmere 1400 mennesker dør årlig av sykdommen. (Johannesen m/fler 2005)

KOLS er en alvorlig kronisk sykdom med varig nedsatt lungefunksjon. Det er en lidelse med betydelig grad av sykelighet, uførhet og tidlig død. Tobakksrøyking er den klart viktigste enkeltårsaken, og den største risikofaktoren. To tredjedeler av KOLS-tilfellene kan tilskrives røyking. Langvarig yrkeseksponering for støv og kjemikalier står for 15 % av tilfellene. Dette dreier seg om langvarig og høy eksponering for støv og kjemikalier, hovedsaklig i industrien og i landbruket. I tillegg er det en ikke uvesentlig arvelig komponent. *(Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 – 2011)*

## 1.2. Kronisk Obstruktiv Lungesykdom

I dette prosjektet har vi hovedsakelig konsentrert oss om kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), men har også lagt noe vekt på andre kroniske lungelidelser, med unntak av kreft. KOLS er den lungelidelsen som forekommer hyppigst og som er i størst vekst, og har derfor fått hovedfokus. KOLS er en samlebetegnelse for flere underdiagnoser. Sykdomsbildet har tre elementer: Obstruksjon (innsnevring av luftveiene), Kronisk bronkitt (betennelse i luftveiene) og Emfysem (ødelagte alveoler). De sykelige forandringene i lungene skyldes betennelse, nedbryting og arrvev. Luftveier og lungevev blir mindre elastisk. Betennelsen gir økt slimproduksjon, og de små flimmerhårene (cilier) som normalt transporterer slim opp og ut, blir ødelagt. Slimproblematikk og hoste utgjør en betydelig del av sykdomsbildet. KOLS karakteriseres av hyppige luftveisinfeksjoner og akutte forverringer. *(Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 – 2011)*

KOLS kan ikke kureres, men forløpet i sykdommen kan påvirkes gjennom adekvat medisiner, røykeslutt, fysisk aktivitet, god ernæring og støtte fra pårørende og helsepersonell. Det viktigste enkelttiltaket er røykeslutt i en tidligst mulig fase. Mye av KOLS-behandlingen handler om livsstilsendring. Det er et svært utfordrende og tidkrevende arbeid for pasienten, som gjerne hemmes av angst og depresjon. Pasienten kan være redd for å bli tungpust, og kvier seg derfor for å være fysisk aktiv. Pasientene trenger mye informasjon og kunnskap for å kunne leve godt med sin KOLS lengst mulig. Dette gjøres effektivt med lungerehabilitering, både som opphold i rehabiliteringsinstitusjon, og som dagtilbud på poliklinikker, fastlegekontor eller lignende. Lenger ut i sykdomsforløpet trenger pasienten mer direkte bistand fra helsepersonell både i sykehus og kommunehelsetjenesten. *(Nasjonal strategi for KOLS-området 2006 – 2011)*

Det er gjerne først ved langt kommen sykdom at sykepleiere i kommunehelsetjenesten blir kjent med pasienten. Denne fasen av sykdommen preges av svært tung pust, fatigue og angst. Det fører til problemer med ernæring, personlig hygiene, riktig medisiner, f.eks. inhalasjonsteknikk og generelt



nedsatt livskvalitet. Sykepleieren har en viktig rolle gjennom hele denne perioden, og videre inn den palliative fasen. Den palliative fasen til KOLS-pasienten er gjerne lang, det er et definisjonsspørsmål når den faktisk starter og den kan være utfordrende for både pasient og de omkring.

Partnere til KOLS-pasienter opplever ofte at familie og venner trekker seg unna. De har ofte lite hjelp fra helsevesenet, og de er så psykisk utslitte at 30 % av dem ville fått en eller flere psykiatriske diagnoser i møte med psykiatrisk utredning. (Nordtug m.fl. 2011) Dette sier oss at både pasient og pårørende har stort behov for støtte, opplæring og oppfølging.

### 1.3. Hva finnes før prosjektstart

Det finnes ikke spesielle tilbud for kronisk lungesyke i Værnesregionen, med unntak av enkelte grupper hos fysioterapeut og samlinger i regi Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL). Det er et godt utbygd helsevesen, som møter pasienten i kommunehelsetjenesten. Sykepleierdekningen er god og stabil, men det er likevel overvekt av helsefagarbeidere og ufaglærte i tjenestene. Det er ingen sykepleiere med videreutdanning i lungesykepleie i Værnesregionen, og det er heller ingen stillingshjemmel for lungesykepleier i noen av kommunene. Kompetansen på lungesykepleie blant helsepersonell er ikke god nok til å møte økende krav og nye utfordringer i kjølevannet av Samhandlingsreformen.

KOLS-omsorgen har vært mye basert på ildsjeler. I Stjørdal kommune har sykepleiere med relevant bakgrunn fungert som ressurspersoner for sine kollegaer. Dette har stort sett fungert uten noen form for regi, men i 2008 ble det opprettet ei KOLS-gruppe med sykepleiere fra de forskjellige enhetene. Denne KOLS-gruppa var ment å være et forum for erfaringsutveksling, samt at den skulle være en ressurs for hele pleie og omsorgstjenesten gjennom internundervisning og kollegaveiledning. Dette viste seg å bli en utfordring, ved at gruppa delvis besto av sykepleiere uten relevant erfaring. Avsatt tid og midler tok dessuten ikke høyde for kompetanseheving i gruppa. Flere av sykepleierne opplevde det som vanskelig å skulle være en ressurs for andre uten selv å få påfyll først.

### 1.4. Samhandlingsreformen

I stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen, forklares samhandling slik: «Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

Demografisk utvikling og endring av sykdomsbildet gir nye utfordringer og stiller større krav til tjenestene, både økonomisk og faglig (Fig.1). Det må legges mer vekt på å begrense og forebygge sykdom. Det viser seg også at mennesker med kroniske lidelser møter et fragmentert helsevesen, der også ansvaret er oppstykket. Vi trenger en mer effektiv tjeneste med bedre sammenheng.

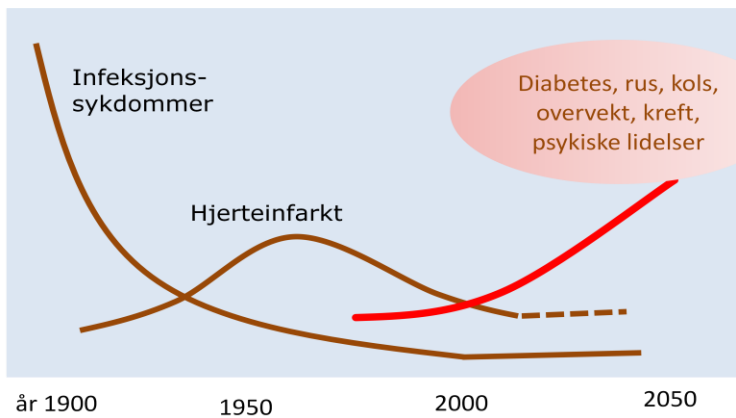


Fig.1 fra St.meld.nr.47 (2008-2009)

KOLS en av de sykdommene som man forventer vil øke mest i årene som kommer (Fig.1). Dette gjør at helsepersonell i kommunehelsetjenesten vil møte disse pasientene i økende grad, og kravet til kompetanse og kjennskap til denne sykdomsgruppen blir større.

Samhandlingsreformen slår fast at kommunene får en ny rolle i framtiden. Kommunene skal bidra til å skape et bedre tilbud, basert på standardisert pasientforløp, til mennesker med kronisk sykdom. Disse pasientene skal i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Det vil oftere enn før si kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter økt kompetanse på alle nivå i kommunehelsetjenesten. (St.meld.nr.47 (2008-2009))

Oppsummert er målet med samhandlingsreformen å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

## 1.5. Værnesregionen

Værnesregionen er et interkommunalt samarbeidsprosjekt mellom nabokommunene Stjørdal, Frosta, Meråker, Selbu, Tydal og Malvik. Prosjektet ble igangsatt i 2003, etter at kommunenes rådmenn så behovene og mulighetene for et samarbeid.

Intensjonene med Værnesregionen var å gi innbyggerne bedre tjenester til lavest mulig kostnad. Man ville skape robuste fagmiljøer for økt kvalitet, være mer attraktiv som arbeidsmarked og man ønsket en sterk, samlet region uten å måtte gå til kommunesammenslåing.

Innen omsorg er det fire kommuner som har valgt å være med i et samarbeid. Det er Meråker, Tydal, Selbu og Stjørdal kommune. Det er stor forskjell på kommunene når det gjelder befolknings mengde og geografi, noe som kan gi ulike utfordringer, også når det gjelder kronisk lungesykdom.

Kommunene er fordelt på to fylker og har to lokalsykehus. Mye av samarbeidet innen omsorg i Værnesregionen er forankret i regionens distriktsmedisinske senter (DMS). Værnesregionen DMS er en intermediær, heldøgns sengepost som mottar sine pasienter fra sykehuset når de er ferdig utredet og stabil, for å få fullført sykehusbehandlingen. Her drives observasjon, behandling, rehabilitering og lindring. Pasientene kommer både fra Sykehuset Levanger og St.Olavs Hospital, og kan være hjemmehørende i alle de fire samarbeidskommunene. Mange av KOLS pasientene trenger oppfølging og støtte etter at de har hatt en forverring av sykdommen sin og vært innlagt på sykehus.

Mange er innom Værnesregionen DMS før de kommer hjem, for å fullføre en antibiotikakur, bli mobilisert, og evt. komme seg av oksygen.

I tillegg til sengepost har Værnesregionen DMS en frisklivssentral, desentralisert poliklinikk, dagbehandling, røntgen og dialyseenhet. På frisklivssentralen drives det nå røykesluttkurs.

## 1.6. Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester

I 2010 ble det startet fire prosjekter i utviklingscenteret for hjemmetjenester i Stjørdal kommune. Individuell plan, Kreft og lindring, Tverrfaglig team og vårt prosjekt, Hjemmetjenester til kronisk lungesyke.

### 1.6.1. Bakgrunn

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Den nasjonale satsingen skal understøtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring og være et virkemiddel for implementering av nasjonale føringer. En sentral idé med satsingen er etableringen av et forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, Fylkesmann, utvalgte kommuner og stat. Et annet viktig aspekt er forpliktelse til erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av kommunegrensene.

USHT har i sin overordnede strategi 2011-2015 formulert som hovedmål at Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket. Videre skal USHT være pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokale og nasjonale definerte satsingsområder, og være pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte.

Satsingen er tilskuddsfinansiert av Helsedirektoratet og ble forankret i St.meld. nr.25. Målet om undervisningssykehjem i alle fylker ble nådd i 2008. Undervisningshjemmetjenestene ble etablert i alle landets fylker i 2009. I hvert fylke har vi to utviklingscenter; ett utviklingscenter for sykehjem og ett utviklingscenter for hjemmetjenester. (*Helsedirektoratet 2010*)

### 1.6.2. Utviklingscenter for hjemmetjenester i Nord-Trøndelag

Stjørdal kommune fikk status som utviklingscenter for hjemmetjenester UHT 14.08.09. I begrunnelsen fra Helsedirektoratet ble det bl.a. lagt vekt på:

- Evne til å finne gode løsninger i tjenestene
- Beskrivelser av mål om forskning, utvikling, omdømmebygging og erfaringsspredning
- Prosjektets forankring hos rådmannen og de politiske organ

Hele prosjektet med utviklingscenter er forankret politisk hos kommunestyret og komité omsorg. Likedan er det forankret administrativt på toppnivå hos rådmannen og hos etatssjef etat omsorg, med sine enhetsledere.

Organisasjonskartet (Fig.2) er tatt fra UHT årsrapport 2009-2010.

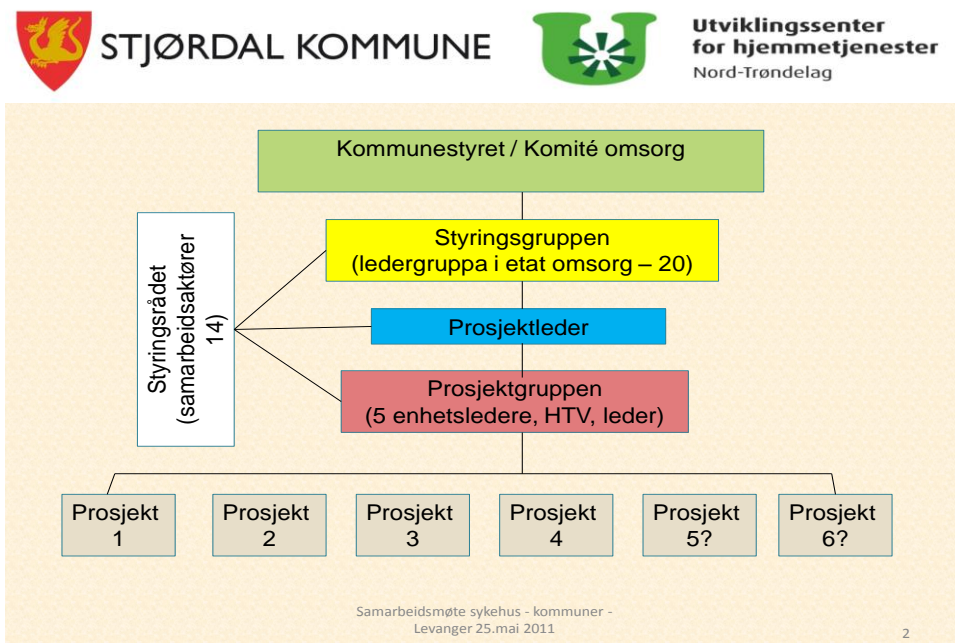


Fig.2

Vårt prosjekt er forankret under prosjektleder og prosjektgruppen (Fig.2). Vi har ved flere anledninger deltatt på møter der vi har gjort rede for prosjektets gang.

## 1.7. Oppsummering

Vi ser at forekomsten og dødeligheten av kols øker samtidig som tilsvarende tall for andre livsstilssykdommer nå går ned i hele den vestlige verden. Det forventes at epidemien vil være økende i enda noen tiår før vi ser effekten av dagens svakt synkende røykeandel i befolkningen.

Med dette som bakteppe er vi opptatt av å jobbe for et bedre tilbud for mennesker med kronisk lungesykdom i kommunen. Vi ser at det ikke vil bli bygget nye rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, og at eksisterende tilbud bygges ned. Man tenker seg nå at en større del av forebygging, behandling og rehabilitering skal kunne foregå i kommunene. Det haster derfor med å få øket kompetansen og kvaliteten i kommunehelsetjenesten, samt få på plass god samhandling både mellom nivåene og internt i kommunehelsetjenesten, slik at vi kan møte disse utfordringene i vår nære framtid.

Siden KOLS er en av de sykdommene som en forventer skal øke mest i framtiden er det derfor viktig med økt kompetanse om KOLS i kommunehelsetjenesten.

## 1.8. Formål

Formålet med dette prosjektet er å heve kompetansen på kroniske lungesykdommer blant helsepersonell i kommunehelsetjenesten i Værnesregionen, for å møte økende framtidige krav.

Med helsepersonell menes her pleiepersonell som har pasientkontakt i sitt daglige virke. Det vil si alle helsearbeidere, fra ufaglærte til høyskoleutdannede.

### 1.8.1 Målet med prosjektet var å:

1. opprette en ressursgruppe i Værnesregionen
2. lage et oppslagsverk på kroniske lungesykdommer til bruk i hjemmetjenestene og sykehjem i Værnesregionen
3. lage et kortfattet undervisningsopplegg til bruk i internundervisning på arbeidsplassene

## 2.0. Metode/framgangsmåte

Våren 2010 utarbeidet vi i samråd med våre ledere en prosjektsøknad på "frie midler" til et års prosjektperiode for to sykepleiere i 20 % stilling hver. Vi har begge flere års bakgrunn som sykepleiere ved lungeavdelingen på St. Olavs Hospital, og har et brennende engasjement for denne pasientgruppa. Vi så et behov for å øke kompetansen på lungesykdom, blant helsepersonell i tjenesten, for å møte utfordringene som Samhandlingsreformen fører med seg. Søknaden ble innvilget og prosjektet startet opp i september 2010. Av økonomiske årsaker ble det midlertidig stopp fra mai til september 2011. Det praktiske arbeidet med prosjektet ble fullført ved årsskiftet. I januar 2012 besluttet styringsrådet i utviklingscenteret at prosjektet skulle slutføres med en vitenskapelig rapport. Til dette arbeidet fikk vi ytterligere tre måneder i 20 % stilling hver. Rapporten ferdigstilles i mai 2012,

### 2.1. Samarbeidspartnere

Prosjektet er et samarbeid mellom hjemmesykepleien i Stjørdal ved Halsen sone og Værnesregionen DMS. Det har opphav i Utviklingscenter for hjemmetjenester, men det ble valgt å inkludere alt helsepersonell i Værnesregionen, også sykehjem, bosentra og DMS. Dette for å få en bedre sammenheng og samhandling innenfor regionen. Prosjektledere er en sykepleier fra hjemmesykepleien og en fra Værnesregionen DMS.

## 2.2. Ressursgruppe

Vi begynte med å få på plass ressursgruppa, og sendte e-post til etatsjefer og enhetsledere i Meråker, Selbu og Tydal kommuner. Her orienterte vi om bakgrunn, målsetting og tidsplan for prosjektet, og hva vi ville oppnå med å danne ei slik gruppe. Vi etterspurte sykepleiere med spesiell kompetanse eller interesse innenfor lungefaget. Vi satte ikke noen begrensning på hvor mange medlemmer hver kommune kunne stille med. Vi fikk tilbakemelding om at det ikke fantes sykepleiere med videreutdanning i lungesykepleie, og bare Stjørdal kommune hadde sykepleiere med arbeidserfaring fra lungeavdeling på sykehus, men alle kommunene var positive, og ønsket å ha med sykepleiere i ei slik gruppe.

I Stjørdal kommune hadde vi representanter fra sju enheter i den allerede eksisterende KOLS-gruppa, og bygde videre på den med fysioterapeut og brukerrepresentant utnevnt fra Funksjonshemmedes fellesforbund (FFO). I tillegg fikk vi med en sykepleier fra Meråker, to fra Selbu og to fra Tydal.

Første møte var 9.oktober 2010. Oppmøtet var bra, med kun tre forfall. Vi hadde presentasjonsrunde, snakket litt om eksisterende tilbud i de forskjellige kommunene og orienterte om prosjektet. Videre etterspurte vi behov, forventninger og ønsker fra gruppens medlemmer, og fikk mange gode innspill. De ønsket påfyll om tema som ernæring, fysioterapi, observasjoner, mestringsstrategier ved tungpusthet, og oversikt over serviceintervall på forstøver, oksygenutstyr osv. Det var også ønske om originaler til laminering av bruksanvisninger, vaskeanvisninger, sjekklister osv. Det var stor enighet om at vi skulle samle demonstrasjonsutstyr for inhalasjonsmedisin, i en «koffert». Det ble bestemt at vi skulle sende utkast til perm på e-post, til gjennomsyn.

Vi sendte ut deler av manuskriptet etter hvert som det ble ferdig, for å holde gruppa oppdatert, og fikk tilbakemelding på arbeidet.

Det var planlagt nye møter i ressursgruppa våren 2011, men på grunn av ressursknapphet ble det stopp i prosjektet i mai. Vi måtte prioritere å skrive, og møtene ble utsatt til høsten. Den 18.10.2011. var vi igjen samlet. Da fikk gruppa presentert den ferdige perm og fikk hvert sitt eksemplar for å ta med seg hjem til sin kommune. Undervisningsmaterialet som vi hadde laget ble også framlagt for dem, og vi hadde en gjennomgang på hvordan de kunne holde internundervisning i sine egne kommuner eller enheter.

## 2.3. Faglig oppdatering

Før vi begynte på skrivearbeidet måtte vi lese oss opp på lungefaget. Vi fant fram gamle lærebøker i anatomi, fysiologi og sykepleie for oppfriskning av basiskunnskaper. Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 fra helse- og omsorgsdepartementet ble flittig brukt. Det samme ble notater og rapporter ervervet gjennom arbeidet i Nasjonalt KOLS-råd. Vi søkte mye på nett, etter fagstoff, og for å finne bilder, omtale, bruksanvisning og vedlikeholdsrutiner for medisinsk teknisk utstyr, inhalasjonsmedisin osv. Vi var også i kontakt med sykehusene for å sikre samsvar i deres og vår informasjon om disse tingene. Internett var dessuten et glimrende hjelpemiddel på jakt etter greie formuleringer og lettfattelige figurer og illustrasjoner.

Vi har med midler fra prosjektet deltatt på et fire dagers lungekurs på St. Olavs Hospital, for sykepleiere med minimum 2 års arbeidserfaring på lungeavdeling. Dette var svært nyttig for oss, og

forelesningsnotater og handouts er flittig brukt som kilde i prosjektarbeidet. I alt tolv lungeleger foreleste om lungenes anatomi, fysiologi, lungeemboli, bronkoskopi, tuberkulose, lungesvikt, spirometri, lungelyder i stetoskop, diffuse lungeparenchym sykdommer, tolking av røntgen thorax, emfysem, pneumothorax og thoraxdrenasje, akutt astma og luftveisinfeksjoner. En kardiolog foreleste om hjertesvikt (kronisk/akutt/lungeødem). Fra arbeidsmedisinsk avdeling fikk vi Arbeidsrelaterte lungesykdommer. 2 anestesileger underviste om KOLS og respiratorbehandling og anafylaksi. En ernæringsfysiolog snakket om ernæring ved lungesykdom, og jurist og sosionom hadde en innføring i pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og trygderettigheter ved lungesykdom. Disse fire dagene ble avsluttet med en kursprøve.

Vi reiste også på fagmøte i Norsk sykepleierforbunds faggruppe av lungesykepleiere (NSF FLU) i Fredrikstad våren 2011. Dette er et årlig tredagers nasjonalt forum for lungesykepleiere, med faglig oppdatering, utstillere fra aktuelle legemiddelfirma og nettverksbygging. Det var en blanding av undervisning og presentasjon av prosjekter og masteroppgaver. Ernæringsfysiolog på Glittrelinnikken, Karianne Spetaas Johansen foreleste om utfordringer omkring ernæring til kronisk lungesyke. Hun sier det er bevist at lav BMI hos KOLS-pasienter gir dårligere prognose. Samtidig vet vi at mange KOLS-pasienter er overvektige tidlig i sykdomsforløpet, og at det gir utfordringer i forhold til tung pust og immobilitet. Sykepleier Margrethe Olseng presenterte en studie om hjertesvikt og Cheyne Stokes, og hvordan pasienten kan ha nytte av pustestøtte. Vi fikk presentert «Second hand people» som er en masteroppgave av sykepleier Helene J. Haugland, om stigmatisering av KOLS-pasienter. Sykepleier og høyskolelektor Simen Steindal hadde et bevisstgjørende foredrag om utfordringer ved livets slutt hos KOLS-pasienter. Til slutt nevner vi forfatter og sogneprest i Kråkerøy Steinar Ekvik sine foredrag om sorg og sorgarbeid. Han legger stor vekt på at vi sørger forskjellig, og at det skal gis rom og aksept for det.

Vi hadde videre stort utbytte av å møte utstillerne. Her fikk vi sett nytt og gammelt utstyr, og gjorde avtaler i forhold til utstyr til «kofferten» vår. Det var også svært nyttig for oss å tilbringe tid sammen med sykepleiere fra både Sykehuset Levanger og St. Olavs Hospital. Begge sykehusene ser stor nytte av disse fagmøtene, og sender flere sykepleiere både fra sengepost og poliklinikk hvert år.

Vi hospiterte en dag på lunge poliklinikk på Sykehuset Levanger. Der deltok vi ved lungefunksjonstesting og utredning på søvnapnè, samt at vi var med på internundervisning om inhalasjonsmedisiner. Vi fikk knyttet kontakter, utvekslet erfaringer og gjort prosjektet kjent.

## 2.4. Perm

Vi begynte med å ta stilling til hvordan vi skulle legge opp arbeidet med permen, og hvordan den skulle se ut. Vi ville ha stor skrifttype, begrenset med skrift på hver side, tydelig oppbygd med overskrifter, og mange illustrasjoner. Det skulle også være skilleark mellom hvert kapittel. Slik skulle permen fremstå oversiktlig, og være lett å finne fram i. Permen skulle også legges ut elektronisk. Der var det viktig for oss med innholdsfortegnelse som fungerer som en meny, slik at alle punktene kan klikkes på som hyperlenker direkte til aktuelt kapittel. Her var målgruppa først og fremst helsepersonell i hjemmetjenesten i Nord-Trøndelag.

For å komme fram til innholdet brukte vi lærebøker, notater fra kurs, Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 og andre veiledere, rundskriv og stortingsmeldinger, samt nettsøk. Bildene i permen har vi skaffet oss via nettet samt at vi har fotografert selv.

Vi begynte tidlig på skrivearbeidet. Vi bestemte oss for hvilke områder vi ville belyse, og hvordan vi skulle bygge opp permen. Vi skaffet oss ringpermer og litt kraftig papir, samt at vi designet omslag. Permen ble inndelt i kapitler, og strukturert med innholdsfortegnelse og skilleark. Så fordelte vi oppgaver, og skrev hver våre kapitler. Det var viktig for oss at vi hadde de samme dagene til prosjektarbeid, slik at vi kunne bruke hverandre aktivt under skriveprosessen.

## 2.5. Undervisningsmateriale

I arbeidet med undervisningsmaterialet brukte vi de samme kildene som til permen. Permen ble brukt som utgangspunkt, men inndelingen er forskjellig. Materialet er ment som et hjelpemiddel ved internundervisning, som medlemmene i ressursgruppa skal ha for sine kollegaer rundt i enhetene i sin kommune. Målgruppa er alt helsepersonell innen pleie og omsorg i de fire kommunene.

Vi valgte å lage sju PowerPoint-presentasjoner i varierende størrelser, med medfølgende notatsider. Disse presentasjonene er i likhet med permen rikt illustrert. Det er relativt mange lysbilder i hver presentasjon, og de skal være selvforklarende med tanke på at andre enn forfatterne skal holde undervisningen.

På oppfordring fra ressursgruppa gikk vi i gang med å samle placeboinhalatorer og tilhørende forbruksmateriell til en undervisningskoffert. I den la vi også brosjyremateriell og bruksanvisninger. Som «koffert» valgte vi å kjøpe verktøykasser. De var i passe størrelse og hadde praktisk håndtak på lokket. Vi laget til sammen fire slike «kofferter», en til hver kommune.

## 3.0. Resultat

### 3.1. Ressursgruppe

Vi har opprettet en ressursgruppe i Værnesregionen. Den består i dag av sykepleiere fra alle fire kommunene, en fra Meråker, en fra Selbu, to fra Tydal og åtte fra Stjørdal, i tillegg til fysioterapeut og brukerrepresentant. Gruppa er oppegående, med engasjerte medlemmer. Sykepleierne hadde i liten grad bakgrunn innenfor lungefaget i utgangspunktet, men har vært ivrig på å tilegne seg kunnskap underveis i prosessen. Fysioterapeuten hadde kurs og erfaring innen lungefysioterapi. Flere av gruppas medlemmer har kommet godt i gang med internundervisning på sin arbeidsplass. De har gjort permen kjent blant sine kollegaer, og framstår som ressurspersoner på sin enhet. Andre har kommet kortere, og vil trenge mer tid, og støtte fra ressursgruppa.

Vi ser at gruppa er et godt første skritt på veien mot å få til et velfungerende fagnettverk.

### 3.2. Perm

Permen er ferdigstilt, og fungerer som et godt hjelpemiddel i arbeidshverdagen. Vi har lagt vekt på gjøre permen lettfattelig. Også språket er holdt i en lettfattelig form, der faguttrykk forklares



fortløpende, og hvor norske ord velges framfor det latinske. Dette ble gjort på bakgrunn av at målgruppa er så sammensatt, med stort spenn i utdanning og bakgrunn. Videre har vi bevisst brukt mange bilder, både som illustrasjon og som forklaring. Vi mener at bilder i kombinasjon med tekst er den beste måten å skape forståelse, både for sykdomslære og hvordan utstyr ser ut og fungerer. Vi viser mange eksempler på medisinsk teknisk utstyr og inhalasjonsmedisiner, for å gjøre bruken av dem kjent. Slik skaper vi trygghet blant helsepersonell på et område hvor det tradisjonelt har vært stor usikkerhet.

### 3.2.1. Permens innhold

Når det gjelder inndeling og kapitler har det vært viktig å gjøre det hele oversiktlig og greit å finne fram i. Vi har ikke stikkordsregister, men en god og detaljrik innholdsfortegnelse som gjør det enkelt å finne fram til det aktuelle temaet man leter etter. Videre har vi valgt mange overskrifter, uthevede stikkord og stor skrift, i teksten. På denne måten kan permens brukes som oppslagsverk.

Permen består av 10 kapitler samt telefonliste og kilder. Første kapittel heter **Kroniske lungesykdommer** og forklarer hvilke sykdommer som omfattes, kort om årsaker, symptomer, diagnostisering, GOLD retningslinjer, sykdomslære og behandling. Her legges hovedvekten på KOLS, men vi omtaler alle de vanligste kroniske lungesykdommene, arbeidsbetinget KOLS, emfysem, lungefibrose som samlebetegnelse, cystisk fibrose, samt ALS som årsak til respirasjonssvikt. Resten av permens omhandler i hovedsak KOLS, men materialet er i stor grad overførbart til de andre sykdomsgruppene, ved at symptomer, behandling og medisiner ofte er lignende.

Andre kapittel heter **Akutt forverring av lungesykdom**. Her gjør vi rede for hva som skjer ved en forverring, observasjoner og tiltak. Kapitlet er ikke særlig langt, men har fått være et eget kapittel slik at det skal være lett å finne fram til. Her legges det vekt på et kortfattet, men likevel forklarende språk, slik at man raskt kan oppfatte informasjonen.

Kapittel tre handler om **røykeslutt**. Erfaring viser at røykeslutt er vanskelig, og at mange vil trenge en eller annen form for hjelp i prosessen. Det er ikke meningen at målgruppa skal begynne røykesluttveiledning på bakgrunn av denne permens, men alt helsepersonell bør være i stand til å snakke med pasienter om røyking. Vi skriver derfor litt om nikotinhengighet, motivasjonsarbeid, legemidler, råd om røyksug og hva som skjer i kroppen ved røykeslutt.

Fjerde kapittel omhandler **inhalasjonspreparater**. Her har vi vektlagt inndeling av medisiner etter virkestoff og fargekoder, rekkefølge og inhalasjonsteknikk. Dette har vi gjort på bakgrunn av egen og ressursgruppas erfaring. Vi har sett at både pasienter og helsepersonell sliter med å få oversikt over både rekkefølge og inhalasjonsteknikk. Vi har med bilder av alle de vanligste typene inhalatorer, med omtale og bruksanvisning.

**Forstøvermedisin** har vi omtalt i kapittel fem. Her finnes det mange forskjellige apparater og tilbehør i bruk. Vi har tatt med bilder og omtale av de vanligste variantene, for å vise hvordan utstyret kan se ut. Her finnes også bruksanvisning, vedlikeholdsrutiner og monteringsanvisninger.

Kapittel seks omhandler **oksygenbehandling**. Vi gjør rede for vanlige vurderinger ved hjemmebehandling med oksygen. Videre har vi mange bilder, omtale og bruksanvisninger av utstyr, både stasjonært og bærbart. Her kan man også finne telefonnummer til regional enhet for behandlingshjelpemidler (REB) som har ansvar for alt utstyr til hjemmeoksygen.

Kapittel sju er et kort, lite kapittel om **pulsoksymeter, peakflowmeter og mini-PEP**. Vi omtaler bakgrunn og riktig bruk av disse.

I det åttende kapitlet tar vi for oss mekanisk ventilasjon. Kapitlet heter **C-PAP/V-PAP behandling**, og omhandler i hovedsak de vanligste apparatene i bruk, med bilder og omtale, inkludert vedlikeholdsrutiner på både apparat og maske. Vi har utelatt omtale av hjemmerespirator. Dette er et svært omfattende felt, apparatene er kompliserte, og det er få pasienter det gjelder. I de tilfellene vi har slike pasienter vil opplæring og informasjon til helsepersonell komme fra spesialisthelsetjenesten og utstyrsleverandøren.

**Ernæring** er tema i kapittel ni. Her skriver vi generelt om ernæring, hva som er riktig mat, hva som finnes av næringsdrikker og tilskudd og hvilke rettigheter KOLS-pasientene har når det gjelder å få næringsmidler dekt på blå resept. Vi gir også tips og råd om hvordan de kan legge opp dagen i forhold til hvor mange måltid det kan være lurt å spise og hva de skal spise og hvordan det kan tilberedes. Tilslutt har vi med litt om BMI- verdier og hvordan man regner ut dem.

Kapittel ti tar for seg **rehabilitering og fysisk aktivitet**. Her har vi fått hjelp av fysioterapeuten i ressursgruppa, som har skrevet deler av kapitlet. Vi har prøvd å forklare hvorfor fysisk aktivitet er så viktig i forhold til lungepasientene. Hvilken helsegevinst de kan oppnå med jevnlig fysisk aktivitet og en stor del av kapitlet er viet til hvilke øvelser som kan være fin å bruke. Her er det brukt mange illustrasjoner, samt grundige forklaringer på hvordan de kan utføres. Dette kan være et godt hjelpemiddel når pleiepersonalet skal oppmuntre og komme med gode råd og tips til pasientene.

Til slutt kommer **kilder** og **telefonliste** med kontaktinformasjon til sykehusene, Medisinsk teknisk avdeling og medlemmene i ressursgruppa.

### 3.2.2. Distribusjon og bruk

Hensikten med permen var at den skulle finnes på «alle» vaktrom i Værnesregionen. Der skulle personalet kunne slå opp i den når det var spørsmål om bl.a sykdom, behandling, bruk og vedlikehold av utstyr og så videre. Vi har trykket 20 permer så langt. Selbu har fått tre, Tydal to, Meråker fire, og Stjørdal har elleve permer fordelt i de forskjellige sonene, bosenter, sykehjem osv. Stedene er valgt slik at alt helsepersonell skal ha tilgang til permen på sin arbeidsplass. Noen steder vil det si at permen står på hovedvaktrom, og ikke på alle små. Utvelgelsen er gjort i samråd med ressursgruppa, ledere og fagkoordinatorer. Vi tar selv ansvar for oppdatering av innholdet, men ressursgruppas medlemmer har ansvaret for å holde permene oppdatert og i orden på sine enheter.

Vi har i tillegg en elektronisk versjon av permen, i form av et låst word-dokument. Her fungerer innholdsfortegnelsen som hyperlenker til de aktuelle kapitlene. Slik kan også den elektroniske versjonen fungere som et oppslagsverk på samme måte som papirversjonen.

Enkelt sider i permen er laget slik at de kan brukes som kopieringsoriginaler. Disse kan brukes som et hjelpemiddel for personalet, for eksempel vedlikeholdsrutiner for medisinsk teknisk utstyr. Vi har erfart at det må være slike rutiner tilgjengelig ved det aktuelle utstyret, for god kvalitetssikring. Andre kopieringsoriginaler egner seg for pasientopplæring. Her kan vi nevne som eksempler brukerveiledninger på inhalasjonsteknikk, og bevegelses- og avspenningsøvelser.

### 3.3. Undervisningsmateriale

Vi har laget sju PowerPoint presentasjoner. De har samme utforming og farger, for å skape en gjenkjenningseffekt og en helhet. Alle filene inneholder mange bilder og illustrasjoner. Vi har mer informasjon på hvert lysbilde enn vi normalt ville hatt, siden det ikke bare er vi selv som skal bruke filene i undervisning. Til hjelp for ressursgruppas medlemmer som skal holde undervisningen, har vi laget grundige notatsider til lysbildene. Disse notatsidene inneholder delvis forslag til hva man kan si underveis, og delvis er det bakgrunnsstoff i tilfelle spørsmål fra salen.

De sju emnene har vi valgt ut fra egen erfaring i kommunehelsetjenesten. Vi har sett hvor det mangler kunnskap, og opplever at noen spørsmål går igjen ofte. Emnene er ikke identisk med kapitlene i permene, men innholdet er likevel koordinert.

Det første emnet vi har valgt å lage en presentasjon om er «KOLS, sykdom og behandling». Her gjør vi enkelt rede for sykdomslære og inndeling, symptomer og plager, og grunnprinsipper i behandling.

«Kronisk lungesykdom, sykepleie til KOLS-pasienten» omhandler observasjoner og tiltak i forhold til kronisk lungesyke, inkludert den palliative fasen. Her er det i tillegg lagt vekt på det gode møtet med den lungesyke. Hva er det som gjør at helsepersonell opplever det som vanskelig å jobbe med kronisk lungesyke? Vi ønsker å avmystifisere, og ikke minst ta opp kampen mot fordommer som at KOLS-pasienten er vanskelig. Vi oppfordrer foredragsholder til å åpne for en diskusjon om etikk.

«KOLS, Akutt forverrelse» beskriver kort hva som skjer ved en KOLS-forverrelse, viktige observasjoner og tiltak. Her vektlegges tiltak man kan sette i verk for å hjelpe pasienten, samt en diskusjon om når man bør ringe lege.

«Inhalasjonsmedikamenter» omhandler inndeling av medikamenter, fargekoder, rekkefølge og inhalasjonsteknikk. Vi har tatt med bilder av de aller fleste inhalatorer på markedet, og legger vekt på riktig bruk av dem. Vi sier også noe om rengjøring.

«Forstøverbehandling» er en egen presentasjon, selv om den ikke er så omfattende. Den kan brukes alene, eller sammen med en av de andre. Her omtales hva en forstøver er, hvordan den brukes, hvem som får slike apparater, og ikke minst renholdsrutiner.

«Ernæring ved KOLS» tar for seg kompleksiteten rundt ernæring ved KOLS, ved at mange i tidlig fase sliter med overvekt, mens undervekt ved alvorlig KOLS gir svært dårlige prognoser. Vi har lagt mest vekt på underernæring. Vi synliggjør energibehov hos en frisk i forhold til en KOLS-syk, og kommer med små råd om hvordan man kan opprettholde høyt nok energiinntak, blant annet gjennom beriking av mat.

«Kronisk lungesykdom, oksygenbehandling» omfatter prinsipper for oksygenbehandling i hjemmet. Vi forklarer med tekst og bilder de forskjellige systemene som finnes av oksygenutstyr. Vi vektlegger først og fremst riktig bruk, men omtaler også vedlikeholdsrutiner og forsiktighetsregler.

I tillegg har vi laget en «koffert» med placeboinhalatorer. Den er først og fremst ment til bruk sammen med presentasjonen om inhalasjonsmedisin, men presentasjon og koffert kan også brukes hver for seg. Den inneholder placeboinhalatorer av mange slag, samt brukerveiledninger og brosjyrer. Inhalatorene har engangs munnstykker, slik at man kan prøve dem. Dette gir en ferdighetslæring vi ikke vil kunne oppnå med bare PowerPoint. Vi har laget fire stykker, en til hver kommune.

## 4.0. Drøfting

Det er omtrent to år siden vi begynte å planlegge dette prosjektet. Det har vært en lang og spennende prosess, og vi ser i ettertid både styrker og svakheter i prosjektet. En svakhet er at det ikke er gjort noe forprosjekt som avdekker ressurser, kompetanse og behov i Værnesregionen. Et slikt prosjekt kunne ha avdekket andre ressurser, kompetanse og behov enn de vi har vektlagt, men ville også vært ressurskrevende. Det lå ikke midler til det i rammevilkårene for prosjektet. Vi mener likevel at vi hadde en god nok kunnskapsbakgrunn for prosjektet gjennom det forarbeidet vi gjorde, egen erfaring fra tjenesten, og samhandlingsreformens krav. Vi brukte dessuten tid i starten på å hente inn opplysninger fra etatsjefer, enhetsledere og ressursgruppa, for skaffe oss et godt utgangspunkt for prosjektet.

En styrke ved prosjektet er at vi har jobbet interkommunalt. Det har tidligere vært lite kontakt mellom hjemmesykepleien i de fire kommunene. Samarbeidet i Værnesregionen har hovedsakelig vært på systemnivå. Dette prosjektet er et skritt på veien mot et reelt samarbeid også på et faglig plan. Grunnidéen var å løfte sammen, og få til mer enn hver av kommunene kunne gjort på egen hånd.

### 4.1. Ressursgruppen

Ressursgruppen er i gang med arbeidet. Vi har hatt en god tone på møtene, med medlemmer som er positive og interesserte. Likevel er vi fortsatt ikke helt velfungerende som gruppe. Vi har så langt hatt litt for få møter til å ha bygd tilstrekkelig gode og trygge relasjoner til at vi enkelt kan bruke hverandre i vår arbeidshverdag. Vi mener det skyldes at vi har hatt for lite tid i prosjektet til å jobbe sammen med gruppa. Vi opplever likevel at vi har brukt de møtene vi har hatt godt, og ser at vi er i en positiv prosess i gruppa. Alle har deltatt aktivt på møtene, og bidratt med erfaring og synspunkter. Alle har også gitt uttrykk for at det var nyttig å få disse verktøyene som vi har laget. Det har gitt dem trygghet, og noe å støtte seg på i rollen som ressursperson på sin arbeidsplass.

Ressursgruppa har bestått av sykepleiere, med en fysioterapeut og en brukerrepresentant. Dette har vært et bevisst valg fra vår side. Vi ser at andre yrkesgrupper, som for eksempel ergoterapeut, ernæringsfysiolog, sosionom o.l. kunne ha vært med i gruppa, men da hadde gruppa blitt for omfattende. Det er helt nødvendig at vi har med så mange sykepleiere i gruppa, siden sykepleieren har en nøkkelfunksjon i tjenesten generelt, og prosjektet spesielt. Det er sykepleieren som er tiltenkt underviserfunksjonen, og som skal være støttespiller for sine kolleger i det daglige. Med tanke på tilgjengelighet skulle det ideelt sett vært en slik ressursperson i alle enheter, men da ville ressursgruppa blitt alt for stor. Vi mener at sykepleieren med sin brede kunnskapsbakgrunn er godt egnet for denne rollen. Vi ser likevel nytten av å dra veksler på andre yrkesgrupper. Deres kompetanse utgjør et viktig tilskudd her. Vi tenker oss derfor å trekke dem inn på temamøter i ressursgruppa. Det er heller ingen ting i veien for at materiellet i dette prosjektet kan komme dem til nytte.

Vi satte ikke krav til antall medlemmer i ressursgruppa fra hver kommune da vi sendte ut invitasjon. I etterkant ser vi at det ikke var helt heldig, siden noen kommuner bare stilte med et medlem i gruppa.

Dette kan være en svakhet, ved at det blir sårbart og personavhengig. Disse personene blir stående alene med et stort ansvar i sin kommune, og kontinuiteten brytes dersom vedkommende slutter. Videre ser vi en skjevfordeling, ved at Stjørdal har flere representanter alene enn de andre kommunene har til sammen. Det vil være naturlig å jobbe videre med denne problemstillingen framover, ved å oppfordre de andre kommunene til å oppnevne flere medlemmer i gruppa. I mellomtiden blir det ekstra viktig at gruppas medlemmer er en ressurs for hverandre, slik at ingen opplever å stå helt alene med ansvaret.

Vi ser på nettverksbyggingen som en av hovedpilarene i prosjektet. Vi har knyttet kontakter i Værnesregionen, og har intensjoner om å videreføre disse. Prosjektmidlene vil nå ta slutt, og videreføring av ressursgruppa blir helt avhengig av vårt engasjement og ledernes velvilje. Gruppa trenger å ha jevnlig møter med oppdatering, faglig påfyll og diskusjoner for at medlemmene skal være i stand til å være reelle ressurspersoner for sine kolleger. En levende ressursgruppe vil være nøkkelen til å lykkes med videreføringen av prosjektet, og at dette til slutt resulterer i bedre tjenester til pasienten.

## 4.2. Perm

Vi opplever at permene har blitt godt mottatt. Tilbakemeldingene går på at den ser tiltalende ut, er lett å finne fram i, og at det er fint å få alt samlet på en plass. Vi håper at permene vil bli brukt som et oppslagsverk når spørsmål om lungepasienter dukker opp i avdelingen. Videre kan den også brukes til å tilegne seg kunnskap om lungesykdommer, sykdomslære, behandling, utstyr osv. i ledige stunder. Vi tror at permene vil bli mer brukt etter hvert som samhandlingsreformen kommer i gang. Nye utfordringer gir økt behov for kompetanse, og da søker man kunnskap.

Innholdet i permene er valgt ut på bakgrunn av egen erfaring og opplevd behov. Vi har fått innspill fra både ressursgruppa, kolleger og ledere i Værnesregionen. Vi har lagt begrenset vekt på kroniske lungesykdommer som fibrose, cystisk fibrose og arbeidsbetinget KOLS i permene. Disse diagnosene har fått en liten omtale hver under kapittelet om Kroniske lungesykdommer, men når det gjelder symptomer, plager, behandling, inhalasjonsmedisin og tekniske hjelpemidler er det mye likt for alle kroniske lungesykdommer. Disse kapitlene er derfor felles for alle diagnosegrupper, selv om de er skrevet med tanke på KOLS. Forekomsten av KOLS er høy og økende, og det er KOLS-pasienten vi oftest møter. Vi har også helt kort valgt å omtale ALS til tross for at dette ikke er en lungesykdom, men en neurologisk sykdom. ALS gir lammelser, og rammer tidlig respirasjonsmuskulaturen. Mange ender derfor med dårlig ventilasjon, slimproblematikk og luftvegsinfeksjoner, og trenger etter hvert pustestøtte, som for eksempel C-PAP, Bi-PAP eller hjemmerespirator.

Det er en svakhet ved permene at det mangler et eget kapittel om palliativ omsorg til KOLS-pasienter. Palliativ behandling er en relativt ny tanke innenfor lungefaget, og er lite innarbeidet. Det finnes foreløpig ikke gode retningslinjer på norsk som beskriver temaet. De nye nasjonale retningslinjene om KOLS omtaler palliativ behandling, men de er ikke vedtatt ennå. Medikamentell lindring av plager, som for eksempel bruk av Morfin er et av temaene der. Fagmiljøene har økende fokus på palliativ behandling, og vi tenker oss at det vil være på plass en etablert praksis for slik behandling i løpet av få år. Den palliative fasen kan være lang, og det er vanskelig å definere når den begynner. Det medfører at det også er vanskelig å snakke med pasienten om denne siste fasen i livet. KOLS-pasienten står derfor i fare for ikke å få god nok pleie og omsorg ved livets slutt. Vi har valgt ikke å

omtale dette tema i permen fordi det er så uklart og lite definert. Vi har likevel tatt det med som et diskusjonstema i undervisningsmateriellet.

Vi ser at vi med fordel kunne hatt et større kapittel om rehabilitering til lungepasienter, særlig med tanke på at samhandlingsreformen pålegger kommunehelsetjenesten større ansvar for rehabilitering. Innholdet i en slik kommunalt basert rehabilitering er omdiskutert i fagmiljøene, og foreløpig ikke fastlagt. Nasjonalt KOLS-råd gikk inn for å standardisere innholdet i kommunal rehabilitering, men åpne for lokale variasjoner i praktisk tilnærming. Det er foreslått både hjemmebasert rehabilitering, DMS, treningsgrupper hos fysioterapeut og et dagopplegg knyttet til fastlegekontoret. Rehabilitering er imidlertid et stort fag, som man kunne skrevet en egen perm om. Vi tenker at en større satsing på rehabilitering i kommunehelsetjenesten forutsetter en bredere kompetanseheving, med hospitering og kursing i forkant. Vi har på bakgrunn av det valgt ikke å fordype oss i dette i denne omgang. Vi ser at det vil være behov for egne prosjekt om rehabilitering i kommunehelsetjenesten framover, for å prøve ut modeller for slik rehabilitering.

Love og rettigheter for kronisk lungesyke er et annet utelatt tema. Dette er et tema som både pasienter og helsepersonell gjerne kan for lite om. Love og regler kan være vanskelig å finne fram i og forstå, og vi mener det ville vært en stor jobb å skrive et godt nok kapittel om dette. Hvis vi skulle ha hatt et slikt kapittel ville vi måttet søke hjelp hos en jurist eller sosionom. Likevel ville et slikt kapittel vært vanskelig og holdt oppdatert, siden love og regler forandres. Når slike spørsmål dukker opp er det bedre at vi henviser pasienten til en sosionom, jurist, eller til NAV, for oppdatert informasjon.

Vi har i svært liten grad kildehenvisninger i teksten i permen, men har heller valgt å lage en liste med kildehenvisninger helt til slutt. Det gjør at det ikke alltid kommer tydelig fram hva som er hentet hvor. Vi mener likevel det var riktig å gjøre det slik, for å få teksten lettlest og oversiktlig.

Vi har valgt å lage permer til å ha lett tilgjengelig på vaktrommet. Dette til tross for at det meste nå skal foregå elektronisk. Vi opplever at våre kolleger har lavere terskel for å slå opp i en perm enn på en datamaskin. Det kan skyldes flere ting, blant annet er det fortsatt litt motstand hos enkelte mot å ta dataverktøy i bruk for alvor. Videre tar det fortsatt svært lang tid å logge seg inn gjennom alle ledd for å komme til aktuell programvare. Det blir for tungvint i en travel hverdag. Likevel ser vi nødvendigheten av å ha dette oppslagsverket i elektronisk form, og på lengre sikt ser vi for oss at det vil være den elektroniske versjonen som vil være den gjeldende. Elektronisk vil det også være lettere å drive oppdateringsarbeid. En annen klar fordel med en elektronisk versjon vil være at man på en bærbar enhet kan ha dette oppslagsverket lett tilgjengelig også ute blant pasientene.

Vi ser at papirversjonen vil være utfordrende å holde oppdatert. Det gjelder både å få eventuelle oppdateringer ut til alle eksisterende permer, og at oppdateringer vil kunne forskyve sidetallene i permen, slik at innholdsfortegnelsen ikke stemmer. Dette tenker vi å løse så godt vi kan ved at ressurspersonene får ansvar for å bytte sider i permene i sitt nedslagsfelt. Blir det for eksempel to side 14 på rad, så får det bare bli slik. Dette forutsetter naturligvis at ressursgruppa fungerer, og at vi får rom for oppdateringsarbeid. Vi ser dessuten at vårt engasjement vil være helt avgjørende for permens videre eksistens. Videre mener vi likevel at permen som papirversjon må ses som et dokument skrevet i 2011. Den vil bli foreldet på samme måte som en lærebok foreldes, og må eventuelt revideres i sin helhet ved jevne mellomrom for å bestå.

Flere sider i permen vil kunne fungere som kopieringsoriginaler med bruksanvisninger og forklaringer for både pasient og helsepersonell. Disse vil være nyttige hjelpemidler for å kvalitetssikre for

eksempel bruk og vedlikehold av utstyr, men vi er klar over at vi også her har en utfordring i forhold til oppdatering.

### 4.3. Undervisningsmateriale

Undervisningsmaterialet består av sju PowerPoint-presentasjoner med notatsider, og en koffert med placeboinhalatorer. En styrke ved PowerPoint er at filene er enkle å oppdatere, enkle å spre innad i gruppa, og at de er veldig praktiske hjelpemidler til bruk ved undervisning. Videre vil et slikt sett med undervisningsmateriell føre til en viss grad av standardisert internundervisning i hele regionen.

Innholdet i presentasjonene er ment å dekke de mest aktuelle delemnene for målgruppa, innenfor lungefaget. Vi ser at vi kunne ha laget flere presentasjoner og belyst flere områder. Vi har blant annet flere kapitler i permen som ikke har blitt egne PowerPoint-presentasjoner. Det skyldes at vi mener det er viktig å belyse saken, men at det blir for spesielt til å kjøre internundervisning om. Eksempler på slike kapitler er røykeslutt og kapitlet om ventilasjonsstøtte.

Vi har ikke skrevet egne presentasjoner om andre kroniske lungesykdommer enn KOLS. Det kunne det vært interessant å gjøre ved en senere anledning, men vi mener at det viktigste nå er å få hevet den grunnleggende kompetansen på kronisk lungesykdom, samt at vi når ut til flest mulig med denne kompetansen. Når de sju oppleggene vi har er brukt og repetert i internundervisning rundt i regionen kan det være på tide å finne flere tema. Det er i så fall en vurdering som må gjøres i ressursgruppa når det blir aktuelt.

PowerPoint-presentasjonene skal brukes i internundervisning av ressursgruppas medlemmer. Det forutsetter at disse personene besitter en viss kompetanse selv. De må også være i stand til å ta ansvar for at dette blir gjennomført, samt å tilpasse undervisningen etter behov i mottakergruppa. Ingen av gruppas medlemmer har videreutdanning i lungesykepleie, og de har varierende lungefaglig erfaring. Likevel mener vi at gruppa skal være i stand til å ta utfordringen gjennom at vi støtter hverandre og begynner med små grupper i undervisning. Videre vil faglig påfyll og diskusjoner på møter i ressursgruppa medføre en gradvis kompetanseøkning og faglig bevissthet hos gruppas medlemmer.

Undervisningsoppleggene kan brukes på forskjellige måter. De kan slås sammen til en hel fagdag, eller deles opp og brukes på personalmøter og lignende. Det kan være en utfordring for ressurspersonene å holde internundervisning i og med at de selv ikke har utarbeidet PowerPoint-presentasjonene med notatsider. Det krever litt forberedelse å sette seg inn i tankegangen. Flere av ressurspersonene er dessuten alene i sin kommune om denne jobben. Vi kunne i prinsippet ha reist rundt i regionen og undervist selv, men da hadde vi mistet en viktig kjernefunksjon for ressursgruppa. En av intensjonene med prosjektet var å få gode lokale ressurspersoner i enhetene, og det å undervise andre er en effektiv måte å øke sin egen kunnskap på. Dersom vi hadde reist rundt selv hadde nok undervisningen foregått i større forsamlinger, og dermed hadde vi gått glipp av gode faglige diskusjoner som små grupper heller åpner for. Flere av presentasjonene er lagt opp slik at det åpnes for diskusjon.

I forhold til undervisning om inhalasjonsmedisin har vi samlet placeboinhalatorer i en «koffert». Det store problemet med en slik koffert er at den vil bli rotete. Det vil dessuten være en utfordring med etterfylling av engangsutstyr og oppdatering med eventuelle nyheter. Vi ser at kofferten på sikt står i

fare for å bli mangelfull. Likevel mener vi den vil være et godt hjelpemiddel i undervisning. Tanken er at praktisk kunnskap må læres praktisk. Her får man sett, håndtert og prøvd de forskjellige inhalatorene. Det kan også bli en god diskusjon rundt bordet omkring inhalatorer og konkrete pasienter, samt utfordringer i forhold til medisinerings. Vi håper at vi sammen med ressursgruppa skal greie å holde kofferten i orden, slik at den kan være til nytte i lang tid framover.

Prosjektet er først og fremst finansiert gjennom UHT, og skal dermed komme hjemmetjenestene i hele fylket til gode. Det setter store krav til spredning, og vil være en kjerneutfordring for alle prosjekter knyttet til UHST. Vi har basert prosjektet mye på interkommunalt samarbeid i Værnesregionen, gjennom ressursgruppa og spredning lokalt, men ser utfordringer i den videre spredningen, ved at man ikke vil få lokale ressurspersoner på samme måte andre steder. Vi kan slik si at en av styrkene i prosjektet, det at vi har jobbet interkommunalt, ikke lar seg eksportere. Det kan bare være et eksempel til etterfølgelse.

## 5.0. Spredning

Spredning av kunnskap innen Værnesregionen gjøres som nevnt ved hjelp av ressursgruppa, distribuering av permer og gjennomføring av undervisningsopplegg. Bekjentgjøring utenfor Værnesregionen må baseres hovedsakelig på elektronisk versjon av permen og sluttrapporten. Vi ble invitert til å presentere prosjektet på NSF FLU Nord-Trøndelag sin fagdag på Levanger i oktober 2011. Der nådde vi interesserte fra flere kommuner i Nord-Trøndelag. Det var interesse for å få tak i permen i flere kommuner. Vi tenker oss også spredning gjennom nettverket for USHT, blant annet på nettsiden. Også undervisningsopplegget skal være tilgjengelig for interesserte kommuner, men det skal ikke ligge åpent på nett. Det må da gjøres avtaler i hvert tilfelle. Vi håper å få publisert rapporten i "Lungeposten" som er NSF FLU sitt tidsskrift.

Rapporten og permen vil i første omgang legges ut på nettsidene til USHT, [utviklingssenter.no](http://utviklingssenter.no), senter for omsorgsforskning, [omsorgsforskning.no](http://omsorgsforskning.no), Stjørdal kommune [stjordal.kommune.no](http://stjordal.kommune.no) og VR DMS <https://www.varnesregionen.no/fellestjenester/dms/prosjekter/kols/Sider/default.aspx>. Det kan bli aktuelt å finne andre lokalisasjoner etter hvert.

## 6.0. Oppsummering

KOLS-prosjektet i Værnesregionen har gått over ett år med to prosjektledere i 20 % stilling hver. Vi har hatt som målsetting å heve kompetansen blant helsepersonell i regionen. Vi har opprettet ei ressursgruppe/fagnettverk med sykepleiere fra fire kommuner i Værnesregionen, samt fysioterapeut og brukerrepresentant. Videre har vi laget en KOLS-perm som skal fungere som oppslagsverk, og undervisningsmaterieill til bruk i internundervisning. Prosjektperioden er over og selve produktet er ferdig, men prosessen med internundervisning og spredning skal fortsette. Vi har dermed nådd de målene vi satte oss for dette prosjektet.



## 7.0. Veien videre

Det er viktig at ressursgruppa får utvikle seg til å bli et godt og tett fagnettverk, slik at den kan være en ressurs i møte med samhandlingsreformen. Det forutsetter at vi har faste møter i gruppa, og at vi får med flere personer fra de kommunene som bare har en ressursperson. Videre vil faglig påfyll være viktig for gruppa. Det kan gjøres gjennom hospitering i sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Det kan også være aktuelt å trekke inn andre faggrupper til å holde innlegg på møtene. Det hadde vært en klar fordel om gruppa fikk med noen med videreutdanning i lungesykepleie.

Vi hadde helst sett at vi kunne fortsette å jobbe med flere deler av prosjektet. Permen kan utvikles videre, undervisningsmateriellet kan fornyes, og utvides med flere presentasjoner, og vi kunne laget flere kopieringsoriginaler for laminering. Disse kopieringsoriginalene kan være bruksanvisninger, eller plansjer til bruk i pasientopplæring. Fagutviklingsarbeid er en kontinuerlig prosess, og det blir merkelig om alle midler til formålet skal kuttes etter endt prosjektperiode.

Vi mener nå det er viktig å få plassert ansvaret for videre oppfølging og oppdatering av prosjektet. Her er ressursgruppa sentral, men noen må ha det overordnede ansvaret for å drive prosessen videre. Hovedansvaret for det ligger på styringsrådet for utviklingssenteret på Stjørdal, men det praktiske oppfølgeransvaret legges andre steder. Mulige aktører til denne oppgaven vil være utviklingssenteret for hjemmetjenester, Værnesregionen DMS eller Frisklivssentralen. Vi tror ansvaret med fordel kan legges under Værnesregionen DMS, og mener jobben best vil ivaretas ved at det videreføres en liten stillingsbrøk som koordinator. Videreføringen vil ikke bli god nok hvis den bare skal baseres på ildsjeler. Det må settes av tid og ressurser til faglig oppdatering. Hovedsaken er at prosessen fortsetter, og ender i et bedre tilbud til pasienten på sikt.

## 8.0. Kilder

Helsedirektoratet 2010, *Utvikling gjennom kunnskap, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester –en nasjonal satsning, Overordnet strategi 2011-2015, strategi 15-1858*

Helse- og omsorgsdepartementet, *Nasjonal strategi fro KOLS-området 2006-2011.*

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

Johannessen A, Omenaas E, Bakke P, Gulsvik A. *Incidence of GOLD-defined chronic obstructive pulmonary disease in a general adult population. Int J Tuberc Lung Dis 2005, 9(8): 926-932*

Johannessen A, Omenaas E, Bakke P, Gulsvik A. *Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. Thorax 2005, 60: 842-847.*

Nordtug B, Holen A, Sletvold O, Walstad R, Krokstad S. *Caring burden of cohabitans living with partners suffering from Cronic obstructive pulmonary disease or dementia. Sykepleien Forskning 2011 6(4):394-394*