

Referat fra møde i Tværsektorielt Forum for KOL – juni 2011

Tid: 21. juni 2011 klokken 14.30 – 16.30
Sted: Kronikerenheden, Østre Allé 91, lokale 506

Mødedeltagere:

- Overlæge Carl Nielsen, Aalborg Sygehus
- Leder af Borgersundhed Charlotte Færch Nielsen, Hjørring Kommune
- Nuka Mortensen, Hjørring Kommune
- Sygeplejerske Tove Jespersen, Aalborg Kommune
- Afdelingsleder i Sundhedsfremme og Forebyggelse Birgitte Kvist, Frederikshavn Kommune
- Karen Marie Winther, Mariager Fjord Kommune
- Sygeplejerske Birgitte Nannerup, Morsø Kommune
- Substitut for Marianne Finderup, Sygeplejerske Mette Dichman, Rebild Kommune
- Overlæge Bente Grønlund, Sygehus Vendsyssel
- Overlæge Ingolf Nissen, Sygehus Thy/Mors
- Lungesygeplejerske Tina Pedersen, Sygehus Thy/Mors
- Praksiskonsulent Ole Junge, Aalborg, Nord KAP
- Praksiskonsulent Ove Grann, Aalborg
- Leder af Kronikerenheden Alice Mørsbøl
- Konsulent Edith Kristensen, Kronikerenheden (sekretariatsfunktion)
- Konsulent Karin Bang Andersen, Kronikerenheden (sekretariatsfunktion)

Afbud:

- Sygeplejerske Maj-Britt Gulstad, Jammerbugt Kommune
- Leder af Sundhedscenter Bente Lund Pedersen, Brønderslev Kommune
- Sundhedsfremmekonsulent Vivian Grauting, Region Nordjylland
- Specialkonsulent Hanne Jensen, Planlægning, Kvalitet og Analyser
- Sygeplejerske Ruth Maarup, repræsentant for Danmarks Lungeforening
- Jan Simonsen, Repræsentant for patientforeningen Boserupminde
- Koordinator Marianne Finderup Nielsen, Rebild Kommune
- Sygeplejefaglige leder Bente Ølgod, Thisted Kommune
- Sygeplejerske Gudrun Kristiansen, Sygehus Vendsyssel

På mødet deltog Kirsten Hald fra Evalueringscenter Himmerland.

Dagsorden:

1. Velkommen (5 min).
2. Opfølgning fra seneste møde (5 min).
3. Drøftelse af koncepter på KOL-området samt processen fremadrettet (bilag vedlagt) (25min).
4. Endelig godkendelse af aftale for guideline for KOL (bilag vedlagt) (10 min).
5. Drøftelse af definition vedrørende "restgruppe" af svær KOL patienter, som skal tilbydes rehab. i sygehusregi (bilag vedlagt) (20 min).
6. Status vedrørende økonomi (10 min).
7. Orientering vedrørende KOALA v/Ove Gran (10 min).
8. Orientering om Evalueringscenter Himmerland v/Kirsten Hald (20 min).
9. Tema vedrørende alternativ form for dokumentation v/Hjørring Sundhedscenter (10 min).
10. Eventuelt
11. Næstkommende møder

Referat:

Ad. 1. Velkommen.

Alice Morsbøl bød velkommen til mødet.

Dagsordenspunkterne afvikles i rækkefølgen 1,2, 7,8 og 9, 3, 5, 6, 11 og 12.

Ad. 2. Opfølgning fra seneste møde.

Side 3 i referatet – Vedr. Åben Hus arrangement blev det foreslået, at afholde en fælles temadag. Denne idé er blevet forelagt formandsgruppen, og der er enighed om, at ideen præsenteres i DAS, så der kan arbejdes videre med et fælles arrangement for samtlige diagnosegrupper.

Vedr. afvikling af de kommende møder i KOL forum ude af huset vil næste møde den 20. september 2011 bliver afholdt i Hjørring Kommune.

Majbritt Guldstad skulle på mødet have præsenteret projekt "Tidlig opsporing", men er forhindret i at deltage i mødet. Projektet forventes præsenteret på næstkommende møde.

Ad. 3. Drøftelse af koncepter på KOL-området samt processen fremadrettet.

Koncepterne blev gennemgået punkt for punkt:

- Lokale styregrupper:

I Vesthimmerland og Mariagerfjord kommune har man kontakt med to sygehuse og ser et stort behov for denne model. Rebild kommune kunne også være interesseret heri. Aalborg Sygehus, Jammerbugt og Aalborg kommune er også interesseret i modellen. Aalborg kommune arbejder allerede i en vis grad med konceptet, idet de er i færd med, i samarbejde med Jammerbugt kommune, at tilrettelægge en fælles temadag. Hjørring kommune kunne også være interesseret.

Gruppen skal ikke overtage kontaktrådenes opgave.

Det vurderes mere hensigtsmæssigt at kalde grupperne "Lokale Koordineringsgrupper".

Karen Marie Winther (Vesthimmerland/Mariager Fjord) bød ind på opgaven vedr. udarbejdelse af et kommissorium i samarbejde med Kronikerenheden, hvori opgaven for de lokale koordineringsgrupper præciseres i overordnede termer. Der kan være behov for, at kommissoriet tilrettes i den enkelte lokale

koordineringsgruppe ift. den konkrete kommunale opgaveportefølje, idet der kan være forskelle på opgaver fra kommune til kommune.

Med hensyn til praksisdeltagelse i de lokale koordineringsgrupper, foreslog Ole Junge, at de lokale lægelaug kontaktes, og den vej rundt forhøre, hvorvidt der kunne være interesse i at deltage i det lokale koordineringsgruppe arbejde.

Udkastet sendes i e-mail høring forud for næstkommende møde i forum og kommissoriet vil blive drøftet på næstkommende møde i KOL forum.

- Erfaringsudvekslingsmøder:

Der arbejdes med ud af huset-møder. Det blev drøftet om der er behov for andre initiativer med samme grundidé herunder en form for borgermøder, tidlig opsporing, etc. Der blev spurgt ind til hvem målgruppen for Åben hus arrangementerne er, hvorvidt de også dækker borgere. I så fald vil der kunne planlægges med fælles borgermøder i kommunen etc.

Den internationale KOL dag er 3. onsdag i november. Denne KOL dag kunne evt. tænkes ind i relation til tilrettelæggelse af borgermøder. Der kunne evt. arbejdes med en fælles PR-strategi, som evt. kan ske i samarbejde med lungeforeningen.

Forslag ovenfor kunne være en aktivitet i de lokale koordineringsgrupper. Man kan overveje en model med etablering af sparringspartnere, dette kan eventuelt foregå i forbindelse med ud af huset møderne.

- Fælles temamøder:

Se referatet under pkt. 2.

- Case-baserede temadage:

Arrangementet er afprøvet indenfor nogle af de øvrige fora med stor succes. Dette kunne eventuelt indtænkes og kombineres ift. et fælles temamødearrangement således, at et antal timer på sådan en temadag dedikeres det enkelte forum.

Alternativ kan konceptet forankres lokalt.

- Brush-up / fyraftensmøder:

Der var ikke umiddelbart behov for sådanne tiltag. Det pointeres dog, at i så fald der planlægges afholdt fyraftensmøder, bør samtlige diagnosegrupper involveres.

Ad. 4. Endelig godkendelse af aftale for guideline for KOL.

Det omsendte materiale er en opdateret version med de seneste kommentarer til materialet. Guideline blev drøftet og nedenfor fremgår de kommentarer, der er til materialet:

- Side 1 (?) "Sygeplejersken deltager under træning" – der blev spurgt ind til om dette er et krav? Det er vurderingen, at der ikke er risiko forbundet med, at sygeplejersken ikke deltager, men at det vil være hensigtsmæssigt, blandt andet også på sigt, når patienter eks. skal tilbydes ilt i de kommunale rehabiliteringstilbud. Formuleringen ændres til at; "Det er hensigtsmæssigt at sygeplejersken ..."

- Side 2 Genhenvielse: Ole Junge mener ikke, at det fremgår klart i materialet for nuværende i forhold til hvem der kan modtage genhenvielse og hvilke patienter man gerne vil have genhenvist?

Det fremgår: "Hvis tilstanden er væsentlig forværret og patient og praktiserende læge er enige herom kan der foretages en genhenvielse".

Følgende passus slettes: "Hvis borgeren har behov for et træningsforløb ...".

Det aftales, at i så fald der måtte være behov for yderligere præciseringen bedes disse fremsendes til Kronikerenheden.

- Side 3: De meget svage patienter skal henvises til sygehuset – dette er i overensstemmelse med den nuværende aftale. Det blev besluttet at tilføje følgende: Sygehuset *har ansvar for rehabilitering af de meget svære KOL patienter*

- Side 5: omkring den medicinske behandling. Kan eller skal den praktiserende læge have gennemgået den medicinske behandling? Dette vil blive rettet til SKAL.

Guidelines omsendes forum en sidste gang som en e-mail hørings.

Forslag til ændringer fremsendes til Kronikerenheden (Edith Kristensen og Karin Bang Andersen) **senest onsdag den 6. juli 2011**

Herefter forventes guidelines at blive fremlagt DAS (Den Administrative Styregruppe) til beslutning.

Ad. 5. Drøftelse af definition vedr. "restgruppe" af svære KOL patienter, som skal tilbydes rehabilitering i sygehusregi.

Der er behov for at få restgruppen med svær KOL patienter defineret? (De borgere som stadig har behov for rehabilitering på sygehuset). Grundet tidspres udskydes punktet til nærmere drøftelse til næste møde i KOL-forum.

Der var enkelte kommentarer. Menes NYHA klasse 4? Disse patienter er multisyge og det er ikke nødvendigvis deres KOL sygdom, der er afgørende for, hvor deres rehabilitering bør foregå.

Det omsendte materiale skal betragtes som et udkast, som skal arbejdes videre med på næste møde i forum.

Ad. 6. Status vedrørende økonomi.

Kronikerenheden samarbejder med Budget og Finans ift. at trække data for den kommunale medfinansiering. Arbejdet er imidlertid komplekst og endnu ikke afsluttet.

Ad. 7. Orientering vedrørende KOALA.

Der henvises til Ove Granns præsentation.

Konklusion: databasen vil formentlig uddø da kommunerne registrerer de samme data i deres egne sundhedssystemer, og det er for krævende også at skulle taste i et landsdækkende register.

Ad. 8. Orientering om Evalueringscenter Himmerland.

Der henvises til Kirsten Halds præsentation, som lægges på hjemmesiden sammen med det omtalte skema.

Ad. 9. Tema vedrørende alternativ form for dokumentation.

I Hjørring drøfter man, hvordan man kan indfange de bløde værdier af rehabiliteringen? Har disse værdier indvirkning på udbyttet af rehabiliteringen?

Hjørring Kommune har i den forbindelse foretaget interviews af fire borgere, der har gennemgået rehabiliteringen i kommunen. Hensigten med interviewene har været at få patienter til at fortælle om deres oplevelser og hvad de har fået ud af at deltage på et rehabiliteringshold både af god og dårlig karakter. Dette har resulteret i en 16 minutters lang film. Det aftaltes, at Kronikerenheden i samarbejde med Hjørring Kommune vil tilrettelægge, hvornår filmen vil blive vist. Den kan evt. indarbejdes i programmet for næstkommende KOL møde.

Det blev drøftet, hvordan KOL-forum skal arbejde med dokumentation? Der hersker et stort behov for at få sat dokumentationsarbejdet i system. Det er svært at samle data på lang sigt, da de svage borgere eks. falder fra i forbindelse med 12 måneders dataindsamling. Ove Gran påpegede, at det er vigtigt at arbejde med det aspekt, der omhandler hvorvidt vi rehabiliterer på den rigtige måde blandt andet ift., om der er forskel på resultater for så vidt angår 8 eller 12 ugers rehabiliteringsforløb. I den forbindelse blev der peget på at inddrage det selskaberne anbefaler på området.

I Frederikshavn har fire studerende fra AAU udarbejdet et projekt, som evaluerer det første år med rehabilitering. Resultatet er endnu ikke offentliggjort. I hjerte-kar regi arbejder man med en national database. Det kan overvejes at indgå i et samarbejde med Kirsten Hald og bruge tænkningen i det projekt, som pågår i Evalueringscenter Himmerland, for at skabe et datagrundlag indenfor området.

Denne drøftelse samt drøftelsen under pkt. 4 kan bruges som udgangspunkt for et arbejde med dokumentation indenfor KOL området. Desuden kan SIF rapporten fra 2010 bruges i arbejdet, eventuelt i en opdateret 2011 version. Endvidere kan erfaringer fra andre regioner/kommuner indgå i arbejdet.

Det aftales, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal genererer et oplæg ift. fælles dokumentation som afsæt for at arbejde videre med dokumentationsindsatsen.

Carl Nielsen (Aalborg Sygehus) og Ove Grann (Aalborg Kommune) deltager sammen med Kronikerenheden. Kirsten Hald inviteres med i arbejdsgruppen.

Ad. 10. Eventuelt.

Charlotte Færch spurgte ind til det storskalaprojekt på KOL området som er under opsejling. Alice oplyste, at der arbejdes med at udbrede telemedicin til KOL patienter i hele regionen. Status er, at de regionale direktører i fællesskab er enige i at arbejde videre med et sådan projekt i storskalaformat. Der er imidlertid en række løse ender blandt andet vedrørende finansiering og en endelig organisering, som skal på plads.

Besluttet på mødet:

- Guidelines omsendes forum en sidste gang som en e-mail høring forinden den præsenteres i den Administrative Styregruppe.

Forslag til ændringer fremsendes til Kronikerenheden (Edith Kristensen og Karin Bang Andersen) **senest onsdag den 6. juli 2011**

- Der er nedsat en arbejdsgruppe bestående af Karen Marie Winther (Vesthimmerland/Mariager Fjord) som i samarbejde med Kronikerenheden vil udarbejde et kommissorium, hvori opgaven for de lokale koordineringsgrupper præciseres i overordnede termer. Kronikerenheden vil indkalde til møde.
- Det aftales, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal genererer et oplæg ift. fælles dokumentation som afsæt for at arbejde videre med dokumentationsindsatsen.

Carl Nielsen (Aalborg Sygehus) og Ove Grann (Aalborg Kommune) deltager sammen med Kronikerenheden. Kirsten Hald inviteres med i arbejdsgruppen. Kronikerenheden indkalder til møde.

Ad. 11. Næstkommende møde.

20. september i Hjørring Kommune kl. 14.30 – 16.30.

*Aalborg d. 22. juni 2011
Edith Søndergaard Kristensen
Kronikerenheden Nordjylland*

Præsentation af koncepter på KOL området

Nedenfor præsenteres et idékatelog med modelkoncepter på KOL-området, der kan bidrage til at styrke indsatsen på KOL-området.

Koncepterne skal betragtes som tilbud på arrangementer, som kan iværksættes. Samtlige kommuner skal ikke nødvendigvis afholde samme type arrangementer, og konceptforslagene er således også udviklet i et forsøg på at imødekomme de forskelligheder og ønsker, der måtte være fra kommune til kommune.

Præsentation af koncepter
<p><u>Nedsættelse af lokale styregrupper</u> Formålet med at nedsætte lokale styregrupper er at styrke det lokale samarbejde mellem sygehus(e) og kommuner.</p>
<p><u>Erfaringsudvekslingsmøder eller Åbent Hus arrangementer</u> Formålet med at afholde erfaringsudvekslingsmøder/Åbent Hus arrangementer er at få kendskab til det arbejde, der pågår i kommunerne/sygehusene samt få viden om de metoder, som anvendes og de resultater, som er opnået. Dette med henblik på at drage nytte af andres erfaringer og gode resultater.</p>
<p><u>Fælles temamøder</u> Hensigten med at afholde fælles temamøder er at opnå viden om den kroniske patient generelt. Dette med henblik på at erfaringsudveksle på tværs af sygdomsgrupper og drage nytte af de erfaringer og den viden, der generelt er høstet på kronikerområdet.</p>
<p><u>Case-baserede temadage</u> Sigtet med case-baserede temadage er at bringe aktuelle temaer, problemstillinger m.v. op, det være sig i forbindelse med orientering om nye tiltag, bekendtgørelse af ny viden indenfor et specifikt område, oplysning om nye behandlings- og plejemetodikker, håndtering af ny medicin, etc.. Case-baserede temadage kan også være debatorienteret med bestemte punkter, som er højaktuelle, på agendaen.</p>
<p><u>”Brush-up – fyraftensmøder”</u> Formålet med brush-up-fyraftensmøder er blandt andet, at rette fokus på præsentation af nyeste viden indenfor et område. Dette med henblik på løbende at holde personale opdateret om nye tiltag, ny viden m.m., der pågår og dermed sikrer, at medarbejderne er ajourført indenfor det</p>

respektive arbejdsfelt.

Møder i det Tværsektorielle forum for KOL afholdes i kommunerne

Målet med at afholde møder i KOL-forum i kommunerne er at give indblik i kommunernes tilbud og dermed erfaringsudveksle kommunerne imellem. Møderne vil blive afholdt jævnfør tidligere procedure. Planen med ”møderne ud af huset” er imidlertid, at møderne kan planlægges udvidet med tid til (efterfølgende) at kunne få en rundvisning med en kort orientering om de muligheder og tilbud kommunen har.

Nedenfor er ovenfor nævnte koncepter forsøgt nærmere uddybet. Forslag til indhold i koncepterne er udarbejdet på baggrund af drøftelser, konkrete forslag og ønsker, som blev fremlagt i det Tværsektorielle Forum for KOL. Det skal derfor påpeges, at der er tale om forslag og/eller skabeloner, der er udarbejdet med de specifikke ønsker, som blev fremlagt på KOL-mødet.

Forslagene kan dermed tilpasses den form de forventes at indgå i og den kommune, som kunne ønske at anvende konceptet.

Nedsættelse af lokale styregrupper

Formålet med at nedsætte lokale styregrupper er at styrke det lokale samarbejde mellem sygehus(e) og kommuner. I forbindelse med at skabe sammenhængende patientforløb er der behov for koordination. En forudsætning herfor er, at aktørerne samarbejder med aktørerne (dvs. kommunerne, sygehusene og de praktiserende læger), så de behandlende og rehabiliterende indsatser hænger sammen og understøtter hinanden.

Der er konkret peget på Himmerland som et oplagt området at få nedsat en lokal styregruppe bestående af repræsentanter fra sygehusene og de omkringliggende kommuner. Sygehus Himmerland består af to sygehusmatrikler, Hobro Sygehus og Farsø Sygehus, og hensigten er at sikre og styrke samarbejdet mellem de to sygehusmatrikler og de tilhørende kommuner. Dette blandt andet med henblik på, at aktørerne løbende får kendskab til de tilbud og muligheder, der udbydes i såvel sygehus som i kommunalt regi.

Det kan overvejes om Kontaktudvalgets arbejde skal indtænkes i de lokale styregrupper.

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

Erfaringsudvekslingsmøder eller Åbent Hus arrangementer

Ideen med at afholde erfaringsmøder eller Åbent Hus arrangementer er at åbne op for erfarings- og vidensdeling indenfor kronikerindsatsen. Formålet er at inspirere hinanden.

Kommunerne i Region Nordjylland er af forskellig størrelse, det vil dermed også sige, at kronikerpopulationen er forskellig fra kommune til kommune. Kronikerindsatsen er også organiseret på forskellig vis. Der kan derfor være god grund til at planlægge tiltag, der kan bidrage med at give viden, udveksle de erfaringer man gør sig i kommunerne og på sygehusene, og dermed give inspiration til hinanden i den fortsatte udvikling af kronikerindsatsen.

Åbent Hus arrangementerne kunne eksempelvis tage udgangspunkt i et Sundhedscenter, hvor der orienteres om tilbuddene, og hvor centerets faciliteter vises frem m.v..

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

Fælles temamøder

Der er rejst ønske om, at der bliver afholdt et fælles arrangement/temadag, hvor der rettes fokus på mennesker med flere samtidige kroniske sygdomme. Det overordnede tema skulle således være, hvad det vil sige at være kronisk syg, hvor pårørendeaspektet inddrages. Et emne på dagen kunne være selvoplevet kronisk sygdom, hvor projekt PaRis kunne inddrages med oplæg om, hvordan patienten oplever et liv med en kronisk sygdom.

Kronikerenheden arbejder, på baggrund af denne forespørgsel, videre med, i regi af de fire tværsektorielle fora, at skabe rammerne for en sådan fælles temadag. Emnet vil blive drøftet på næstkommende formandsgruppe møde den 20. juni 2011 mhp. både at få accept fra formændene om at planlægge med en temadag på tværs af sygdomsgrupperne, samt, at få drøftet indhold på dagen.

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

Case-baserede temadage

Formålet med case-baserede temadage er at drøfte aktuelle temaer, problemstillinger m.v., både med henblik på orientering om diverse emner men bestemt også med fokus på dialog. De case-baserede temadage forventes tilrettelagt som regionale temamøder med et tværsektorielt sigte, som kan afholdes i Kronikerenheden. Sigtet er at få skabt ensartethed i blandt andet de tilbud som udbydes etc., hvorfor målgruppen vil være repræsentanter fra både kommunalt og regionalt regi samt fra almen praksis.

Case-baserede temadage kan omhandle orientering om nye tiltag, bekendtgørelse af ny viden indenfor et specifikt område, oplysning om nye behandlings- og plejemetodikker, håndtering af ny medicin, etc., hvor der efterfølgende kan arbejdes casebaseret eventuelt ud fra fælles cases med henblik på drøfte eksempelvis, hvordan opgaverne kan tackles i det daglige arbejde. På denne måde vil der blive produceret forskellige cases, som efterfølgende kan drøftes i forum.

Case-baserede temadage kan arrangeres på forskellige måder. En tilgang kunne være som en form for casebaseret undervisning. Den casebaserede undervisningsform er en problemorienteret undervisningsmetode, hvor der arbejdes med at identificere, analysere og løse problemer med udgangspunkt i en case dvs. en beskrevet situation. Deltagerne kan dermed få indsigt, viden, erfaring etc. i at drøfte forskellige problemstillinger ud fra allerede beskrevne situationer, og diskutere, hvordan situationer kan gribes an i det daglige arbejde. Man kan således få øvelse i, hvordan lignende opgaver kan håndteres i hverdagen.

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

”Brush-up – fyraftensmøder”

Hensigten med Brush-up møder er, at rette fokus på blandt andet info om ny viden, nye metoder med mere, som bør bredes ud, for at opruste medarbejdernes kompetencer, kvalifikationer etc.. Det kunne eksempelvis foldes ud som et fyraftensmøde til den medarbejderstab, som har med området at gøre.

I en travl hverdag kan det være svært at afsætte flere timer til afholdelse af længere temamøder, infomøder etc. Fyraftensmøder har den force, at de kan tilrettelægges som korte informationsmøder med en meget afgrænset agenda.

Eksempler på ”Brush-up” møder kunne være et temamøde for KOL-sygeplejersker hvor indhold på mødet kunne være opdatering af den nyeste evidensbaseret viden indenfor KOL-området samt nye sygeplejefaglige forsknings- og udviklingsprojekter i relation til KOL. Formålet er at deltagerne får øget viden og kompetencer i relation til KOL-behandling, -pleje på specialistniveau. Færdigheder på specialistniveau kan medvirke til at sikre personer med KOL kontinuitet i behandling og pleje på tværs af sektorer.

Et andet tema kunne være motivationssamtalen i forhold til KOL-patienter. Lær at tale med patienter om vaner og livsstil på en måde, hvor man som fagpersonale samarbejder med patienten i forhold til at igangsætte processer, der mobilisere patientens egen motivation for at gennemføre ændringer.

Målgruppen er sundhedspersonale i primær og sekundær sundhedstjeneste, der varetager opgaver i forbindelse med kronisk syge patienter med KOL. Formålet er at give de sundhedsprofessionelle konkrete færdigheder i motivationssamtalen, som kan bidrage med at gøre dem i stand til at understøtte ændringsprocesser hos mennesker med en kronisk sygdom.

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

Møder i det Tværsektorielle forum for KOL afholdes i kommunerne

Et initiativ i relation til at skabe indsigt i de tilbud som eksempelvis kommunerne udbyder, de faciliteter som kommunerne har for at leve op til indhold i tilbuddene, hvilke kompetencer medarbejderne har i forbindelse med at varetage rehabiliteringen m.v., er det foreslået, at møder i det tværsektorielle forum for KOL med mellemrum afholdes i kommunerne. Det er foreslået, at møderne afholdes efter samme procedure som altid, men at der planlægges med, at der enten 1 times tid forinden eller efter det ordinære KOL-møde, vil være mulighed for en rundvisning og introduktion til det lokale tilbud.

I første omgang har Aalborg Sygehus, Lungeamb., Sundhedscenter Hasserishave, Aalborg, Sundhedscenter i Hjørring, Jammerbugt og Brønderslev tilkendegivet, at KOL-møder kan afholdes her.

Charlotte Færch har efterfølgende rettet kontakt til Kronikerenheden om muligheden for at afholde næstkommende møde i det tværsektorielle forum for KOL i Hjørring. Kronikerenheden samarbejder med Hjørring Kommune om at aftale formen for afholdelse af møde i sundhedscentret den 20. september 2011.

Hvilken kommune kunne have interesse i at udvikle dette koncept nærmere?

Kronikerenheden den 1. juni 2011

Bilag 1

Guidelines for KOL-rehabilitering i Region Nord

Retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL

Med henblik på at sikre borgerne med KOL i Nordjylland en så ensartet rehabilitering som muligt definerer dette dokument fælles guidelines for et optimalt rehabiliteringsforløb.

Disposition:

1. Baggrund
2. Rehabiliteringsprogram i Nordjylland
3. Organisering

Retningslinjerne er udarbejdet til det personale, som fremover skal indgå i den tværfaglige rehabilitering af patienter med KOL.

1. Baggrund

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL er en kronisk betændelsestilstand i luftvejene, der er karakteriseret ved vedvarende forsnævring af luftvejene. Sygdommen medfører hævede og irriterede luftveje, øget slimdannelse og ødelagte lungesække.

Mange KOL-patienter har behov for en rehabiliteringsindsats, der indeholder elementer ift.:

Rygeafvænning	Fysisk træning
Undervisning i egenomsorg	Ernærings/diætistvejledning
Psykosocial bistand	Medicinsk behandling
Kontrol af vejtrækning	

Der er evidens for, at et rehabiliteringsprogram er en vigtig bestanddel af KOL-behandlingen. KOL-rehabilitering har vist sig som værende en metode, der gør en væsentlig forskel set i forhold til den enkelte KOL-patient.

Erfaringerne viser, at de enkelte delelementer i rehabiliteringen har en positiv indflydelse på sygdomsforløbet. Der er ikke evidens for en længere levetid for KOL-patienterne på baggrund af rehabiliteringen, og heller ikke dokumenteret mærkbart forbedret lungefunktion. Flere studier har dog vist, at KOL-rehabilitering har markant effekt i relation til livskvalitet, funktionsniveau, oplevelsen af åndenød, evne til at mestre sygdommen samt færre indlæggelsesdage.

Formålet med KOL-rehabilitering er:

- At give den enkelte KOL-borger mulighed for at opnå den højeste mulige funktionsevne og livskvalitet.

- At forebygge eksacerbationer (akut opblussen af sygdommen) og yderligere progression af sygdommen.
- At styrke egenomsorgsniveauet.
- At mindske forbruget af sundhedsydelse.
- At øge borgernes kompetence, således at mødet med behandlere i sundhedsvæsenet kvalificeres.

2. Rehabilitering i Nordjylland

2.1 Formål

Formålet med disse guidelines er, at retningslinjerne på sigt implementeres i samtlige kommuner, således at man som borger kan forvente det samme høje niveau ift. rehabiliteringstilbud, uanset hvor i Nordjylland man har bopæl.

2.2 Visitation

Borgere med KOL kan henvises til rehabilitering af deres praktiserende læge eller sygehuset. Det forventes, at der inden første fremmøde til rehabiliteringsforløbet er foretaget en ny (maks. 6 måneder gammel) lungefunktionsundersøgelse. Desuden skal KOL-borgere forud for henvisning have gennemgået deres medicin ved den praktiserende læge.

Henvisningen skal indeholde oplysning om:

Lungefunktionsundersøgelse (max. 6 måneder gammel) og antal eksacerbationer, der giver et billede af sygdomsaktiviteten til brug i visitationsprocessen.	Dyspnoe grad, MRC skala
Oplysninger vedrørende medicinforbrug	Andre sygdomme

I sygehus regi kan en KOL-patient genhenvises til rehabilitering, hvis den habituelle tilstand er væsentlig forværret, eller hvis patienten permanent er holdt med at ryge.

I kommunalt regi kan borgere ligeledes genhenvises, hvis den habituelle tilstand er blevet forværret (eksacerbation), eller hvis borgeren på anden måde er faldet i funktionsniveau. Det skal påpeges, at en borger med KOL, som har fået forværring og tidligere har modtaget KOL-rehabilitering kan henvises til genoptræning i kommunen i henhold til Servicelovens § 86, stk. 1.

Serviceoven fastsætter følgende:

§86, stk. 1: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

2.3 Målgruppe

KOL-rehabilitering rettes mod følgende målgruppe:

Patienter med moderat, svær eller meget svær KOL med MRC 3 eller større.

De færreste borgere med mild KOL har brug for et helt rehabiliteringstilbud, men kan med fordel henvises til kommunernes tilbud om eksempelvis rygestop, ernæring, mm.

Henvisningssted vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad samt om sygdommen er stabil eller ej. Kommunerne tilbyder rehabilitering til milde, moderate og de svære KOL-borgere i **stabil fase**. Sygehusene har ansvar for rehabilitering af de meget svære KOL-patienter og de **svære ustabile**, dvs. de der:

- har mere end 1 eksacerbation om året, der kræver sygehusindlæggelse.
- har svingende ilt behov.
- har BMI under 20.5 eller vedvarende utilsigtet vægttab.
- har co- morbiditet.

2.4 Indsats

Inden rehabiliteringsforløbet opstartes afholdes en individuel samtale.

Formålet med samtalen er:

- At afdække borgerens fysiske, psykiske, sociale og kognitive ressourcer samt motivation for livsstilsændring.
- At efterprøve borgerens inhalationsteknik.
- At fokusere på vigtigheden i rygestop og afklare eventuelle erfaringer med tidligere rygestopforsøg.
- At sætte individuelle mål og udarbejde handlingsplan for/med borgeren.
- At teste borgerens fysiske funktionsniveau.
- At forberede borgeren på rehabiliteringsforløbet.
- At afklare borgerens ernæringstilstand og vægtstabilitet.
- At afklare borgerens behov for ergoterapeutisk bistand.
- At gennemgå antallet af eksacerbationer.

Den individuelle samtale varetages af KOL-sygeplejersken og/eller en KOL-fysioterapeut.

Rehabiliteringsprogrammet består af rygestop, fysisk træning, ergoterapeutisk vurdering, undervisning, ernæringsvejledning, psykosocial støtte m.v., se nedenfor.

2.5.1 Rygeafvænning

Tobaksrygning er langt den væsentligste årsag til udviklingen af KOL. Ét af de centrale elementer i rehabiliteringsprogrammet er derfor rygeafvænning. Rygere med KOL forsøges motiveret til rygestop og eksrygere fastholdes i deres rygestop, idet rygning er den vigtigste enkeltfaktor i relation til forværring af KOL.

Ved rygestop forbedres diffusionskapaciteten (hvor godt luftens ilt optages), hvilket fører til mindre åndenød. Fimrehårene gendannes, bronkierensningen reetableres, hoste, slimdannelse og tendens til eksacerbationer mindskes.

2.5.2 Den fysiske træning

Formålet med den fysiske træning er:

- At borgeren opnår størst mulig grad af kropsbevidsthed og tør presse sin krop fysisk
- At borgeren opnår bedst mulig fysisk funktionsniveau
- At øge borgerens lungekapacitet, (og) kondition og muskelstyrke
- At øge borgerens glæde ved at bevæge sig og dyrke motion
- At motivere borgeren til fortsat fysisk aktivitet efter end rehabiliteringsforløb

Træningen omfatter:

Opvarmning	Vejrtrækningsteknikker, dyspnøehåndtering
Styrketræning	Konditionstræning i form af gangtræning og cykling på 85 % af den maksimale iltoptagelse
Udspænding	Evt. bækkenbundstræning

Sundhedsstyrelsen anbefaler træningsformer som gang- eller cykeltræning eventuelt suppleret med cirkeltræning og styrketræning, balancetræning og fokus på energibesparende adfærd, hjælpemidler og hjemmetræning. Der anbefales en daglig træning i mindst 7 uger heraf med 2 dages supervision.

Af hensyn til gruppedynamikken anbefales hold med 8-12 personer. Ved BMI < 20,5 kg/m² eller vedvarende utilsigtet vægttab anbefales vægtskontrol og proteindrik som supplement. Såfremt dette ikke stopper vægttabet kan eventuel nedsættelse af træningsintensitet blive nødvendigt. Alle bør indenfor 15 minutter efter træning indtage protein eksempelvis et mælkeprodukt, da proteinopbygningen er højest i det tidsrum.

Se bilag 1 for nærmere uddybning af programindhold.

2.5.3 Patientundervisningen

Formålet med undervisningen om KOL er at borgeren opnår viden og færdigheder til at udarbejde en handlingsplan, der indeholder redskaber, som kan anvendes til at lette hverdagen. Desuden skal undervisningen have fokus på, hvad borgeren bør gøre i forbindelse med forværring af sygdommen samt hvordan forværring forebygges. Desuden bør de pårørende blive tilbudt undervisning i, hvordan de bedst muligt kan indgå i samspillet med patienten i forhold til livsstilsændringer.

Undervisningen omfatter:

Hvordan fungerer luftvejene? Lungernes anatomi og fysiologi, den raske og den KOL-syge lunge	Hvad er KOL? Sygdommens karakter og årsager.
Rygningens betydning for udvikling af KOL herunder information om rygestop, evt. rygestoptilbud.	Angst/åndenøds cirklen – hvordan brydes den?
Hvad kan man selv gøre for at få det bedre?	Hvad kan andre gøre for at hjælpe?
Hvordan lever man med KOL i forhold til: sex, ferie(herunder rejseforsikring og flyvning), fritid,	Den fysiske træning.

håndtering af følelser, identitet, stress og daglige gøremål?

Kostens sammensætning i forhold til KOL, feber og BMI

Den medicinske behandling og instruktion i brug af medicinsk udstyr herunder inhalationsteknik ved brug af inhalationsmedicin

Hvad gør man hvis man får det værre?

Behandlingsplan og forebyggelse.

2.5.4 Ernæring/diætvejledning

KOL- borgere bør årligt få målt BMI og bør have et BMI ml. 25 og 30 (for personer over 65 år). Formålet er at sikre, at KOL- borgere der ligger udenfor disse grænser får diætvejledning og i tilfælde af lavt BMI desuden ernæringstilskud (samt fysisk træning).

Intervention med henblik på at forebygge vægttab og øge muskelmassen anbefales for KOL- borgere, idet målet for alle er en stor muskelmasse, der tjener som skjult iltreserve og derved mindsker åndenød. Energi- og proteintilskud bør overvejes ved BMI <20,5 og/eller ved utilsigtet vægttab. Ernæringsintervention bør i starten bestå af vejledning vedrørende spisevaner, bl.a. små måltider min. x 6 dagligt og kan ved behov suppleres med energitæt ernæringstilskud i passende mængde fordelt i dagens løb med henblik på at undgå tab af appetit.

Diætvejledning anbefales for svært overvægtige, ved stort abdominalomfang eller tegn på søvnapnø.

2.5.5 Psykosocial støtte

Hensigten med at støtte KOL-borgeren psykosocialt er at medvirke til at bryde den onde cirkel af social isolation, angst og depression, som er kendetegn for sygdommen. Desuden er formålet at medvirke til at sikre tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Formålet med at arbejde med psykosocial støtte i rehabiliteringsforløbet er:

- At støtte op om den enkelte og dennes pårørende til at få øget livsmod.
- At forebygge social isolation, angst og depression.
- At skabe mulighed for at dannet et netværk med andre i samme situation.
- At blive præsenteret for de muligheder, der findes i nærmiljøet, samt de forskellige patientorganisationer.

Borgerne skal fra gang til gang have mulighed for at fortælle om, hvordan det er gået siden sidst bl.a. i forhold til aktuelle problemstillinger. Dette skaber rum for støtte og vejledning til håndtering af problemstillingerne, både fra øvrige kursister samt fra fagpersonalet.

2.5.6 Medicinsk behandling

Formålet med at påbegynde medicinsk behandling af KOL er at forbedre patientens helbredstilstand ved at gøre patienten så symptomfri, som tilstanden tillader det. Dosering af medicin, monitorering af behandlingseffekt etc. SKAL ske i almen praksis/ på sygehuset. Der skal altid forud for en henvisning til et rehabiliteringstilbud være foregået en medicingennemgang / medicinoptimering.

KOL- borgere med et medicinsk behandlingsbehov får tilbudt oplæring i og jævnlig kontrol af korrekt og hensigtsmæssig brug af medicinen, herunder gennemgang af inhalationsteknik. Desuden bør patienter med hyppige eksacerbationer have en selvbehandlingsplan.

2.5.7 Kontrol af vejtrækning

For de fleste KOL-borgere er det største problem åndenød. Der kan være flere forskellige årsager til, at man oplever åndenød. Man kan få åndenød, hvis man bliver angst eller oplever en indre uro, ensomhed eller vrede. Man kan også opleve at få åndenød eller blive forpustet ved fysisk aktivitet. Der findes forskellige teknikker til at trække vejret, og et vigtigt element i rehabiliteringsforløbet er at lære at kontrollere vejtrækningen, som kan hjælpe til:

- At få mere luft ned i lungerne
- At bruge sine kræfter optimalt i forhold til vejtrækning
- At det fysiske aktivitetsniveau bliver bedre.

3. Organisering

KOL-rehabilitering skal foregå et sted, hvor der både findes undervisningslokaler og træningsmuligheder, herunder træningssal og styrkeredskaber.

Rehabiliteringstilbuddet anbefales at strække sig over minimum 7 uger. Tidsperspektivet kan dog variere fra kommune til kommune.

Der forventes, at der gennemføres en opfølgning på kursusforløbet efter henholdsvis 3, 6 og 12 måneder, i form af opfølgningssamtaler enten pr. telefon eller ved en personlig samtale. I sygehus regi tilbydes brush up efter 6 mdr. med henblik på ny shuttle walk test og evt. optimering af ganghastighed.

Rehabiliteringsteamet består som minimum af følgende personale:

- KOL-sygeplejerske til varetagelse af bl.a. samtale og varetagelse af undervisning.
- Fysioterapeut til varetagelse af træning.
- Diætist eller professionsbachelor i human ernæring til varetagelse af undervisning om ernæringsmæssige indhold for KOL-borgerne.
- Rygestopinstruktør.

I sygehus regi tilbydes desuden lungelæge, ergoterapeut og socialrådgiver

3.1 Personalets kompetencer generelt

Viden om KOL og forebyggelse af eksacerbationer.

Viden om øvrige almindelige kroniske sygdomme, bl.a. hensyn til den store co-morbiditet

Kunne gennemføre specialtest

kendskab til iltudstyr og iltbehandling

Viden om rygningens betydning for udvikling af KOL

Planlægge, afholde og evaluere patientundervisning i samarbejde med det øvrige team

Tilrettelægge undervisningen og afholde undervisning og træning af praktiske færdigheder med en høj grad af deltagerinvolvering	Udarbejde undervisningsmateriale
Afholde den motiverende samtale	Viden om sundheds-pædagogiske teorier samt anvendelse heraf, - bilag 2
Kunne anvende motivationsskabende incitamenter for at øge patientens handlekompetence	

3.2 Personalets kompetencer specifikt

3.2.1 KOL-sygeplejersken

Specialviden om KOLsygdommen og co-morbide sygdomme fx osteoporose, hjertesygdomme, depression og underernæring samt viden om forebyggelse af forværringer, iltbehov og den medicinske behandling af KOL-borgeren. I sygehus regi skal sygeplejersken kunne revidere ilt dosis og medicindosering.

Kunne vurdere, analysere og anvende specialtest så som Shuttle Walk Test, (6 min. gangtest), Borgs dyspnoe score, MRC skala og spirometri.

Kunne vejlede i respirationsøvelser og i Peepfløjtens anvendelse.

Viden om rehabiliteringstilbud fra andre faggrupper.

3.2.2 Fysioterapeuten

Viden om KOL, symptomer og behandling.

Basiskendskab til lungefysioterapi.

Viden om behandling og træning af (moderate og svære) KOL-borgere.

Være i stand til at vurdere, analysere og anvende specialtests så som Shuttle Walk Test, (6 min. gangtest), Borgs dyspnoe score, MRC skala og spirometri.

Viden om rehabiliteringstilbud fra andre faggrupper.

3.2.3 Diætisten / professionsbacheloren i human ernæring

Viden om ernæringsterapi til KOL-borgere.

Viden om screening for ernæringsrisiko.

Viden om rehabiliteringstilbud fra andre faggrupper.

3.2.4 Ergoterapeuten

Viden om ergoterapeutiske muligheder til KOL-borgere, så hverdagen lettes.

Viden om muligheder for hjælpemidler.

Viden om rehabiliteringstilbud fra andre faggrupper.

3.2.5 Socialrådgiveren

Viden om muligheder for økonomisk støtte til KOL-borgere, fx legater, medicintilskud.

Viden om muligheder for kørselsordninger fx NT til fritidsaktivitet.

Viden om fleksjob, skånejob og pensionsregler.

Viden om regler for rejser i/ udenfor EU ved kronisk sygdom.

Viden om rehabiliteringstilbud fra andre faggrupper.

Bilag 1 til Guideline

Træningsprogram KOL-rehabilitering

1. Opvarmning
2. Vejtrækningsteknikker og dyspnøehåndtering
3. Styrketræning
4. Konditionstræning
5. Udspænding

1. Opvarmning

Generel opvarmning af hele kroppen:

Stående og gående øvelser.

Alle store led bevæges i yderstillinger.

Der udføres thorax mobiliserende øvelser.

Tempoet skal være med en intensitet, så deltagerne bliver let til svært forpustede. Opvarmningen er med til at øge fysisk og psykisk modtagelighed. Opvarmningen gør ligeledes kroppen parat til at udføre større belastninger, hvad angår både muskler og kredsløb. Formålet er endvidere at fremme den neuromuskulære kontrol samt undgå skader.

2. Vejtræningsteknikker og dyspnøehåndtering

-
- Dyb (Aktiv) abdominal respiration.
 - Pursed lip breathing/pustelyd.
 - Pep-fløjte.
-

Aktiv abdominal respiration og pursed lip breathing trænes specifikt. Under træningen inddrages abdominal respiration og pursed lip breathing med henblik på dyspnøe-kontrol.

Den basale abdominale vejtrækning

- En rolig vejtrækning, hvor vejtrækningsbevægelsen alene mærkes ved at brystkassens nederste del og det øverste af maven bevæges frem under indånding, og ind under udånding.
- Patienten bruger et minimum af muskelenergi på en vejtrækning der sikre et godt luftskifte.
- Vejtrækningen betragtes som værende en hensigtsmæssig måde at udnytte lungernes funktion optimalt.
- Vejtrækningen er afslappet og rolig, og fremmer derved følelsen af afspændthed i kroppen.

Pursed Lip Breathing/ Pustelyd

- En rolig aktiv udånding, hvor patienten selv laver modstand mod luftstrømmen ved at spidse læberne lidt.

- Mavemusklerne aktiveres og presser abdominalindholdet op mod diafragma / mellemgulvet, som derved danner et bedre udgangspunkt for den efterfølgende indånding, som bliver kraftigere.
- Sikre et godt luftskifte.
- Stimulere til en roligere vejrtrækningsrytme.
- Virker beroligende → mindsker angst.
- En teknik, der kan give luft til mere fysisk krævende aktiviteter.

Undervisning i brug af Pep-fløjte bør inddrages, da den afhjælper sekretstagnation (mange borgere har en Pep-fløjte fra deres sygehusindlæggelser.) Brug af Pep-fløjte kan ligeledes hjælpe KOL-borgere til en dybere abdominal respiration, og herved anvendes som et redskab til dyspnøehåndtering. Pep-fløjten kan være et middel til at dæmpe angsten i forbindelse med dyspnøe.

I undervisningen om vejrtrækningsteknikker og dyspnøehåndtering bør fokus endvidere rettes mod bækkenbundens belastning i forbindelse med host.

3. Styrketræning

Af arme- og benmuskler samt ryg- og mavemuskler:

Knæekstensionsmaskine	Stepmaskine
Benpres	Pull-down
Håndvægte	Elastikker

Den enkelte borger vejledes løbende og individuelt med hensyn til at finde den rette belastning under træningen (særlig bevågenhed til borgere med osteoporose). Belastning og antal gentagelser noteres hver gang. Personalet bør tilskynde, at styrketræningen øges gradvist, for at der opnås maksimale resultater på den relative korte tid. Styrketræningen bør udføres så den hele tiden svarer til 80 % af den maksimale ydeevne. 100 % findes ved det antal kg, hvor borgeren kun lige netop kan gennemføre øvelsen én gang. Den maksimale effekt ses først efter ca. 5 mdr., hvorfor langvarig evt. livslang træning anbefales. Hver træningsøvelse udføres eksempelvis 3 x 10 gange med pauser.

4. Konditionstræning

Træning primært med de store muskelgrupper i benene, for eksempel:

Gang/løbebånd	Kondicykel
Cross-trainer	Stepmaskine
Arm- og ben-cykel	Stepbænke
Endurance walk	6 min. gangtest

Borgeren skal gangtræne hver dag og får udleveret en træningsdagbog med Borgs skala samt et stopur. Borgeren skal gå med den hastighed, der blev fundet ved Shuttle Endurance Walk Test, det vil sige med 85 % af den maksimale belastning. I træningsdagbogen noterer borgeren den tid, han/hun kan gå samt graden af dyspnøe i Borgs skala. Sammen med borgeren

gennemgås dagbogen løbende. Det er vigtigt at årsager til skiftende træningstider noteres med henblik på vurdering af hvordan borgeren træner optimalt.

Belastningen skal svare til 85 procent af den maximale arbejdskapacitet. Ved træningen skal det føles tungt – ved cykling som at køre op ad bakke. Under træningen skal borgeren føle åndenød svarende til 4(5)-6 på Borgs skala.

Borgeren tager tid og arbejder uden pauser til vedkommende ikke kan mere. Når borgeren kan cykle eller anden form for konditionstræning mere end 5 minutter øges belastningen. De sværeste KOL borgere kan som oftest bedre klare styrketræning frem for konditionstræning, hvorfor hovedvægten bør lægges der. Det vil sige træningsopholdet skal gerne strække sig til min. 5 mdr., da det er den tid det tager at optræne en muskel.

Efter hver træningsseance noteres niveau/belastning og varighed.

5. Udspænding

Med henblik på at vedligeholde/øge bevægeligheden i de store led, udføres generelle udspændingsøvelser. Med henblik på at vedligeholde/øge bevægeligheden i skulder og nakke partiet udføres specifik udspænding af skulder/nakkemuskulatur da disse muskler altid er mere eller mindre stramme hos borgere med KOL.

Bilag 2 til Guideline

Relation og Sundhedspædagogik

Relation mellem patient og sundhedsprofessionel

Når sundhedsprofessionelle underviser patienter, er den overordnede hensigt, at den sundhedsprofessionelle stiller sin faglige viden og støtte til rådighed for patienten, således at denne opnår en større viden om sygdom og symptomer samt livsstil og levevilkår. Patienten motiveres til at tro på egne evner til at ændre livsstil (styrket self-efficacy). Målet er, at patienten øger sin handlekompetence og får en oplevelse af sammenhæng i tilværelsen på trods af sygdommen.

Det vil forandre en anerkendende væremåde/relation, der består af følgende elementer:

Forståelse – at kunne præstere indlevelse og et ægte forsøg på at forstå.

Accept - at acceptere patientens opfattelse, også selv om man ikke er enig.

Tolerance – evnen til at lade patienten være, der hvor han eller hun befinder sig i sit liv.

Bekræftelse - at tilkendegive, at patientens budskab er hørt og forstået.

Ovenstående kan være særlig vigtigt i relation til rehabilitering. Det er den enkelte patient, der skal lære at leve med sygdommen, og det kan være nødvendigt med livsstilsændringer. Det kan betyde, at patienten skal bryde med nogle vaner, som har været en vigtig del af livet, hvilket kan være forbundet med stor ambivalens hos den enkelte. Denne ambivalens skal de sundhedsprofessionelle kunne rumme, selv om der set med et sundhedsfagligt syn er en indlysende fordel af livsstilsændring. Formår de sundhedsprofessionelle ikke det, kan patienten føle, at noget "trækkes ned over hovedet" på ham/hende, og det medfører meget sjældent en varig ændring. I yderste konsekvens kan det medføre modstand over for de sundhedsprofessionelle.

Det er yderst vigtigt, at personalet er klædt på til opgaven og mestrer den pædagogiske vinkel i forhold til rehabiliteringsopgaven. Derfor anbefales personlige kompetencer for personalet svarende til:

En anerkendende kommunikation, som består i at vise forståelse, indlevelse, accept og bekræftelse samt evnen til at lade patienten være selvbestemmende.

At være aktivt lyttende.

At kunne handle selvstændigt og kreativt i nye og uforudsete situationer.

Da mange borgere med svær KOL ofte har kognitive problemer eksempelvis koncentrationsbesvær og svært ved at huske informationer, er det hensigtsmæssigt at tilrettelæggelsen af træningen tage højde for, at KOL sygeplejersken kan undervise den enkelte borger individuelt under træningen, idet læringseffekten og egenomsorgen øges, når borgeren i situationen guides til at følge anvisninger og gøres opmærksomme på egne symptomer. Det bevirker som oftest, at borgeren tør presse sig selv mere både fysisk og psykisk og bliver bedre til at

Sygdomsspecifik sundhedsaftale

anvende respirationsteknikker og bruge akut medicin relevant. Desuden bliver borgeren bedre til at opfange små signaler på eksacerbation og handle hurtigt og hensigtsmæssigt, så lungefunktionen ikke falder unødigt.

Kronikerenheden d.22. juni 2011