

REHAB-INFO

Desember 2013

Lungesjukdommar



Teamet har ordet

Lungesjukdommar og spesielt KOLS er sjukdommar som rammar mange. Førekomsten har vore aukande dei siste åra og kvar femte eldre person i Noreg har KOLS. Lungesjukdom og KOLS spesielt gjev gjerne hoste, tungpust og nedsett fysisk kapasitet og med dette varierende grad av funksjonsnedsetjing, behov for helsetenester og rehabilitering. I dette nummeret av rehab-info ynskjer me difor å setja fokus på kva lungesjukdom er og kva det inneber å leva med lungesjukdom.

Kva kan hjelpa til ein betre kvardag, kva hjelp finst og kven kan hjelpe?



Kunstnaren i denne utgåva av Rehab-Info er Åshild Haugsbø

Åshild er utdanna sjukepleiar og har arbeidd som det i 30 år. Etter kvart vart hobbyen så altoppslukande at det kom til eit skifte. Dagleg pendling til KIB, Kunstskolen i Bergen, vart den nye kvardagen i 2 år, deretter studiar i kunsthistorie ved Folkeuniversitetet i Hordaland. Åshild har vore med i Voss Kunstlag i mange år, både som styremedlem og leiar. Ho har også vore med i Vossaskulen for Biletkunst, noko som har vore til stor inspirasjon gjennom sine dyktige lærarar. Åshild arbeider både med akryl og oljemåling, men dei siste åra har foto, optimalisert og bearbeidd i photoshop, blitt ein større del av uttrykket. Samstundes er ho glad i pensel og spor etter handtverk, så mange av arbeida er ein kombinasjon mellom foto og akrylmåling. Framsida: «Måneskin»

Rehab-info er ei informasjonsavis om rehabilitering for Voss Lokalsjukehusområde. Den er utgjeve av avdeling for rehabilitering og tverrfaglege tenester ved Voss Sjukehus. Send ros, ris og tips til gode saker eller tema til Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Lungesjukdommar

Me har i denne avisa valt å leggja hovudvekt på lungesjukdommane KOLS og astma. I tillegg har me med eit innlegg om søvnapné, då dette er eit stadig aukande problem i Noreg.

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) er ein kronisk betennelsesreaksjon som skadar bronkiane og vevet i lungene. Talet på menneske med KOLS i Noreg varierer mykje, mellom 200 000 og 370 000. I dei nordiske landa har mellom 4 og 6 % av den vaksne befolkninga KOLS. Med tidleg diagnostisering kan symptoma påverkast og sjukdomsutviklinga bremsast.

Kronisk hoste og oppspytt om morgonen er dei første teikna på KOLS. Ved fysisk anstrenging vert ein tungpusta og får hoste. KOLS-pasientar kan også få astmatiske anfall, fordi slimhinnene er betente og reaktive. Røyking er den vanlegaste årsaken til KOLS. Risikoen aukar med aukande tobakksforbruk og antal røykeår. Luftforureining i arbeidsmiljøet står for 15 % av tilfella. Arvelege faktorar spelar også inn. Svært mange har KOLS utan å veta det. Mange trur at den dårlege pusten berre skuldast alder og for lite trening.

Årleg vert det oppdaga 20 000 nye tilfelle, og over 1400 personar dør i Noreg av KOLS. Det finst fleire gode medisinar for å behandla sjukdommen, og røykeslutt og eventuelt omplassering i yrkeslivet har stor effekt. Lungeskaden er permanent, men symptoma kan påverkast og sjukdomsutviklinga kan bremsast. Tidleg påvising av KOLS sikrar best effekt av tiltak og behandling.

Bruk av spirometri er nødvendig ved diagnostisering av KOLS. Spirometri (lungesjunksjonsmåling) er ein pusteprobe der ein målar hastigheit og volum på utandingslufta etter maksimal innanding. Ein enklare pusteprobe som også vert brukt er PEF (peak expiratory flow). Då pustar

ein kraftig ut gjennom eit lite røyr som målar hastigheita på utandingslufta.

KOLS utviklar seg gradvis og dei fleste kan venna seg til funksjonstap over tid. For personar som har mistanke om KOLS er det lurt om ein pårørende er med til legen. Han eller ho kan sei noko om korleis pasienten var før, om han snorkar om natta eller blir blå på leppene ved anstrenging. Ein pasient som har fått påvist KOLS bør følgjast opp med kontrollar. Alvorlegheitsgrad og grad av funksjonstap bestemmer kor ofte. Hensikta med kontrollane er å gi hjelp, støtte, rettleiing og medisinsk behandling - samt å vurdere om lungefunksjonen vert redusert.

KOLS vert ofte delt opp i fire stadie basert på symptom og spirometrimålingar. Spirometrisk er KOLS definert som ein vedvarande og ikkje fullt reversibel luftvegsobstruksjon. Ei vanleg brukt inndeling i Noreg er basert på ei internasjonal klassifisering, GOLD - Global Initiative for Lung Disease.

- Stadium 1 er mild KOLS. Vanlegvis, men ikkje alltid, kjenneteikna med kronisk hoste og slim frå lungene. $FEV1 \geq 80\%$ av forventa. (FEV1: Forsert ekspiratorisk volum i 1 sekund. Vert brukt som mål på lungekapasitet).
- Stadium 2 er moderat KOLS. Kjenne-teikna er aukande symptom og ofte tungpust ved anstrenging. FEV1 50-79 % av forventa.
- Stadium 3 er alvorleg KOLS. Episodar med akutte forverringar som har innverknad på livskvaliteten er vanlege. FEV1 30-49 % av forventa.
- Stadium 4 er svært alvorleg KOLS. Ved dette stadiet er livskvaliteten svært

reduisert og forverringar kan vera livstruande. FEV1 < 30% av forventa.

Astma

Astma er ein kronisk betennelses- eller irritasjonstilstand i luftvegane. Dette gir ein overfølsomheit i luftvegane som kan føra til gjentekne episodar med hoste, tettheit i brystet, tungpust eller surkling - særleg om natta eller tidleg om morgonen. Mellom episodar med forverring kan pusten vera normal.

Astmaanfall vert utløyst av ein eller fleire av følgjande faktorar: allergiframkallande stoff som pollen, muggsopp og husstøvmidd, tobakksrøyk, støv, forureining, tåke, kulde, ulike gassar, sterke luktar, stress, medisinar, fysisk aktivitet, virusinfeksjonar og enkelte medikament. Det er særleg tre faktorar som kvar for seg forårsakar anfall;

- Krampe i muskulaturen rundt luftvegane.
- Irritasjon / betennelse (inflammasjon) i slimhinnene i luftvegane som ikkje er forårsaka av infeksjon. Betennelsen fører til hevelse i slimhinnene, luftvegane blir forsnevra, trongare og det blir tyngre å pusta.
- Slimoppfoping i luftvegane.

Kven får astma?

Utviklinga av sjukdommen astma er kompleks og samansett og skuldast faktorar både frå arv og miljø. Arveleg astma førekjem ofte saman med eksem og allergi. Fedme kan vera ein risikofaktor ved astma. Gutar har større risiko for å få astma som barn. Ikkje-arveleg astma kan skuldast etterverknader av luftvegsinfeksjonar, ulike stoff i arbeidsmiljøet, forureining i inne- og utemiljøet, ulike sider ved kosthald og tobakksrøyk hjå menneske som er disponerte (arvelege faktorar) for å utvikla astma. Cirka 20 % av norske barn har astma. Førekomsten blant vaksne er på cirka 8 %. Eit viktig råd for å førebyggja at barn utviklar allergi og seinare astma, er at dei vert beskytta mot passiv røyking.

Behandling av astma

Målsetjinga med astmabehandlinga etter internasjonale retningslinjer (GINA) er:

- Best mogeleg kontroll over daglege og nattlege plager.
- Minst mogeleg bruk av anfallsmedisin.
- Ingen avgrensingar i daglege aktivitetar.
- Tilnærma normal lungefunksjon.
- Unngå alvorlege astmaanfall.

Søvnapné

Apné betyr ”ikkje pust”, og søvnapné betyr at du har mange pustestans medan du søv. Du merkar det kanskje ikkje sjølv, men du får ikkje den kvilen du treng, og du kan verta trøytt og søvning på dagtid. Søvnapné er ofte kombinert med snorking.

Berekningar tyder på at 2-4 % av middelaldrande kvinner og menn har søvnapné. Også barn og unge kan ha søvnapné. Hjå vaksne har overvektige, storsnorkarar, personar med høgt blodtrykk og personar med unormale forhold i nase og svelg oftare søvnapné enn andre.

Obstruktiv søvnapné er den vanlegaste typen søvnapné, og skuldast at lufta vert hindra på veg inn og ut av lungene medan du søv. Når du søv slappar muskulaturen i nase, munn, svelg og hals av. Hjå enkelte vert muskelspenninga så låg at svelget klappar saman og lufta ikkje kjem inn og ut. Dette fører til uroleg søvn. Dersom oksygenivået i blodet kjem under ei viss grense, vaknar du. Denne prosessen kan pågå mange gonger i løpet av ei natt utan at du merkar det.

Personar med søvnapné kan vera plaga av døsigheit og konsentrasjonsproblem på dagtid, hovudverk eller ei kjensle av å vera slitne. Ved alvorleg søvnapné kan du få ei sterk trong til å sovna i situasjonar der det er viktig å vera heilt vaken, som til dømes ved bilkøyning.

Snorking

Tettheita i nase eller svelg fører ofte til vibrasjon i det blaute vevet i ganen og det

gir snorkelydar. Dersom du veit at du snorkar og ”alltid” føler deg trøyt og sliten på dagtid, kan det vera grunn til å tenkja på søvnapné som ei mogeleg årsak. Det er viktig å nemne at langt frå alle som snorkar har søvnapné!

Årsaker til søvnapné

Ein kan bruka søvnregistreringutstyr heime, eller verta undersøkt på eit søvnlaboratorium for å undersøkje kor mange pustestopp ein har i løpet av ei natt, og kva som er årsaka. Tettheit i nasa kan i nokre tilfelle behandlast ved å behandla ein allergi eller ved å operera ein skeiv skiljevegg i nasa. Tettheit i ganen kan i nokre tilfelle skuldast overvekt og fedme eller irritasjon fordi magesyre kjem opp frå magesekken om natta. Alkohol og røyking kan også føra til tettheit. Alkohol på kveldstid fører til at muskulaturen i svelget vert slappare enn elles. Røyking gir irritasjon og hevelse i slimhinnene.

Behandling

- Vektreduksjon: Dersom du er overvektig og i dårleg fysisk form, kan nokre kilo eller berre 5-10 % vekt-nedgang hjelpa mot blodtrykksauke og søvnapné. Eit vektreduksjonskurs eller andre tiltak kan vera nyttig.
- Andre livsstilsendringar i form av røykeslutt og mindre alkohol.
- CPAP-maske: CPAP står for kontinuerleg overtrykk; continuous positive airway pressure. Du søv med ei maske som gir auka lufttrykk til nase og munn. Dette held luftvegane opne,

du får nok oksygen i blodet, søv rolegare og unngår oppvakningar.

- Operasjon: Mange har dei siste åra vorte opererte for snorking der delar av den blaute ganen har vorte fjerna ved hjelp av ulike metodar. Det visar seg at problema ofte kjem tilbake etter ei stund. I nokre tilfelle vert ein kvitt snorkinga, men ikkje søvnapnéen. Også andre operasjonar kan vera aktuelle, til dømes naseoperasjon.
- Hjå barn kan store mandlar eller polyppar fjernast og gi varig betring.
- Ein tungehaldar eller biteskinne er ei innretning som vert sett inn i munnen for å gi betre luftpassasje. Den hjelper best dersom plagene er milde eller moderate.
- Andre behandlingsmetodar: Ved svært alvorleg søvnapné kan det setjast inn eit ”hjelperøyr” på halsen. Røyret vert stengt på dagtid.

Utan behandling kan søvnapné påverka livskvaliteten betydeleg. Trøyttheit om dagen kan medføra problem med utføring av jobben. Personar med alvorleg søvnapné har også auka risiko for andre helseproblem, til dømes høgt blodtrykk. Med riktig behandling for søvnapné vil du føla at du får meir energi og vert meir utkvilt. Blodtrykket vil gå ned.

Teksten er utdrag frå desse nettsidene:

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (www.lhl.no)

Astma og allergiforbundet (www.naaf.no)

Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no)

Folkehelsesinstituttet (www.fhi.no)



Dotter mi

Utan treninga er eg eit «sjukt» menneske, men sjuk er eg jo ikkje!

Intervju med brukar Edel Rundhaug
Utført av sosionom Anne Cecilie Kaldefoss, Voss sjukehus

Det vart oppdaga ved ei tilfeldigheit for omlag 11 år sidan at eg hadde astma. Eg var til lege for noko heilt anna, men pipinga i brystet vart lagt merke til og eg fekk diagnosen astma.

Eg er opprinneleg frå Oslo, er 75 år, er gift og har to born. Eg kom til Voss i 1956. Eg har utdanninga mi frå Vatheim og Kunst- og handverksskulen på Gjernes. Eg har arbeidd i ulike butikkar på Vangen som ekspeditør og vindaugsdekoratør, samt som dekoratør på Fleischers hotell. Eg har alltid vore nysgjerrig på alt som lev ute i naturen. Eg har difor likt å vera ute i skogen og i hagen. Eg har vore soppakkunnig i mange år, likar å male bilete og er ein bokorm. Eg har og vore støttekontakt for to personar i 8 og 9 år.

Eg har slite med vonde ledd og rygg i mange år og har fått diagnosen Bekhterevs sjukdom og artrose. Eg har fått betennelse-dempe medisin over lenger tid, og hatt fleire opphald på Hatlestad sjukehus utanfor Bergen.

Pipinga i brystet hadde eg hatt lenge, men ikkje tenkt meir over det. Fastlegen ordinerte astmamedisin, og i 2002 søkte eg om å få delta i lungegruppa til fysioterapeut Kari Aarseth. Eg tenkjer at eg starta opp rehabiliteringa mi då. Eg har vore med på trening i lungegruppa i mange år, men jobben må eg gjera sjølv! Eg merker at eg har fått god kondisjon og styrke.

Morgonane er utfordrande. Det tek tid å koma i gang. Ein time før eg går på trening i basseng og i lungegruppa, tek eg ein smertestillande medisin og Ventoline. Eg har erfart at eg klarer å gjennomføra treningsøkta på ein betre måte med å gjere det slik. Denne erfaringa synst eg er viktig å formidle!

Vinteren i fjor var vanskeleg. Det var så glatt ute og eg kom meg ikkje ut. Då kjøpte mannen min og eg tredemølle! Vi har og kjøpt ergometersykel og terapimaster. «Vi må jo bevege oss!» I tillegg nyttar eg terapibassenget på Hagahaugen med fysioterapeut Bjørg Anvor Tvilde 1 gong i veka.

Eg meiner at astmaen min hemmar meg i kvardagen dersom eg ikkje trenar. Eg prioriterer difor dette svært høgt. Eg ynskjer å vedlikehalda funksjonen eg har opparbeidd meg. Eit anna moment er å hugse å ta astmamedisinen til rett tid kvar dag!

Eg synst det går heilt greitt å leve med astma og kan ikkje hengja meg opp i negative ting eg ikkje kan gjera noko med! Eg har anstrengingsastma, og toler alle luktar og dyr. Eg har stått på og vore aktiv. Eg meiner eg har teke ansvar for livet mitt og har måtta prioritere kva eg vil bruke kreftene mine på.

Til slutt vil eg fortelja om då eg slutta å røykja for 18 år sidan. Eg røykte mykje og rekna ut at dette kosta meg 1500 kroner i månaden. Då eg slutta, oppretta eg faste trekk på dette beløpet på eigen konto, og dette var ein stor motivasjon for meg! Så no er det både pengar på bok og ei betre helse!

Edel Rundhaug avsluttar intervjuet med gode tips til lesarane: **«Bruk kroppen din! Ver aktiv i ditt eiga liv! Eg vil oppfordra astmatikarar og andre til å gå på treningsgruppa til Kari Aarseth!**

Voss og omland Astma- og Allergilag

Leiar Helene Stråtveit



Voss og omland Astma- og Allergilag (VAAL) har medlemmer i kommunane Voss, Granvin, Ulvik, Eidfjord, Kvam, Vaksdal, Modalen og Osterøy. Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF) sitt mål er å gjera Noreg friskare. På Voss har me eit styre som består av 7 frivillige. Me har også ein eigen kontaktperson i Kvam. I Oslo har NAAF ein brei stab bestående av fagpersonar på inneklima, uteluft, mat-allergi, astma, KOLS med meir. NAAF er delt opp i regionar, og VAAL er ein del av Region Vest. Region Vest har ein eigen regionssekretær som kan kontaktast dersom ein lurar på noko.

På NAAF sitt landsmøte i september vart det vedteke at hovudfokuset dei neste tre åra er «Born og inneklima». Inneklima er viktig for helsa vår, trivsel og produktivitet. Eit dårleg inneklima kan

bidra til sjukdom og plager hjå mange menneske. Me arrangerer også medlemsturar som skal ivareta det faglege. Her kan ein kan treffe andre som har dei same utfordringane. Bading og gågruppe er andre aktivitetar som blir arrangert lokalt. Gjennom dette ynskjer me å setje fokus på kor viktig fysisk aktivitet er. Lungetrim med fysioterapeut har vore gjennomført det siste året. Her er me avhengig av nok påmelde.

Har du tid, overskot og lyst til å være frivillig? Me ynskjer oss frivillige i alle aldrar og med ulik bakgrunn. Kor ofte og kor lenge? Det er du sjølv som bestemmer omfanget. Nokre ynskjer å bidra fast, medan andre kan kontaktast ved behov. Sjølv sagt ynskjer me oss nye medlemmer som vil støtte saka vår. Meir informasjon finn du på <http://www.voal.com>



LHL

LHL Voss

Nestleiar Trygve Dolve

LHL Voss har ikkje eit spesielt tilbod for lungesjuka, men har ei treningsgruppe for hjertesjuka leia av fysioterapeutar.

LHL Voss vart danna våren 1987 etter førespurnad frå LHL sitt fylkeslag. Karl Vedå, Olav Knapstad, Mario Cozzolino, Nils Lyngnes, Godskalk Selland, Signe Selland, Otto Svane, Christian Herheim, Agnes Herheim og Marta Hårklau vart med. Heilt frå starten arbeidde laget med å få til eit treningsopplegg med fysioterapeutar. Hausten 1988 kom treninga i gang i gymnastikksalen til 3H-skulane på Rogne. Steinar Mjeldheim var trenar. Voss sjukehus hjelpte til med lækjar og

sjukepleiar i fyrstninga. Kjartan Tvilde kom litt seinare til som trenar.

Det er trening måndagar og torsdagar frå klokka 18 – 19. No er det Kjartan som leiar måndagane og Kjersti Gulbrandsen Skattum som leiar torsdagane. For å vera med på treninga må ein ha tilråding frå lege og medlemskap i LHL. I byrjinga var det 15-20 personar med, no er me rundt 30 kvar gong. Det er flest menn, men det er og med nokre spreke damer. Me har det rett og slett moro, og så gjer det så godt for hjarta og lungar. Det er plass til fleire - velkomne alle som har lyst!

Diagnosen som ingen vil ha

Lungesykepleier Lise-Lotte Dahle Småbrekke, Voss sjukehus

Kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS, er en sykdom som berører mange mennesker. I Norge er det i følge Folkehelseinstituttet cirka 200 000 som har diagnosen, og over halvparten vet ikke om at de er rammet. Andre opererer med et langt høyere antall, 350 000. Av de som har KOLS, er det cirka 20 000 som har alvorlig sykdom, det vil si en lungefunksjon på under 50 %. I årene som kommer vil antall mennesker med KOLS øke sterkt.

KOLS brukes som en samlebetegnelse for kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Symptomene på sykdommen som utvikler seg langsomt, er langvarig hoste, slim, piping i brystet og tungpust. KOLS gir luftveisobstruksjon på grunn av en kronisk betennelsesreaksjon som skader bronkiene og vevet i lungene. Sykdommen er progredierende og påvirker hele kroppen. Årsaken til KOLS skyldes i cirka 80 % av tilfellene røyking. Man kan også utvikle sykdommen ved passiv røyking, dårlig innemiljø, industristøv, forurensing og lignende. Senere års forskning viser at lungesykdommen er genetisk betinget. Dødeligheten ved KOLS er høyere enn ved hjerteinfarkt og mange typer kreft. KOLS er en kronisk sykdom som en må lære å leve med.

Røykeslutt

Kronisk sykdom krever stor egeninnsats. Det forutsetter at en har kunnskap om sykdom og årsaksforhold slik at en kan ta de rette avgjørelser. Det viktigste en selv kan gjøre for å unngå å få KOLS og for å stoppe utviklingen av alvorlig sykdom når en har fått diagnosen, er røykeslutt. Så enkelt, men også for mange, så vanskelig. Noen klarer å slutte alene ved «å bestemme seg for det». De fleste trenger litt hjelp. Røykeplaster og andre hjelpemidler kan en få kjøpt på apotek uten resept. Noen vil trenge oppfølging av lege og bruk av tabletter mot «røykesug». Røyketelefonen, med telefonnummer 800 400 85, kan gi råd om røykeslutt og oppfølging. Internettetsiden www.slutta.no gir også mange tips. Det viktigste er å være motivert for røykeslutt. En god hjelp kan være at flere går sammen

og motiverer hverandre. Et råd som en tidligere røyker ga, kan kanskje være et godt råd også for andre. Sett et stort syltetøyglass på kjøkkenbordet. Fyll opp i glasset de pengene som en sparer ved å slutte å røyke. Etter hvert som glasset fylles, vil det gi en ekstra motivasjon til å fortsette med å være røykfri.

Fysisk aktivitet

Tungpust er et av kjennetegnene ved KOLS. Det kan føles som et hinder fra å være i aktivitet. Fysisk aktivitet er spesielt gunstig for lungesyke. Skadene som har oppstått på selve lungevevet, kan ikke reverseres. Derfor er det viktig å trene slik at man setter hjertet og musklene i stand til å utnytte lungene mer effektivt. Å trene i grupper eller alene med fysioterapeut gir motivasjon. Den daglige egentreningen er viktig. Det kan være lurt å tenke ut aktiviteter som man liker. Rehabiliteringsopphold på lungesykehus kan også være en måte å få testet ut hvor mye en klarer. De gir et tverrfaglig tilbud med utredning, behandling og oppfølging under et opphold som varer i flere uker.

Psykisk helse

KOLS er en sykdom som i hovedsak skyldes røyking. Det kan oppleves som at diagnosen er selvforskyldt, en livsstilssykdom. Det at sykdommen oppleves som selvforskyldt, kan hindre noen i å søke hjelp. Noen har vanskelig med å forsones seg med diagnosen. Tungpust, slim og hoste bortforklares. Symptomene fører ofte til store forandringer i hverdagen. En klarer ikke så mye som tidligere og blir fort trett. Tungpusten gjør at en er mindre sosial enn

tidligere. Det kan gå ut over livskvaliteten. For noen er hjelpeløsheten det verste. Det å ikke klare seg selv, kan faktisk oppleves verre enn tungpusten. De som har mye tungpust kan oppleve angst for ikke å få puste, og angsten gjør en mer tungpusten. Den endrede livssituasjonen kan også gi depresjoner. Det er viktig å snakke om hvordan man har det og få hjelp når det trengs.

Hjemmeoksygen

Lungenes viktigste oppgave er å tilføre kroppen oksygen til blodet og utlufting av karbondioksid fra blodet. Når det er svikt i denne funksjonen, kalles det respirasjonssvikt. Dette måles ved å ta en arteriell blodgass. Kriteriene for å ha en respirasjonssvikt er paO_2 lavere enn 8 kPa (hypoksemi) og / eller $paCO_2$ høyere enn 6,5 kPa (hyperkapni) målt i arterielt blod.

Noen av dem som har KOLS, vil etter hvert utvikle respirasjonssvikt. Ved langsomt progredierende sykdom vil en se symptomer som morgenhodepine, tretthet om dagen og urolig søvn om natten, konsentrasjonssvikt, nedsatt hukommelse, nedsatt tempo og koordinasjonsevne. Hypoksemi kan også gi symptomer fra hjerte- og karsystemet med hjertebank og lett blodtrykksstigning. Sentral cyanose og blålig misfarging av huden kan og sees.

For å få hjemmeoksygen, LTOT (Long Term Oxygen Therapy), er det noen kriterier som må foreligge. Den som skal ha LTOT må ha vært røykfri i 3 måneder. Røyking og samtidig bruk av oksygen er uforenlig på grunn av brannfaren. Tungpust i seg selv er ingen grunn til LTOT. Det må foreligge en respirasjonssvikt. LTOT er indisert når paO_2 er lik eller under 7,3 kPa med eller uten hyperkapni eller paO_2 7,3 kPa – 8 kPa med eller uten hyperkapni dersom det foreligger en kjent pulmonal hypertensjon, perifere ødemer eller sekundær polycytemi.

Oppstart av hjemmeoksygen må baseres på en god utredning som innebærer arteriell blodgass, nattlig pulsoksymetriregistrering, gangtest, spirometri og røntgen av lungene. Oksygen regnes som et legemiddel og doseres individuelt. Doseringen må ikke endres uten i samråd med lege. For å få best mulig effekt av LTOT er det viktig å bruke oksygen minst 15 timer i døgnet, helst kontinuerlig. En oksygenbruker går til faste kontroller minst to ganger i året i spesialisthelsetjenesten.

Alt oksygenutstyr blir levert av seksjon for behandlingshjelpemidler. Utgifter til oksygenkonsentratorer, bærbar oksygenflasker og forbruksmateriell blir dekket. Strømutgiftene til oksygenkonsentratoren må en dekke selv. Før oksygenutstyret blir tatt i bruk, er det viktig med god opplæring til brukeren og noen i familien. Det kan være en utfordring å bruke LTOT, mange trenger en tilvenningsperiode.

Ordforklaring

Hypoksemi: lavt oksygeninnhold i blodet.
Hyperkapni: for høy konsentrasjon av karbondioksid (CO_2) i organismen.
Polycytemi: økning av antallet røde blodceller.

Kilder

Dager T.N. (2006) ”Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har KOLS”. Tilgjengelig fra www.lhl.no/glittreklirikken

Gulsvik, A. & Bakke, P.S. (2004) Lungesykdommer. En basal innføring. Bergen, Fagbokforlaget

Lindgren S. (2008) ”Veien blir jo så smal etter kvært”. Tilgjengelig fra www.munin.uit.no

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2013) Fakta om KOLS - kronisk obstruktiv lungesykdom. Tilgjengelig fra www.fhi.no

Fastlegen si rolle for pasientar med lungesjukdommar

Fastlege Ottar Rakoto Fjose, Voss

Eg har hatt jobb som fastlege i Voss kommune sidan 2006. Som andre fastlegar har eg mange pasientar med lungeplager. Av lungepasientar har eg nok flest med KOLS og eg vel difor å skrive om arbeidet med desse. KOLS tyder kronisk obstruktiv lungesjukdom. Ein kan sjå på det som ei kronisk astmatisk lidning.

Eg trur eg har minst ein KOLS-pasient innom kvar dag, men det er slett ikkje alltid vi snakkar om KOLS. Mange av desse er frå 50 år og oppover og kan ha andre ting dei ynskjer hjelp med. KOLS-pasientane er som andre pasientgrupper, ulike i måten å leve med sin sjukdom på. Nokon kan vere overraska over at eg tek opp temaet KOLS, sjølv om dei kjem med til dømes ein luftvegsinfeksjon. Andre kjem til meg for si KOLS-liding fordi dei treng hjelp til medisinerings eller kanskje sjukemelding i samband med forverring av lidinga. Med KOLS høyrer det ofte luftvegsinfeksjonar og forverringar og dette er ein hyppig årsak til kontakt med lege.

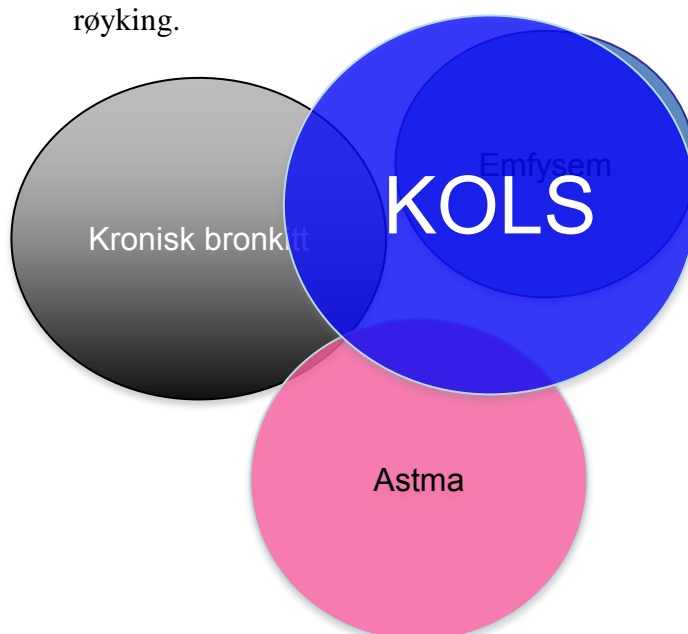
Nokon synes ikkje KOLS er ein kjekk sjukdom å ha og snakkar lite om det med familie eller arbeidsgjevar. Andre har forsona seg meir med diagnosen. Mange av mine klientar har slutta å røykje for fleire tiår sidan og kan vere overraska over at lungefunksjonstesten viser KOLS så lang tid etterpå. Det kan kome som ei overrasking at dei får plager med KOLS først når dei slutter å røykje eller fleire år etterpå. Det er fordi lungefunksjonen går jamt nedover med alder og til slutt kjem ein til ein terskel der ein merker plagene. Som med andre plager som kjem sakte, har mange ei god evne til å tilpasse seg stoda. Nokon synes ikkje dei har så mykje tungpust sjølv om funksjonstestane viser at dei er langt under normalen for sin alder.

Røykestopp

Ein viktig del av jobben som fastlege er å bidra til røykestopp. Vi møter heile

spekteret av pasientar, frå dei som ikkje tenkjer på røykestopp til dei som har bestemt seg for å slutte. Nokon har til og med satt ein dato før dei tek kontakt. Vi har og nokon som har bestemt seg for at dei ikkje skal slutte nokon gong, eller som har gitt opp og ikkje trur dei vil klare å slutte.

Det seiest at vi vil lukkast med å få om lag 3-5 % til å stoppe kvart år, viss vi tek opp temaet med alle som vi har høve til. Det stemmer ganske bra med mi erfaring. Spørsmålet ein ofte stiller er; «kva tenkjer du om det med røyken no?». Er dei ikkje motiverte, kan det ha liten nytte å gå vidare med råd eller opplysning om helseskadane. Nokon få treng berre ei lita påminning frå legen for å ta seg saman og stumpe røyken. Mi erfaring er at det ofte er triveleg å snakke om det med røyk. For mange er det ei ganske personleg sak. Mange ser det komiske i at dei begynte som 14-15-åring og framleis held på etter 50 år med dagleg røyking.



Legemidler

Ein stor del av jobben som fastlege er å hjelpe til med ulike legemiddel. Av og til kjem det nye preparat og då må fastlegen setje seg inn i nytten av dei. Legemiddelindustrien og deira representantar bruker mykje ressursar på å påverke legane til å velje deira preparat. Det krev mykje å halde seg oppdatert om nyvinningane i ulike behandlingar.

Etterleving av behandling

Inhalasjonspreparat er ein stor del av behandlinga for KOLS-pasientar. Mange av pasientane strevar med å lære seg riktig bruk av desse medisinane, og kanskje spesielt gjeld det eldre pasientar. Det er og mange demente som har behov for KOLS-behandling. Eg tykkjer det er veldig nyttig å la pasienten ta med inhalasjonsmedisinane sine og demonstrere bruken av dei på kontoret. Det er ikkje sjeldan at teknikken er litt feil. Eg hugsar godt ei eldre dame eg besøkte heime fordi ho var for svak til å kome på legekantoret. Eg bad

ho demonstrere korleis ho tok KOLS-medisinen sin. Ho trakk pusten djupt og blas alt ho hadde ut gjennom inhalatoren sin. Det er og ei utfordring å få pasienten til å forstå at behandlinga er førebyggjande og må takast kontinuerleg også i gode periodar.

Rehabilitering

For dei med alvorleg KOLS har det vore tilbod om rehabilitering ved fleire institusjonar som har spesialisert seg på lungesjukdommar. Det er fastlegen sin jobb å tilvise til slike tilbod. Samtidig er det mykje å hente på eigeninnsats med hjarte- / lungetrening for desse pasientane. Mange kan ha stor nytte av eigentrening etter enkel instruksjon.

Fastlegejobben er spennande fordi vi møter pasientar i alle aldrar og med alle grader av sjukdommar. Det er utfordrande å gje riktig tilbod til alt frå førebyggjande behandling til behandling i slutten av livet.

Vaksdal kommune

Fysioterapeut / Rehabiliteringskoordinator Sol-Kari Terjesen

Tilbod til lungesjuka i Vaksdal Kommune per 1. november 2013

Det er per i dag oppretta ei gruppe for personar med hjarte- og lungesjukdom i Vaksdal Kommune. Gruppa blir leia av fysioterapeut og deltakarane kjem tilreisande frå heile kommunen. Treninga føregår i gymnastikksal på Dale barne- og ungdomsskule ein gong i veka.

Fokuset på treninga er god oppvarming og den påfølgjande treninga er i hovudsak styrkeøvingar for heile kroppen, då med særskilt fokus på dei store muskelgruppene. Treninga er lagd opp som stasjonstrening, og på denne måten kan deltakarane gjennomføre treninga på sine premisser i forhold til fysisk funksjon. Deltakarane får

retteleing av fysioterapeut i samband med gjennomføringa av dei ulike øvingane. Avslutningsvis har ein tøyingsøvingar for heile kroppen.

Per dags dato er det ikkje planlagt nokon fleire tiltak rette mot lungesjuka, då det er mange tilbod frå dei ulike idrettslag i kommunen som alle kan delta på. Det er også to bassenggrupper for personar med revmatiske lidningar kvar måndag som blir leia av fysioterapeut. Vidare arbeidar ein mot å opprette andre grupper, men det er så langt ikkje avgjort kva målgruppe eit nytt tilbod skal vere retta mot.

Kvam herad

Fysioterapeut Ann Katrin Øktner
På vegne av Kvam Rehab- og behandlingsavdeling

Oppstart av dialysebehandling

Kvam herad har i 2013 deltatt i eit utredningsprosjekt saman med medisinsk avdeling ved Haukeland Universitets-sjukehus om etablering av dialyse i Kvam. Dialysesatelitten er no på plass med to maskiner lokalisert i Kvam rehabiliterings- og behandlingsavdeling.

Den vert drifta av dialyseeininga ved medisinsk avdeling som ein del av

spesialisthelsetenesta og vil ha oppe tre dagar i veka.

Fire sjukepleiarar ved Kvam rehabiliterings- og behandlingsavdeling har fått opplæring og vil arbeide ved dialysen. Målet er å gje dialysepasientar i Kvam og omliggjande kommunar behandling nær heimen, og med det auka livskvaliteten.



Blomar til dei fire sjukepleiarane ved opninga. Frå venstre: Silje Kristiansen, Åshild Gausvik Lid, Marit Marøy og Trude Rykken Norheim. 04.11.2013 var dialysen klar til å ta imot pasientar og dagen vart markert med kaker og blomeoverrekking.

Oppstart av ØH-seng

Det er planlagt å starte opp ei øyeblikkeleg hjelp-seng på same avdeling og personalet er i gang med opplæring i samarbeid med Helse Bergen.

Pårørandeopplæring

Nasjonalforeininga Kvam Demensforeining er ei aktiv foreining og arrangerer årlege kurs. I haust arrangerer dei kurs for pårørande. Dei samarbeider

med Kvam Herad som stiller med fagressursar og lokalar. Målsetjinga med kurset er å få meir kunnskap om det å leve med ein demenssjukdom, få meir informasjon om kva for tilbod og rettigheter ein har både som sjuk og som pårørande, og skape ein felles møteplass for pårørande. Tema på årets kurs er mellom anna informasjon frå pleie- og omsorgstenesta, ernæring, juridiske rettigheter og velferdsteknologi.

Voss kommune

Prosjektleder Vossmodellen Toril Hunnålvatn og sjefsfysioterapeut Anne-Grete Haugen

Statusrapport frå Vossmodellen oktober 2013

Prosjektet «Vossmodellen» er snart i avsluttande fase når det gjeld forskingsprosjektet, og vert truleg avslutta våren 2014. Dette gjeld intervensjon mot brukar, men det vert litt datainnsamling fram mot hausten. Det er i dag 43 inkluderte brukarar. Totalt 60 skal vere med i studien. 36 er avslutta og har hatt kartlegging etter 3 månader, 15 har hatt kartlegging etter 9 månader. Fråfall: 5-6 personar.

Mange kommunar i Noreg er i gang med kvardagsrehabilitering, sterkt inspirert av gode resultat i Danmark og Sverige, men Voss sin modell skil seg ut ved at ein har valt ei organisering med tanke på å få til endring av kultur i heimetenestene. I Fredericia reiser eit spesialisert team rundt i kommunen, og dei daglege pleie- og bistandsoppgåvene vert ved sida av rehabiliteringa. I Vossmodellen tenkjer ein at eit samarbeid mellom involverte partar, tverrfagleg og med brukar, gir eit raskare rehabiliteringsforløp, meir varig

resultat og ein meir innhaldsrik arbeidskvardag. Ein har tru på at eit paradigmeskifte vil auke trivsel hjå arbeidstakarar, vere eit bidrag til størst mogeleg sjølvstende hjå den enkelte brukar / innbyggjar, og på den måten vere med å bidra til rasjonell og effektiv drift innan helse- og omsorg i Voss kommune. Brukarane får vedtak på kvardagsrehabilitering, og det inneber at dei får utvida tenestetilbod ein avgrensa periode. Personale i heimetenestene vert kursa, og dei får rettleiing av høgskuleutdanna helsepersonell (fysioterapeut / ergoterapeut / sjukepleiar).

Hovudformålet er å utvikle eit kvalitativt betre og meir effektivt heimebasert rehabiliteringstilbod til heimebuande vaksne og eldre med byrjande funksjonssvikt. Resultata til no syner at fleire har redusert kraftig på tenestene dei fekk tildelt ved starten av prosjektet, og nokon har ingen tenester lenger. Ein håpar at Vossmodellen vert implementert som standard teneste når forskingsprosjektet er avslutta.



Spor i sand

Helse Bergen sitt tilbod til lungesjuka

Lungeavdelinga på Haukeland Universitetssjukehus

Lungeavdelinga er ein av Noregs største lungemedisinske einingar med to sengepostar, ein dagpost, poliklinikk, respirasjonsfysiologisk laboratorium og undersøkings- / intervensjons-eining.

Poliklinikken har spesialiserte einingar for behandling og oppfølging av:

- Lungekreft: diagnostikk / behandling
- Tuberkulose
- Astma og KOLS
- Søvnutreingar
- Oksygenbehandling
- Heimerespiratorbehandling
- KOLS-rehabilitering

Somatisk poliklinikk Voss sjukehus

Voss sjukehus har eit poliklinisk tilbod med lungelege og lungesjukahepleier for lungepasientar innen astma, KOLS og lungekreftoppfølging. Vurdering etter henvising frå fastlege.

Lærings- og meistringssenteret (LMS) i Bergen

KOLS- kurset

Kurset er for personar med kronisk lungesjukdom, uavhengig av alder og går kontinuerlig. Kursa er tilrettelagt for pasienter med KOLS grad III og IV - alvorleg KOLS.

Målsetting:

- Kunnskap skal bidra til auka tryggleik og meistring i kvardagen.
- Dialog med ulike faggrupper.
- Møte andre i same situasjon.

Tid: Kurset går kvar måndag og onsdag frå klokka 09.30 - 14.30, og går over 12

dagar. Kursa startar opp etterkvart som dei blir fylt opp.

Du treng tilvising frå lege for å delta på kurset. Kurset er utvikla ved Lungeavdelinga i samarbeid med Landsforeninga for Hjarte- og Lungesjuka. For meir informasjon sjå Helse Bergen sine internettsider.

Lindring

Det er i motgang at det gjer godt å kjenna hender av varm omsut.

Johan Fjellby

Kontakt

Det er merkeleg kor normale dei fleste vert dersom me gjev oss tid til å snakke med dei.

Johan Fjellby

Flere gode dager hjemme om telemedisinsk oppfølging av KOLS-pasienter

Spesialsykepleier Torunn-Helen Røkenes van Silfhout, Helse Stavanger

Ved Dalane Distriktsmedisinske senter (Dalane DMS) har man siden våren 2010 drevet telemedisinsk oppfølging av KOLS-pasienter i hjemmet. Dette har vært pasienter som har vært i en forverret fase av sin sykdom, og de fleste får denne oppfølgingen i direkte forlengelse av en sykehusinnleggelse.

Oppfølgingen innebærer at pasienten får hjem en spesialutformet skjerm som gir mulighet for videotelefoni, det vil si levende bilde og lyd, samt mulighet for monitorering av blant annet oksygenkonsentrasjonen i blodet og puls. Via videotelefoni får pasienten daglig snakke med en erfaren sykepleier. Sykepleieren er ofte spesialutdannet med bred kunnskap om KOLS og de utfordringer man som KOLS-pasient kan komme ut for. I tillegg til daglig kontakt med sykepleier, består det telemedisinske teamet også av fysioterapeut, ergoterapeut og lege. Disse involveres alt etter pasientens behov. I utgangpunktet følges pasienten opp i 14 dager. Når oppfølgingsperioden er slutt tas utstyret ned, og pasienten gis et telefonnummer som han kan bruke dersom han har spørsmål på et senere tidspunkt. Denne telefonen er betjent hele døgnet hele uken.

Pasienten trenger ikke å ha innlagt internett i hjemmet, da man de fleste steder kan oppnå en tilfredsstillende forbindelse med mobilt bredbånd. Utstyret oppleves svært enkelt å betjene av våre pasienter. Når utstyret er på, er det klart for sykepleier å koble seg opp imot pasienten og gjennomføre samtalen. Tidspunkt for samtalen avtales fra dag til dag alt etter pasientens ønsker og behov. I oppfølgingsperioden følges pasientene tett ved hjelp av kartleggingsredskaper og ved at man tar fatt i aktuelle kliniske problemstillinger.

I starten var telemedisin bare et tilbud for enkelte kommuner i Helse Stavanger, og man begynte med de mest «perifere» hvor pasientene hadde lengst vei til sykehuset.

Ved utgangen av 2011 var alle kommunene i Helse Stavanger inkludert, 17 kommuner med en samlet befolkning på 330 000.

Ikke telemedisin alene

Etter hvert som nye kommuner ble inkludert har prosjektsykepleierne reist ut og informert om tilbudet om telemedisinsk oppfølging til ulike nivå i kommunehelsetjenesten og til fastleger. Særlig har det vært fokus på å nå ut til dem som i det daglige er tett på pasienten. Kommunene har også blitt tilbudt skreddersydd undervisning innen KOLS-området. Ved å gi kunnskap og mulighet for refleksjon omkring sentrale problemstillinger, kan man bidra til tryggere helsearbeidere som kan levere enda litt bedre helsetjenester og omsorg til pasientene. Vårt overordnede mål er «Flere gode dager hjemme».

For å bidra til en kontinuerlig informasjonsflyt, erfaringsutveksling og engasjement for KOLS-syke pasienter, ble «Nettverk for ressurspersoner innen lungeområdet i kommunehelsetjenesten» etablert. Man oppfordret samtlige kommuner og soner (i hjemmesykepleien) til å definere ressurspersoner innen lunge- og KOLS-området, og inkluderte disse i nettverket. Nettverket holder halvdags-samlinger to ganger i halvåret, og har et oppmøte på rundt 30 personer. Etter hvert som nettverket har blitt kjent har flere fysioterapeuter som driver KOLS-treningsgrupper i kommunal og privat regi ønsket deltakelse i nettverket. Nettverket er også brukt som en referansegruppe i forhold til den telemedisinske oppfølgingen.

Legemidler og legemiddelbruk ved stabil KOLS

Farmasøyt Frank Jørgensen, Sjukeshusapoteket i Bergen

KOLS og astma er to forskjellige kroniske luftveissykdommer som behandles med til dels de samme legemidlene, men på ulik måte. Legemidler utgjør en del av KOLS-behandlingen sammen med røykeslutt, kosthold, trening og mestring av hverdagen.

Stabil KOLS og forverring av KOLS behandles med samme typer legemidler, men de brukes på forskjellig måte. I denne artikkelen vektlegges legemidler og legemiddelbruk ved stabil KOLS. I behandlingen av stabil KOLS brukes det legemidler i den hensikt å bedre lungefunksjon, livskvalitet, lindre symptomer, redusere alvorlighet og frekvens av KOLS-forverringer. Ingen av legemidlene helbreder KOLS. Hvilke legemidler som brukes avhenger av hvor alvorlig KOLS-sykdommen er.

Ved mild KOLS er det tilstrekkelig å bruke korttidsvirkende beta2-agonister eller et korttidsvirkende antikolinergikum til inhalasjon ved behov (f. eks.: Beta2-agonist: Ventolin (salbutamol), antikolinergikum: Atrovent (ipratropium)). Dette er legemidler som på forskjellig måte utvider bronkiene slik at det blir lettere å puste og som gjør slim tynnere slik at det blir lettere å hoste opp. Effekten etter en inhalasjon kan merkes etter noen minutter og vil vare i 4-5 timer.

Ved daglige symptomer / moderat KOLS, legges det ofte til enten en langtidsvirkende beta2-agonist eller tiotropium (Spiriva eller Spiriva Respimat), et langtidsvirkende antikolinergikum. Begge typer legemidler er til inhalasjon, utvider bronkiene og fortynner slim, men på forskjellig måte. Hva som til slutt velges avhenger av hva som virker best hos den enkelte pasient. Blant pasienter som opplever å få 1-2 KOLS-forverringer per år bruker mange pasienter begge legemiddeltyper. De langtidsvirkende beta2-agonistene består av salmeterol (Serevent), formoterol (Oxis) og indikaterol (Onbrez). Effekten av én dose varer i cirka 12 timer

slik at de må tas morgen og kveld hver dag. Tiotropium (Spiriva eller Spiriva Respimat) virker i cirka 1 døgn slik at det er nok med én dose hver dag omtrent på samme tid (+/- et par timer). Om enkeltdoser likevel ikke blir tatt er det unødvendig å ta ekstra doser for å erstatte disse.

Bruk av slimløsende legemidler som Mucomyst / Bronkyl smeltetabletter eller slimløsende hostesaft vil hos de fleste pasienter ha liten eller ingen effekt.

I motsetning til pasienter med astma har steroider til inhalasjon relativt liten effekt hos KOLS-pasienter. Både KOLS og astma er sykdommer preget av betennelsesreaksjoner i lungene som oppleves på delvis samme måte. Betennelsene har ulike årsaker, hvilket medfører ulik effekt av samme type legemiddel. Det er en del pasienter som bruker en kombinasjon av et steroid (flutikason eller budesonid) og en langtidsvirkende beta2-agonist (salmeterol eller formoterol) i form av enten Seretide eller Symbicort i ulike styrker. Dette er pasienter med mer enn to forverringer per år, det vil si at de har alvorlig KOLS. For dem er det vist at steroider til inhalasjon brukt sammen med langtidsvirkende beta-2-agonister medfører redusert antall og alvorlighetsgrad av KOLS-forverringene. Effekten av én dose varer i cirka 12 timer slik at de må tas morgen og kveld hver dag på omtrent samme tid (+/- et par timer). En del pasienter med alvorlig KOLS vil i tillegg bruke tiotropium (Spiriva eller Spiriva Respimat) 1 dose daglig på omtrent samme tid hver dag. Om enkeltdoser likevel ikke blir tatt er det unødvendig å ta ekstra doser for å erstatte disse.

Antikolinerge legemidler virker bedre hos KOLS-pasienter enn astmatikere. Årsaken er at forsnevring av bronkiene hos pasienter med KOLS til dels skyldes overaktivitet i det kolinerge nervesystemet, mens dette er av mindre betydning hos astmatikere.

Noen pasienter med alvorlig KOLS bruker Daxas (roflumilast) tabletter for å dempe betennelsesreaksjonene slik at lungefunksjonen forbedres og risikoen for KOLS-forverring reduseres. Dette er et nytt legemiddel som virker betennelsesdempende på en annen måte enn steroider. Daxas brukes i tillegg til øvrig behandling og tas én gang daglig. Fra oppstart vil effekten komme etter noen uker. En del pasienter vil oppleve kvalme, magesmerter, diaré, vektreduksjon og/eller hodepine, spesielt de første ukene av behandlingen.

Bivirkninger

Bivirkninger av legemidler til inhalasjon er relativt få sammenlignet med av tabletter og kapsler. Dette skyldes at mesteparten av legemidlene havner kun i lungene uten videre spredning til resten av kroppen.

De kort- og langtidsvirkende beta2-agonistene kan gi hodepine, skjelvninger og hjertebank samt rødme. Om disse skulle erfares og at de ikke forsvinner etter hvert, kan alternativt legemiddel innen samme gruppe forsøkes.

De antikolinerge legemidlene kan blant annet gi tørrhet i munnen og oppvekst av sopp i munnhulen. Pasienter som bruker steroider til inhalasjon kan oppleve å få tørrhet i munnen, heshet og soppvekst i munnhulen. Sopp i munnhulen kan forebygges ved å skylle munnen og svelget med vann samt pusse tenner og tunge rett etter hver inhalasjon. Når det brukes inhalasjonspulver vil noe av pulveret falle ned foran tennene slik at det er viktig å rense dette området. Tørrhet i munnen kan lindres ved å stimulere spyttsekresjonen

ved bruk av preparater med innhold av epletsyre samt fukte munnen med en blanding av glyserol og vann. Kunstig spytt vil som regel ha liten effekt. Spør på apoteket hva som anbefales av ulike produkter.



Farmasøyt Frank Jørgensen

Legemidlene finnes som inhalasjonsspray, -pulver og / eller -væske. Vanligvis velges enten spray eller pulver. Pulver oppleves av mange som enklere å bruke enn spray. De fleste spraypreparatene må brukes slik at pasienten puster inn samtidig med at en dose utløses fra sprayboksen ved å trykke på denne. Dette oppleves av mange som vanskeligere å få til enn å inhalere pulver hvor en dose løses ut som følge av at pasienten puster inn.

For å få full effekt av legemidler til inhalasjon (spray og pulver) må så mye som mulig av en dose komme så langt ned i lungene som mulig og bli værende der så lenge som mulig. Teknikk for å få dette til:

- Sitt slik at luftrøret og lungene er i loddrett posisjon (dvs. sitt rett opp og ned, stå, eller sitt i sengen).
- Pust godt ut.
- Pust inn så dypt som mulig gjennom inhalatoren slik at dosen kommer så langt ned i lungene som mulig.
- Hold pusten noen sekunder slik at dosen blir værende en stund i lungene før den pustes ut.

For pasienter som ikke klarer å puste så dypt og / eller ikke klarer å holde luftrøret og lungene i loddrett posisjon anbefales det å bruke en inhalasjonsspray sammen med

et inhalasjonskammer. Kammeret lades med 2-3 doser og så pustes det gjennom kammeret med den pusten man har cirka 5-6 ganger. Ikke pust gjennom nesen under inhalasjonen da dette vil føre til at mye av dosen pustes ut uten å ha vært tilstrekkelig lenge i lungene til å få effekt. For å få full effekt er det nødvendig for pasientene å sette seg inn i hvordan inhalasjonsbeholderen(e) fungerer. Lege, sykepleier eller farmasøyt på apoteket tilbyr som regel opplæring og / eller repetisjon. Om opplæring og / eller repetisjon ikke tilbys anbefales pasientene å etterspørre dette.

Nettsteder

www.felleskatalogen.no/medisin/bruk-av-inhalatorer
www.youtube.com
www.helsefilm.no

www.naaf.no

www.lhl.no

Disse sidene inneholder filmsnutter som viser hvordan de ulike inhalasjonslegemidlene skal brukes.

Kilder

Norsk Legemiddelhåndbok 2013, kapittel T10.2.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), s. 382 – 387.

Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. IS-2029. Helsedirektoratet, november 2012

Norges Astma- og allergiforbund sin nettside, www.naaf.no (lest 10.11.13)
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) sin nettside, www.lhl.no (lest 10.11.13)

Kosthold ved KOLS

Klinisk ernæringsfysiolog Kaia Hevrøy Waage, Voss sjukehus

KOLS er ei gruppe kroniske lungesykdomar som vert karakterisert av redusert luftgjennomstrømming gjennom luftvegane. I følgje landsforeninga for hjerte- og lungesyke har om lag 370 000 personar KOLS i Norge. Å oppretthalde ei normal vekt er anbefalt målsetning for pasientar med KOLS, då undervekt og underernæring gir dårlegare prognose, medan fedme kan gje tyngre respirasjon for denne pasientgruppa. Eit riktig kosthold er difor essensielt for dei med KOLS.

Energibehov og inntak ved KOLS

Pasientar med KOLS kan av fleire grunnar ha eit høgare behov for energi. Auka pustearbeid, medisinsk behandling, feber og gjentekne infeksjonar kan gi eit høgare energibehov enn hos friske. Samstundes har mange eit redusert matinntak då dei vert lett slitne, trøtte og andpusten av å ete, samt lage til mat. Berre det å finne fram mat frå kjøleskapet kan for mange vera eit ork. Faktorar som einsemd, depresjon, problem med å tygge og svelgje maten, tidleg mettheit og smerter kan også påverke matlysten og matinntaket.

Konsekvensen av dette er at mange med KOLS går ned i vekt og vert underernærte.

Fedme kan på den andre sida forverre symptoma ved KOLS. For desse pasientane vert ein vektreduksjon anbefalt. Det er likevel viktig at det er ein gradvis vektreduksjon, utan unødvendig tap av muskelmasse.

Underernæring og lungefunksjon

Underernæring påverkar strukturen og elastisiteten til lungene, og kan føre til redusert uthald og styrke til respirasjonsmuskane og skjelettmuskane, samt

reduisert immunforsvar og auka risiko for infeksjonar. Redusert muskelstyrke kan vidare gi nedsett pustekontroll og redusert livskvalitet. I følge helsedirektoratet gir lav vekt og vekttap ved KOLS auka

Medikamentell behandling og kalsium

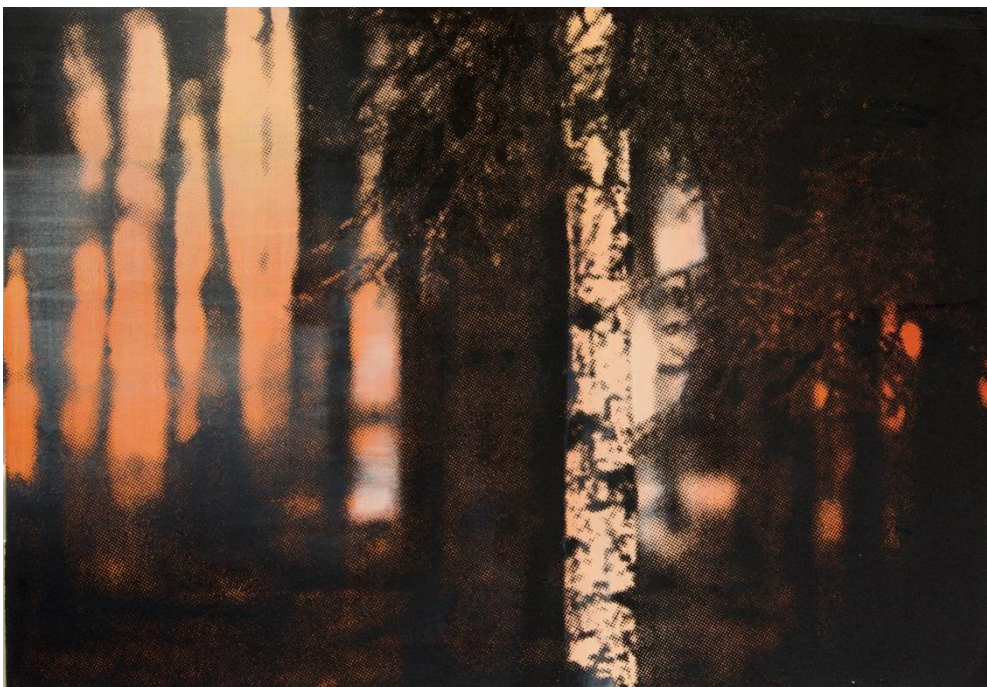
Ved KOLS er behandling med steroider vanleg. Steroider påverkar kalsiumomsetninga i kroppen ved at ein får eit redusert opptak av kalsium i tarmen og auka utskilling av kalsium over nyrene. Eit tilskot av kalsium og vitamin D vert anbefalt ved oppstart av behandling med steroider for å redusere risiko for osteoporose.

Kostråd ved KOLS

- Små hyppige måltid. Maks. 4 timar mellom kvart måltid. 6-8 måltid per dag.
- Mange med KOLS blir raskt trøtt og utslitt. Lag derfor matrettar som er enkle og raske å lage til. Eventuelt kan ein ved behov få mat levert heim.
- Kvil gjerne før måltida, å ete krev også energi.
- Vel matvarer som krev mindre tyggearbeid.
- Dersom ein har problem med å halde vekta, vel energirike og heilfeite matvarer.

dødelegheit. Samstundes vert risikoen for innlegging ved sjukehus høgare og liggetida lengre.

- Eit tilstrekkeleg inntak protein er viktig. Prøv å inkludere noko proteinrikt i alle måltid.
- Gjer maten meir energirik ved å tilsetje smør, margarin, olje, fløte, ost, rømme, honning, sukker og liknande i maten.
- Et den mest energi- og næringsrike delen av måltidet fyrst.
- Unngå å drikke rett før og under måltidet for å ikkje redusere plass til mat.
- Dersom ein vert tidleg mett – vel gjerne kalde retter, desse verkar mindre mettande enn varm mat.
- Ved eit redusert matinntak bør ein ta eit multivitamin- og mineraltilskot dagleg. Vitamin A og C er særleg viktige for slimhinnene.
- Dersom matinntaket er lavt kan industriframstilte næringsdrikkar spesielt tilpassa KOLS-pasientar nyttast. Desse kan vera viktige tilskot til kosten ved behov.
- Ved overvekt vel magre matvarer. Unngå matvarer med høg del tilsett sukker. Drikk vatn som tørstedrikk.



Bjørka

Lungefysioterapi for pasientar ved Voss sjukehus

Fysioterapeut Kjersti Gulbrandsen Skattum, Voss sjukehus

Pasientar som er innlagt på sjukehus med lungesjukdomar blir hyppig rekvirert til fysioterapeut. Lungefysioterapi er ei behandlingsform som først og fremst har som mål å hjelpa pasienten med å oppnå best mogeleg pust, løysa og få opp slim som sit fast i lunger og bronkiar. Det at slim sit fast i lunger er eit vanleg problem ved lungebetennelsar og ved sjukdomar som KOLS og astma. Nyopererte pasientar kan og oppleve slimplager og har trong for lungefysioterapi. Behandlinga går stort sett ut på rørsler i brystkasse / thorax, puste- og støtteknikkar, avspenning, riktig inhalasjons-teknikk samt ventilasjonsstøtte dersom dette trengs.

Ein vesentleg del av behandlinga er å observera pasienten sitt pustemønster. Å kunna påverka pusten er grunnleggande i all lungefysioterapi. Slimproblematikk og tungpust opptrer gjerne samstundes. I desse tilfella må alltid tungpusten ivaretakast først. Me observerer om pasienten bruker hjelpemuskulatur for å pusta, om pusten er overflatisk, kort, om det er forskjell på lengde på innpust og utpust. Korleis påverkar tale og anstrenging pusten? Korleis ser brystkassen (thorax) ut?

Dersom pasienten brukar inhalasjonsmedisin for bronkodilaterande og slimløysande effekt, ser me på korleis dei inhalerer dette. Summen av observasjonen er viktig for tiltaka fysioterapeuten gjer.

Overflatepust kan leiast til basal pust. Ved hjelp av terapeuten sine hender kan ein visa pasienten kvar ein forventar at muskelarbeidet skal vera. Stemmebruk kan vera med å roa pasienten ned. Puter kan leggjast under armar slik at pasienten kan slappa betre av. Dersom pasienten ligg til sengs, er det viktig å motivera til å setta seg opp. Når ein sit opp vil lungene ha størst mogelegheit for å gjera godt respirasjonsarbeid. Me brukar ofte orda «lungene skal på heng», dei skal utvidast, dette skjønar pasienten. Jo større lungeflate, jo betre blir diffusjonen / transporten av CO₂ ut og O₂ inn.

Ein må ikkje stilla for store krav til pasienten, til dømes kan eit toalettbesøk

ofte vera nok den eine føremiddagen. Dersom ein byrjar med for mange tiltak på ein gong kan dette forsterka eit uheldig pustemønster og auka tungpusten. Såleis er det tverrfaglege samarbeidet rundt pasienten vesentleg. Det er heilt nødvendig at personale på sengepost, fysioterapeut og lege er samstemte på summen av dagleg aktivitet.

Me spør gjerne pasienten om tidlegare erfaringar. Det er viktig å danna seg eit bilde av kva kunnskap pasienten har om sjukdomen og seg sjølv. Kva gjer pasienten for å letta på symptoma, kva forverrar symptoma? Ofte er pasienten svært medteken, orkar eller klarer ikkje snakka. Det er viktig å ha lese seg grundig opp i journalen samt ha ei god forståing for røntgen / CT / MR-funn av lungene, slik at ein har best mogeleg føresetnad for å hjelpa pasienten. Nokre pasientar kjenner me etter fleire opphald, då set me i gang med tiltak basert på erfaring. Andre kjem gjerne for første gong og opplevinga kan vera kaotisk og vanskeleg. Då er tiltak som fremjar avspenning vesentleg for at pasienten skal meistra situasjonen.

Når pasienten er roleg og kjenner på meistring og kontroll, er det tid for instruksjon av øvingar for å løysa slim. Deretter prøver ein å flytta slimet med gjentakande støyt med open munn og strupe. Til sist kan pasienten varsamt hosta ut slim utan særleg anstrenging. Løysa, flytta, fjerna er stikkorda her.

Me brukar ofte hjelpemiddel for å gjera det lettere for pasienten å få opp slimet. PEP (Positive Expiratory Pressure, på norsk auka ekspiratorisk trykk) er eit enkelt hjelpemiddel som gir motstand på luftstraumen under utpust slik at lungeblærer blir blåst opp og små luftvegar blir opna. Ein aukar lungevolumet og ein løyser sekret.

Ein brukar i mindre grad manuelle teknikkar som vibrasjonar og banking med hensikt å løyse / fjerne slim. Dersom ein ynskjer å oppnå avspenning, tilseier klinisk erfaring at dette kan vera eit godt tiltak.

Mobilisering til ståande og gåande er vesentleg for alle pasientgrupper, spesielt lungesyke. Det er viktig at pasienten ikkje tapar ytterlegare muskelmasse under innleggingar i sjukehus. Det er også vesentleg for gasstransporten i lungene at pasienten vert mobilisert.

Oppsummering:

Lungefysioterapi for inneliggande pasientar ved Voss sjukehus inneheld ei rekke tiltak som har som mål å betre tungpust, fjerne slim og oppretthalde muskelstyrke og funksjon.

Trening for lungesyke

Fysioterapeut Kari Louise Aarseth, Tvilde & Fretheim Fysioterapi

Personer med lungesykdom vil kunne oppleve begrensninger i fysisk aktivitet på grunn av pusteproblem. Mange kommer gjerne inn i vonde sirkler med manglende motivasjon for ulike former for aktivitet. Pustevansker, muskelsmerter, angst, usikkerhet og stadige infeksjoner kan påvirke aktivitetsnivået, noe som igjen kan føre til dårlig kondisjon / utholdenhet. Passivitet utsetter kroppen for andre plager som dårlig blodsirkulasjon, muskelsvekkelse, benskjørhet med mer.

I dag har økt kunnskap om lunge- sykdommer og bedret medisinerings gjort det mulig for de fleste med en slik sykdom å være fysisk aktiv og drive mosjon ut fra egen pusteevne og dagsform. Mestring av fysisk aktivitet og det å finne glede i den på sitt nivå er av betydning for å kunne fungere tilfredsstillende til tross for sykdom, og også for å begrense sykdommens følgetilstander.

Regelmessig mosjon vil kunne bedre allmenntilstanden og heve toleransegrensen for tungpust ved bevegelse. Deltakelse i fysisk aktivitet og det å kunne være med i aktiviteter som fordrer bevegelse er av betydning for sosialt samvær og for et positivt selvbilde. Et lavt aktivitetsnivå eller manglende sådant kan føre til sosial isolasjon. Ved regelmessig trening eller mosjon over tid bygges

muskulaturen generelt opp. Det gir bedre utholdenhet, yteevne, bedre kroppsbevissthet og avspenningsevne.

For å ha et godt utgangspunkt for puste- arbeidet må vi ha tilstrekkelig bevegelse i brystkassen. Dette er viktig å huske på i forbindelse med trening for lungesyke. God bevegelighet i dette området vil kunne gi en lettere pust. Gjennom anstrengelse vil en få en dypere pust som også kan påvirke eventuelt slim og forflytning av dette. Ved bedret kondisjon/utholdenhet vil lungene kunne ta opp mer oksygen. Dersom en klarer å finne lystbetonte aktiviteter vil dette også gi et tilskudd av energi forøvrig.

For personer med en diagnostisert lunge- sykdom vil det være hensiktsmessig med veiledning vedrørende grunnleggende treningsprinsipp og riktig medisinerings for

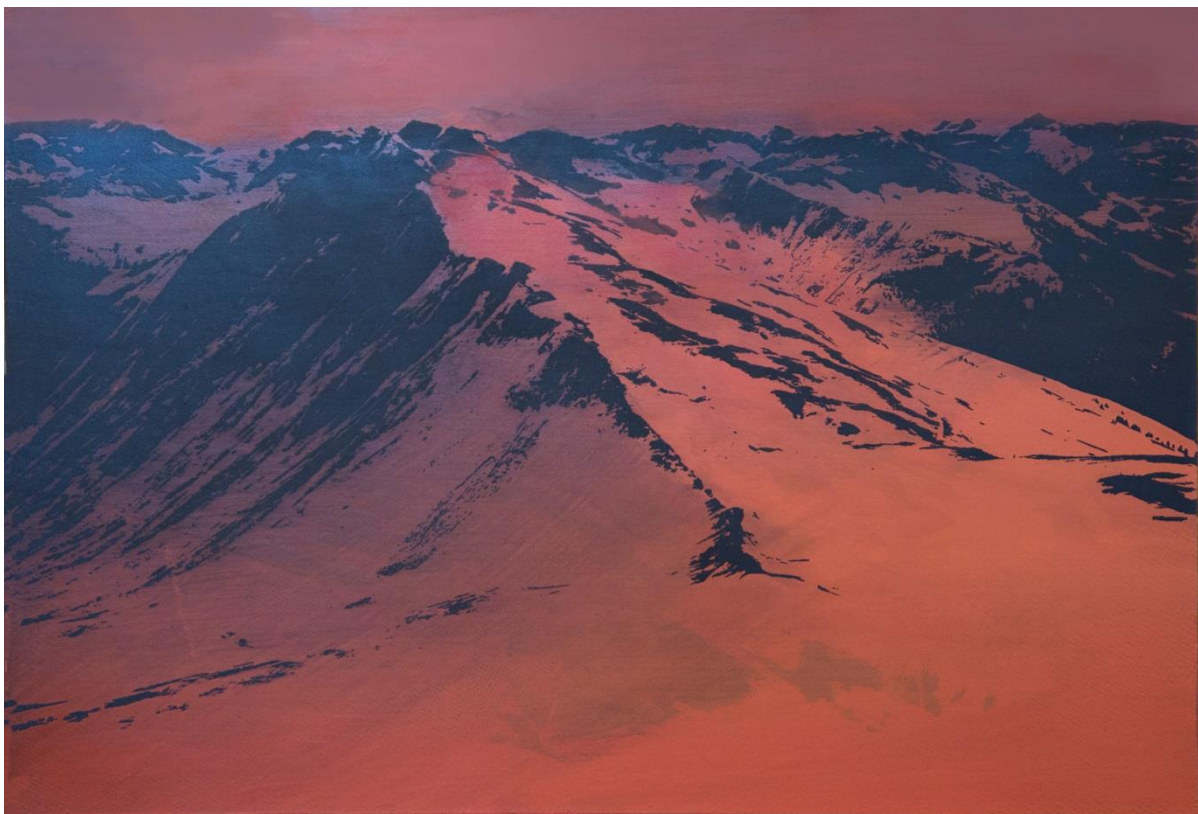
å kunne gjennomføre aktiviteten tilfredsstillende. Om en person skal følges opp individuelt, drive egentrening eller trene i gruppe vil være avhengig av behov, funksjonsnivå, eget ønske, tilbud og muligheter lokalt. Det viktigste er å komme i gang med en passende mosjons- eller treningsform hvor en legger til rette med rolig oppvarming og dersom avtalt med lege bruk av anfallsmedisin cirka 10 minutt før oppstart av aktivitet. Ved forverring av sykdommen, ved feber eller forkjølelse skal ikke lungesyke trene.

Aktiviteten bør inneholde øvelser med bruk av store muskelgrupper i rolige bevegelser og intensiteten økes etter hvert som kroppen blir varm. Intervallprinsippet egner seg godt for de som ofte må avbryte treningen på grunn av tungpust. Som i et hvert treningsopplegg bør en legge inn både styrkeøvelser, kondisjonstrening og bevegelse. Mange vil ha nytte av indirekte/direkte pusteøvelser og bevisstgjøring av pust i forbindelse med aktivitet. Avspenningsøvelser vil likeledes være av vesentlig betydning og bør flettes inn i et treningsopplegg sammen med trening i

anfallsmestring og puste- og hoste-teknikk for eventuelt mobilisering av slim. Dersom det er mulig vil nok de fleste ha bruk for veiledning av en fagperson for å få individuelt tilpassede råd. Eksempelvis vil det for noen være spesielt viktig å fokusere på bevegelse i brystkassen, for andre å legge mer vekt på å øke muskelstyrke.

Aktivitetstester kan være nyttige verktøy i arbeidet med å kartlegge den enkeltes funksjonsevne og lungekapasitet ved aktivitet. Disse kan samtidig brukes til å vurdere treningstiltak og evaluere måloppnåelse. Dette vil være tiltak som kan øke trygghet i forhold til deltakelse i fysisk aktivitet og gjøre en bedre rustet til å være med på det en ønsker, samt å være en viktig motivasjonsfaktor.

Systematisk trening / regelmessig fysisk aktivitet 2-3 ganger per uke vil gi best resultat. De som har en kronisk lungesykdom må lære å leve med denne tilstanden resten av livet. Fysisk aktivitet er et av de tiltakene som kan begrense lungesykdommens negative effekter og bidra til bedre livskvalitet.



Alpelandskap

Lungesykdom og energibesparende arbeidsmetoder

Spesialergoterapeut Ingrid Elise Sundfør, LHL Helse – Glittrklinikken

Lungesykdom medfører endringer i funksjonsevne og livskvalitet. Personer med KOLS eller annen lungesykdom, kan oppleve økt grad av tungpust (dyspnoe) og vedvarende trøtthet (fatigue) ved utførelsen av daglige aktiviteter knyttet til hjem, arbeid og fritid. Det er viktig for disse brukerne å trene for å bedre og opprettholde sitt funksjonsnivå, men fordi mange lungesykdommer er kroniske og progredierende, vil brukerne også ha behov for lære seg å utføre sine daglige gjøremål tilpasset den energien og pusten den enkelte har til enhver tid. Vi kaller dette for energibesparende arbeidsmetoder.

Hva som er anstrengende er ofte svært individuelt. Det er imidlertid vanlig for personer med lungesykdom å oppleve økt tungpust ved aktiviteter som innebærer å arbeide i bøyd stiling, arbeide med armene over skulderhøyde, bruke armene mye (bære, skyve, løfte), samt å stå eller gå over tid. For mange er det ikke en spesiell enkeltaktivitet som er anstrengende, men summen av alt som skulle vært gjort i løpet av dagen eller uka.

Energibesparende arbeidsmetoder handler *ikke* om at man skal spare på alle kreftene. Det handler om å bli bevisst hvordan man utfører ulike aktiviteter og tenke alternative måter å utføre disse på. Målet er å få utført aktivitetene uten å være helt utslitt, framfor at aktivitetene må gjøres på akkurat sammen måten som tidligere. Det handler om å orke å gjøre en aktivitet etter at man er ferdig med en annen og ha overskudd til aktiviteter som er viktig for den enkelte bruker.

Prinsippene man ofte snakker om er prioritering, planlegging, temporegulering, pusteteknikk, bevisstgjøring av arbeidsstillinger, tilrettelegging av fysiske omgivelser og bruk av tekniske hjelpemidler.

Prioritering handler om å bevisstgjøre brukeren på hva hun / han bruker tid og krefter på – for så å definere hva som er "må-aktiviteter" og hva som er "lyst-aktiviteter". Daglige gjøremål er ofte knyttet opp til de ulike rollene personen har og de forventningene som ligger til disse

rollene. Hvilke aktiviteter ønsker brukeren å prioritere i sin hverdag?

Variasjon i dagsform er et av symptomene ved lungesykdom. Planlegging handler blant annet om å porsjonere kreftene utover dagen eller fordele ulike aktiviteter eller tyngre enkeltaktiviteter utover flere dager. Mange brukere synes det er vanskelig å planlegge fordi dagsformen varierer. Det er riktig, men da er det ekstra viktig å minne om at alt ugjort ikke tas igjen når formen er bedre.

Temporegulering gjennom å starte rolig, jobbe i et moderat tempo og ta småpauser underveis er et viktig prinsipp for å minske grad av tungpust ved aktivitet og dermed øke aktivitetsnivået. Tempo er i stor grad styrt av brukerens tidligere automatiserte vaner, og er for mange brukere et prinsipp de må jobbe mye med.

Bevisst bruk av pusteteknikk kan lette utførelsen av daglig aktivitet. Mange brukere holder pusten når de gjør noe anstrengende. Dette er ofte ubevisst. Det kan for mange være nyttig å koordinere pusten med bevegelsen, ved å puste inn på en bevegelse og ut på en annen. Det er mest hensiktsmessig å puste ut under de tyngste bevegelsene i aktiviteten. Bruk av leppepust ved tungpust er en annen pusteteknikk.

Arbeidsstillinger handler om at gjennom å jobbe mest mulig kroppsnært, og med retttest mulig rygg. Aktivitetene vil da bli lettere å utføre. Aktiviteter som brukeren

tidligere gjorde stående kan man gjerne prøve å gjøre sittende, for eksempel ved kjøkkenbenken.

Fysisk tilrettelegging av omgivelsene kan gjøres for å legge til rette for de gode arbeidsstillingene og eliminere høydeforskjeller. Hvor plasserer brukeren det som han / hun skal bruke oftest? Høyt? Lavt? I midten? Og hvor plasserer brukeren seg i forhold til det han eller hun skal jobbe med? Kan han / hun sette seg ned for å komme nærmere det som er lavt eller gå opp på en krakk for komme nærmere det som er høyt? Og kan brukeren bruke redskaper med langt skaft for å i mindre grad bøye seg eller strekke seg?

Tekniske hjelpemidler er således en ytterligere tilrettelegging av omgivelsene for å fremme energibesparende arbeidsmetoder. Det kan handle om tilrettelegging på soverom, bad, kjøkken eller ved utendørs mobilitet.

Prinsippene rundt energibesparende arbeidsmetoder kan formidles gjennom skriftlig informasjon, muntlig veiledning og gjennom praktisk utprøving (kompensatorisk ADL-trening).

Hvordan den enkelte bruker utfører sine daglige aktiviteter er ofte ut fra en vane som vedkommende har hatt store deler av livet. Når lungesykdommen gir noen begrensinger endres ikke disse vanene automatisk. Å se andre måter å utføre daglige gjøremål på, og endre egen utførelse, krever tid og åpenhet hos den enkelte bruker. Å prøve ut teknikker i praksis (ikke kun høre det, men også gjøre det) kan være en god metode hvor brukeren kjenner og erfarer med kroppen hvordan andre arbeidsmetoder er hensiktsmessig. Man kan her trene på temporegulering, pusteteknikk, arbeidsstillinger og bruk av hjelpemidler knyttet opp til aktiviteter som er viktig for den enkelte bruker å opprettholde.

Norsk faggruppe for lungeergoterapeuter har utarbeidet en del informasjonsmateriell om energibesparende arbeidsmetoder ved lungesykdom. Det finnes både brosjyrer og faktaark med konkrete tips og råd knyttet opp til enkeltaktiviteter.

Denne informasjonen på www.nfle.no

Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer SOVno

SOVno skal sikra nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespreiing innanfor søvn. Dei driv formidling, forskning og fagutvikling og underviser i fagfeltet i grunn-, etter- og vidareutdanningane.

Det er ikkje pasientbehandling ved SOVno. Slik behandling skjer ved kliniske avdelingar / senter / fastlegar. SOVno hjelper med å rettleia pasientar i val av behandlingsstad.

SOVno gir også ut tidsskriftet «Søvn» to gonger i året. Tidsskriftet er retta mot helsepersonell, men vil også vera aktuelt for forskarar og studentar innan helsefag.

Les meir om SOVno på nettsida

<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Sider/enhet.aspx>

Forskning på lungesjukdom

Bakke, Per: *Inflammasjon og mikrobiologi ved KOLS* (Forskningsprosjekt - 911569)

Johannessen, Ane: *Lifestyle and environmental risk factors for COPD*
(Forskerutdanning - postdoc - 911579)

Storebø, Michael: *Predictors of longitudinal changes in pulmonary diffusion capacity in the general population* (Forskerutdanning - dr.grad - 911611)

Svanes, Cecilie: *KOLS, astma og allergi i tre generasjoner; arv, miljø og livsstil*
(Forskningsprosjekt - 911631)

Giske, L. og Dahm, K.T : *Pusteøvelser kan ha noe effekt på gangdistanse hos personer med KOLS*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Trening av pusteteknikk kan øke gangdistansen målt på 6 minutters gangtest hos personer med KOLS. Effekten på pustebeviser (dyspné) og helserelatert livskvalitet varierte mellom studiene. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane Library.

<http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Cochrane/Pusteoevelser-kan-ha-noe-effekt-paa-gangdistanse-hos-personer-med-KOLS>

Pedersen, Ulla Dagrund: *Lungesyk men frisk nok for arbeid* : gir bedre utholdenhet mer aktivitet og mindre sykefravær hos pasienter med astma og kols? En prospektiv intervensjonsstudie.

Masteroppgave sykepleievitenskap og helsefag - Universitetet i Oslo, 2012



KVILESTEIN

**Vi treng ein plass som er vår.
Eit rom vi kan lukka augo og finna
tilbake til når livet krev.
Ein kvilestein, ei elvebredd, eit fjell
eller ei famn.
Noko som alltid vil forbli vårt
fordi vi eingong var der.**

Bente Bratlund Mæland

Vandringsmenn

Lokalsjukehuskonferansen 2014

I år vert tema lungesjukdommar, ...eit skikkeleg pes....

Me skal også i år vera på Park Hotel. Konferansen varar i 2 dagar og vert mest sannsynleg i slutten av mars.

Det vert no arbeida med å få sett saman ein interessant og lærerik timeplan.

Programmet og foredragshaldarane er ikkje heilt på plass enda, men me har vore i kontakt med fleire med god kompetanse på lungefeltet som er positive til å komma og dele kunnskapen sin med oss.

Vel møtt til nokre innhaldsrike dagar på Voss!

Vidareutdanning – Klinisk Lungesjukepleie ved Høgskolen i Bergen

60 studiepoeng

Studentar som har gjennomført studiet kvalifiserer til å arbeida som spesial-sjukepleiar i lungesjukepleie både i spesialist- og primærhelsetenesta, og innanfor andre relevante helsetenestetilbod.

Målgruppe og opptakskrav

Studiet er berekna på sjukepleiarar som arbeider i sjukehus, primærhelsetenesta eller innanfor andre relevante helsetenestetilbod i Norge og Norden. Studiet vil kunna inngå som en del av ein mastergrad innan høgskulesystemet. Det krev 3-årig sjukepleiarutdanning frå høgskule / universitet og to års praksis etter

fullført bachelorgrad. Grunnleggande datakunnskap og tilgang til internett er naudsynt. Deler av litteraturen er engelskspråkleg.

Organisering

Studiet gir 60 studiepoeng og er organisert som eit deltidsstudium over tre semester (1,5 år). Studiet er bygd opp med 10 vekesamlingar. Det er 2-3 samlingar per semester. Samlingane har inntil to veker varigheit.

Det var opptak av studentar i 2013, og studiet står derfor ikkje i gjeldande studiekatalog. Opptak annankvart år. Meir informasjon på nettsidene til Høgskolen i Bergen.

||| kunnskapsenteret

Fagprosedyrer

På fagprosedyrer sine nettsider ligg ulike godkjente prosedyrar som omhandlar luftvegane.

«Glimrande norsk bok om lungesjukdommar»

Boka «Lungesykdommer» vart fyrst utgitt i 2002 og var då fyrste norske lærebok på dette nivået. I 2008 kom andre utgåve revidert og oppdatert med ny kunnskap, og i 2014 kjem tredje utgåve. Etterspørselen har vore stor, og boka har fått svært god omtale.

Forfattaren si målsetjing er å formidla lungefaget ut frå eigen erfaring. Målgruppa er helsepersonell som behandlar personar med lungesjukdommar. Boka omhandlar lungene sin struktur og funksjon, samt tolking av symptom og teikn. Vidare omhandlar boka mange ulike diagnoser.

Boka er logisk bygd opp, har eit godt språk og ei vel fungerande og svært god pedagogisk tilnærming. Referansane er rikelege og godt oppdaterte.

Boka er glimrande for alle som ynskjer ei grundig innføring i lungemedisin. Den bør lesast av sjukepleiarar og fysioterapeutar

som jobbar eller utdannar seg i faget. Boka vert også beskriven som ein verdifull basis for legar i spesialistutdanning i lungemedisin og bør også med stort utbytte kunna lesast av erfarne lungelegar som ynskjer å halda seg breitt oppdatert i faget.

Det vert påpeikt at boka ikkje omhandlar obstruktiv søvnapné. Denne diagnosen aukar kraftig på grunn av aukande vekt i befolkninga og er ei utfordring ved dei fleste lungemedisinske seksjonar i Noreg.

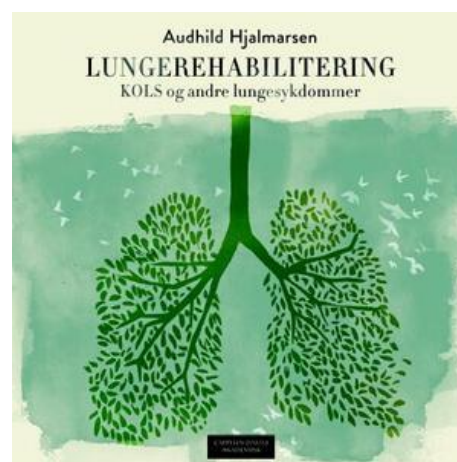
Alt i alt er dette ei svært god bok, og me ventar spent på tredje utgåve som kjem i 2014!

Bokmelding «Lungerehabilitering»

Lungespesialist ved Universitetssykehuset Nord-Norge gjennom mange år, Audhild Hjalmarsen, gav i 2012 ut bok om lungerehabilitering. Forfattaren viser til at det har mangla norsk faglitteratur om lungerehabilitering.

Lungerehabilitering er ei flott lærebok som kan brukas både i utdanning av helsepersonell, av dei som arbeider med lungesjuka og av pasientar og pårørande.

Boka gjev ei innføring i lungerehabilitering slik den vert praktisert ved KOLS. Forfattaren gir ein brei presentasjon av KOLS både som lunge- og indremedisinsk sjukdom. Tidleg diagnostisering, førebygging og behandling omtalast spesielt, og boka viser rehabilitering av andre alvorlege lungesjukdommar, samt dei viktigaste behandlingstiltaka ved alvorleg KOLS og lungesvikt.



SAMARBEIDSRÅDET, UNDER- UTVAL I REHABILITERING

KOMMUNAR:

KVAM HERAD

Ann Katrin Øktner
Kvam behandling og rehabiliteringsavdeling
Nedre Norheim 44, 5600 Norheimsund
Tlf. 56 55 85 57 / 912 46 792
annokt@kvam.kommune.no

VAKSDAL KOMMUNE

Sol-Kari Terjesen
Konsul Jepsensgt. 16, 5722 Dalekvam
Tlf. 56 59 44 79 / 959 87 512
Sol.Kari.Terjesen@vaksdal.kommune.no

GRANVIN HERAD

Magnhild Branstveit
5736 Granvin
Tlf. 56 52 41 40, 404 03 882
magnhild.branstveit@granvin.kommune.no

ULVIK HERAD

Reidun Stavestrand
5730 Ulvik
Tlf. 56 52 70 92 / 400 07 191 (ma, on, fr)
reidun.stavestrand@ulvik.kommune.no

VOSS KOMMUNE

Anne Grete Haugen
Voss Sjukeheim
5700 Voss
Tlf. 56 52 06 23 / 952 62 904
Anne.G.Haugen@Voss.kommune.no

BRUKARORGANSISASJONAR:

SAFO

Helge Kvåle
helge.kvale@elkem.no

FFO

Kjellfrid Skutlaberg
post@nabobeino.no

HELSE BERGEN-VOSS SJUKEHUS: PSYKIATRISK REHABILITERINGSTEAM

Björg Kari Afdal Tlf 56 53 37 20
Bjorg.Kari.Afdal@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING OG TVERRFAGLEGE TENESTER

Britt Madli Manger Tlf 56 53 38 45
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING OG TVERRFAGLEGE TENESTER

VOSS SJUKEHUS

Avdelingsleiar / fysioterapeut

Britt Madli Manger Tlf. 56 53 38 45
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Fysioterapeut

Liv Kari Reisæter Tlf. 56 53 38 47
Liv.Kari.Reiseter@helse-bergen.no

Ergoterapeut

Kikki Sjørgård Tlf. 56 53 38 48
Anne.Kristin.Sorgard@helse-bergen.no

Janny Hagen

Tlf. 56 53 38 43
Janny.Hagen@helse-bergen.no

Sosionom

Anne Cecilie Kaldefoss Tlf. 56 53 38 49
Anne.Cecilie.Kaldefoss@helse-bergen.no

Sjukepleiar

Ann Jorunn Herre Tlf. 56 53 38 46
Ann.Jorunn.Herre@helse-bergen.no

Sjukepleiar

Agnete H. Gilbakken Tlf. 56 53 38 47
Agnete.Hommedal.Gilbakken@helse-bergen.no

Klinisk ernæringsfysiolog

Kaia Hevrøy Waage Tlf. 56 53 38 50
Kaia.Hevroy.Waage@helse-bergen.no

