



Helse Førde

## RAPPORT PROSJEKT

«Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for personar med kols»



Marit Eikemo Halsnes, sjukepleiar og prosjektleiar

# Innholdsregister

<b>Oppsummering</b>	s. 3
<b>1. Bakgrunn for prosjektet</b>	s. 4
1.1 Forankring	s. 5
<b>2. Mål med prosjektet</b>	s. 6
2.1. Hovudmål	s. 6
2.2. Effektmål	s. 6
2.3. Resultatmål	s. 6
2.4. Måloppnåing	s. 7
<b>3. Organisering av prosjektet</b>	s. 7
3.1. Prosjekteigarar	s. 7
3.2. Prosjektleiar	s. 7
3.3. Styringsgruppe	s. 7
3.4. Prosjektgruppe	s. 7
3.5. Referansegruppe	s. 8
<b>4. Metode og gjennomføring av prosjektet</b>	s. 8
4.1. Forprosjektet med milepælplan	s. 8
4.2. Prosjektet med milepælplan - flytskjema, fagdag og delprosjekt	s. 9
<b>5. Resultat og vidareføring</b>	s.12
5.1. Flytskjema	s.12
5.2. Delprosjektet	s.13
5.3. Fagdag	s.13
5.4. Vidareføring	s.14
<b>6. Formidling av erfaring</b>	s.14
<b>7. Rekneskap</b>	s.15
<b>8. Litteraturliste</b>	s.16
<b>9. Vedlegg</b>	s.17

## Oppsummering

Prosjektet «*Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for Kols pasientar*» var eit samhandlingsprosjekt mellom Helse Førde og Kommunenes Sentralforbund (KS) i Sogn og Fjordane, der KS var representert ved 3 pilotkommunar: Årdal, Vågsøy og Jølster kommune.

Målet med prosjektet var å styrke samhandling og behandlingstilbod for personar med Kols mellom dei ulike nivåa i helsetenesta. For å bidra til dette utarbeidde prosjektgruppa eit flytskjema med eit pasientforløp som har til hensikt å fremme heilskaplege og koordinerte tenester.

Flytskjemaet er tenkt nytta av brukarar, helsepersonell i kommunane og på sjukehusa i Sogn og Fjordane. Flytskjemaet er utarbeidd med ei framside som viser pasientforløpet. Ein kan vidare klikke seg inn på underliggende dokument som beskriver meir i detalj kva som kjenneteiknar denne delen av forløpet. Dokumenta inneheld informasjon om sjukdomsutvikling, behandling og kven prosjektet meiner er ansvarlege for å gje denne tenesta.

Framsida i flytskjemaet kan nyttast av fleire kroniske pasientgrupper, men desse må legge inn aktuelle opplysningar om si brukargruppe. Flytskjemaet er godkjent av Fagrådet i Helse Førde og er publisert på Samhandlingsbarometeret i Helse Førde.

<https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/>

For å kartlegge gjeldane praksis for samhandling vart brukarar, fastlegar, helsepersonell i pilotkommunane og Helse Førde intervjuet. Funna vart vurdert opp mot lovverk, strategiplanar, tilsvarende prosjekt i andre helseføretak og eksisterande prosedyrar i pilotkommunar og Helse Førde.

Kartlegginga viste at det var sein diagnosesetting, noko som medførte forsinka kontakt mellom brukar og hjelpeapparatet. Det kom også fram at det var store feil i handtering av medikament, og at brukarar hadde ynskje om betre oppfølging i kommunen etter utskrivning frå sjukehus. Brukarar etterlyste også eit betre tilbod om rehabiliteringsplass i kommunen ved forverring av sjukdomen.

Prosjektet inngjekk i eit delprosjekt der målet var å undersøke om det kunne setjast i verk tiltak i høve til funna. Eitt av tiltaka ein såg kunne bidra til ei betre samhandling for denne pasientgruppa, var å få oppretta Individuell plan eller koordinator. Ved konsultasjon på sjukehusa skulle brukarar som ynskja det og som fylte krava, få tilbod om å søke pilotkommunen om individuell plan eller koordinator før heimreise. Sjukehuset skulle vera behjelpelig med å kontakte pilotkommunane si Koordinerande eining om dette behovet. Delprosjektet varte frå 15 august 2013 til 15 desember 2013. Dette vart for kort tid til å få samle inn stort nok materiale til å kunne kome med ein eksakt konklusjon.

## 1.0 Bakgrunn for prosjektet

Når sigarettøyk, gassar eller svevestøv gjennom fleire år irriterer luftvegane og utløyser kronisk hoste og bronkitt, kan tilstanden utvikle seg til kronisk obstruktiv lungesykdom (Kols). Obstruktiv betyr at noko er trengt, ved Kols er det hevelsar og unormalt mykje slimproduksjon i dei små bronkiegreinene, og dette hemmar luftstrøymen. Lungevevet kan også vera mindre elastisk enn før.

I tillegg har dei fleste med Kols meir eller mindre emfysem, noko som inneberer at lungeblærene er skada og redusert i tal. Dette reduserer evna til å ta opp oksygen.



Når stoffer i sigarettøyk over mange år irriterer slimhinnene i luftvegane, kan det utvikle seg til Kols.

Kols er eit folkehelseproblem og førekomsten er aukande både i Noreg og på verdsbasis. I følge «KOLS. Nasjonal fagleg retningslinje for diagnostisering og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging» (HOD 2012) har truleg mellom 250 000 og 300 000 personer i Noreg Kols. Færre enn halvparten av desse veit at dei har sjukdomen. Mange har ikkje fått diagnosen Kols, men har symptom, plager og redusert livskvalitet. Underdiagnostikk kan skyldas bagatellisering av symptom hjå pasient og manglande oppmerksomheit hjå helsepersonell. Nærare 2000 personar dør kvart år i Noreg på grunn av Kols. Truleg er det reelle talet høgare grunna Kols-relatert – død som hjartekarsjukdom (HOD 2012) Kols-pasienten vil i periodar vere avhengig av oppfølging både hjå spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. På tross av at Kols er ein alvorleg kronisk lungesykdom med betydeleg grad av uførheit og dødelegheit, er Kols - sjuke ei pasientgruppe der det med enkle tiltak vil vere mogleg å oppnå eit betre pasientforløp enn det som er tilfellet i dag. Forløpet av sjukdomen kan betrast ved god behandling, rehabilitering og endring av livsstil (HOD 2011).

Denne sjukdomsgruppa er også utsett for utvikling av andre sjukdomar som hjartesvikt og beinskjørheit (HOD 2011). Svikt i andedrettsorganet gjev stor belastning på hjartet. Kols og hjartesvikt førekjem ofte samstundes. Kols-pasientar kan ved bruk av steroide - medisinar påverke beinstrukturen og kols pasientar kan utvikle beinskjørheit. Ein finn difor denne pasientgruppa igjen på sjukehus under andre diagnoser. Torhild Heggstad, Helse Vest, fann ved prosjekt «Storbrukarar av sjukehus» (2010 - 2011) over ein to-års periode, ut at 44 % av

ressursane går til 10 % av brukarar blant alle pasientar busett i Nordfjord kommunane med somatiske lidingar. Her toppa Kols - pasientar tal innleggingar, medan hjartesvikt og lårhalsbrot kom på 3 og 5 plass. Ho fann også at dei vanlegaste kombinasjonane av hovudtilstandar over tid var Kols, hjartesvikt, angina, lungebetennelse, lårbeins/hoftefraktur.

Ein ser difor behov for å kvalitetssikre oppfølginga av Kols-pasienten mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta (*HOD 2008-2009*). Eit godt og forutsigbart pasientforløp skal bidra til å lindre sjukdom og lidning hjå enkeltmenneske.

### 1.1. Forankring

KS og Helse Førde gjorde vedtak på å starte samhandlingsprosjektet « Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for kols pasientar» etter tildeling av prosjektmidlar frå Helsedirektoratet i 2011. Det vart bestemt at pilotkommunane Årdal, Jølster og Vågsøy skulle delta i lag med Helse Førde. Pilotkommunane representerer kvar sin region i fylket.

Prosjektet vart starta august 2012 og avslutta februar 2014.

Syner til tabell 1 og 2 som viser oversikt over innbyggartal og tenestetilbod i pilotkommunane, og budsjett og deltakande einingar i Helse Førde.

*Tabell 1. Innbyggartal og tenestetilbod i tre kommunar*

Kommune	Årdal	Vågsøy	Jølster
<b>Innbyggartal</b>	5547	6119	3052
<b>Institusjonar</b>	2 sjukeheimar	1 sjukeheim, med fleire tun	2 sjukeheimar
<b>Soner med heimetenester</b>	3 soner	5 soner	2 soner
<b>Knytt til nettverk oksygenkontaktar</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Legetenester</b>	Kjøper tenester av privatpraktiserande legar	Kjøper tenester av privatpraktiserande legar	Kjøper tenester av ein privatpraktiserande lege i 60% stilling
<b>Fysioterapitenesta</b>	2 kommunale 4 privatpraktiserande	2 kommunale 4 privatpraktiserande	3 kommunale
<b>Ergoterapitenesta</b>	1	1	0
<b>Folkehelsekoordinator</b>	1	1	1
<b>Frisklivssentral</b>	Ja, er innbygt i eine fysioterapi stillinga	Klart for start	Nei
<b>Ernæringsfysiolog</b>	0	0	0
<b>Koordinerande eining</b>	Ja	Ja	Ja

Tabell 2. Oversikt over Helse Førde sine deltakande einingar

<b>Tilsette</b>	2200		
<b>Budsjett</b>	Om lag 2 milliardar		
<b>Medisinsk klinikk deltok i prosjektet med:</b>	<b>Førde Sentralsjukehus(FSS)</b> medisinsk avdeling, Førde medisinsk poliklinikk, Førde medisinsk poliklinikk, Florø	<b>Nordfjord sjukehus(NSH)</b>  medisinsk avdeling	<b>Lærdal sjukehus(LSH)</b>  medisinsk avdeling

## 2.0 Mål med prosjektet

### 2.1. Hovudmål

Prosjektet hadde som hovudmål å styrke samhandlinga mellom 1. og 2. linje tenesta, samt å forbetre behandlingstilbodet for pasientar med Kols. Ved å lage flytskjema som viste forventa pasientforløp, var det ynskje om å fremje heilskaplege og koordinerte tenester. Fokus var retta mot korleis ein kunne gjere kommunane betre i stand til å hjelpe og følge opp denne pasientgruppa, samt ta imot utskrivingsklare pasientar på ein god måte. Samstundes skulle ein hindre sjukehusinnleggingar som ikkje var naudsynte. Prosjektet la vekt på å fokusere på dei utfordringane helsetenesta hadde i møte med pasientar med samansette behov, og sjå desse i samheng med intensjonane i samhandlingsreforma som seier at: Ein skal utvikle meir heilskaplege og koordinerte tenester der ein større del av helsetenesta skal utførast i kommunane, med vekt på førebyggjande folkehelsearbeidet.

### 2.2. Effektmål

- Bidra til at Kols-pasientar får kontinuitet og fagleg god kvalitet i tenestetilbodet.
- Bidra til at Kols-pasientar opplever tryggleik og å vere ivareteken.
- Bidra til at samhandlinga spesialist – og kommunehelsetenesta er betra ved pasientforløp som er mest tenleg gjennom felles metode og utvikling av pasientforløp.
- Bidra til ei god oppgåvefordeling mellom spesialist – og kommunehelsetenesta.
- Bidra til at bruker- gruppene vert teken med på råd.
- Bidra til at prosedyre/flytskjema går til handsaming i fagrådet og koordineringsrådet.

### 2.3. Resultatmål

- Målet er å utgreie og utvikla ei prosedyre/flytskjema til bruk for Kols-pasientar mellom kommunehelsetenesta og Helse Førde.
- Prosedyra/flytskjemaet skal vera utforma slik at det også kan nyttast av andre pasientgrupper.

- Prosedyra/flytskjema skal vise ei funksjonell oppgåvefordeling mellom spesialist – og kommunehelsetenesta.
- Det skal takast i bruk eksisterande verktoy nytta for pasientar i lindrande behandling mellom spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta.
- Evaluering av effekt skal gjennomført ved undersøkingar for brukarar og medarbeidarar innan helse og omsorg.

## 2.4 Måloppnåing

Prosjektet har ved prosjekt slutt innfridd hovudmåla og resultatmåla. Effektmåla er for tidleg å vurdere ved dato for rapportskriving.

## 3.0 Organisering av prosjektet

### 3.1. Prosjekteigar

Helse Førde og KS i Sogn og Fjordane er prosjekteigarar.

### 3.2. Prosjektleiar

Marit Eikemo Halsnes, sjukepleiar med vidareutdanning i lindrande behandling, er prosjektleiar. Til vanleg er Halsnes tilsett i heimetenesta i Fjaler kommune og regional medarbeidar i Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest.

### 3.3. Styringsgruppe

KS: Rådmannsutvalet i Sogn og Fjordane ved leiar, rådmann Ole John Østenstad/  
rådmann Ørjan Raknes Fortun

Helse Førde: Direktør medisinsk klinikk: Olav Hesjedal

Fagdirektør: Hans Johan Breidablik

Samhandlingssjef: Vidar Roseth

**Møteplan 2012:** Prosjektleiar deltok på 2 møter i rådmannsutvalet hausten 2012 der prosjektplanen vart framlagt og godkjent.

**Møteplan 2013:** Prosjektleiar har delteke på 5 møter i rådmannsutvalet 2013 og orientert om framdrifta i utarbeidinga av flytskjema og delprosjektet.

### 3.4. Prosjektgruppe.

KS:

Linda Klævold Kjempenes : sjukepleiar, Heimetenesta, Jølster kommune

Laila Berg : sjukepleiar, Heimetenesta, Vågsøy kommune

Mette Kleiva 2012- vår 2013 : sjukepleiar, Heimetenesta, Årdal kommune.

Minna Strandholm vår 2013- 2014: sjukepleiar, legesenter, Årdal kommune

Deltakarar frå Helse Førde representerer alle lokalsjukehusa i Sogn og Fjordane.

Helse Førde:

Kari Esaiassen	: spesial sjukepleiar, Lærings-og mestrings-senteret.
Siri Årdal	: sjukepleiar medisinsk avdeling Førde (FSS).
Bianka Lamm	: seksjonsoverlege, medisinsk avdeling.
Hildegunn Steindal	: spesial fysioterapeut, Avdeling for neurologi, revmatologi og rehabilitering, FSS.
Gerd Torkildson, permisjon haust 2013	: brukarutvalet.
Bjørge Solheim, haust 2013 - 2014	: brukarutvalet.

**Møteplan 2012:** Prosjektgruppa har hatt 3 møter, der det eine var eit reint arbeidsmøte.

Møta vart brukt til å legge god føring av prosjektet ut frå mandatet.

**Møteplan 2013:** Prosjektgruppa har hatt 11 møter. Møta vart brukt til å utarbeide og implementere flytskjema og utarbeide og gjennomføre delprosjektet.

### 3.5. Referansegruppe

Marit Solheim	: Høgskulelektor, Leiar for Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane.
Jan Ove Tryti	: Praksiskonsulentane, kommunelege i Sogndal kommune.
Anne Grete Halding	: 1 amanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane.
Tove Sandvoll Vee	: Sjukepleiar/prosjektpleiar Kols prosjekt i Årdal kommune.
Tor Rivedal	: Medlem lokalgruppa i Kols i Førde.
Rune Larsen t.o.m. juli 2013	: Overlege, akutt medisin , FSS, Helse Førde
Ole Lervik f.o.m. august 2013	: Lungelege, FSS, Helse Førde

**Møteplan 2012:** Referansegruppa hadde ingen eigne møter. Men representantar frå referansegruppa har delteke på 2 av møta i prosjektgruppa, der prosjektgruppa fekk hjelp til forståinga av flyt.

**Møteplan 2013:** Referansegruppa har hatt 10 møter der eitt av møta var eit utvida arbeidsmøte der fastlegar frå pilotkommunane og lungelegar var inviterte for å evaluere flytskjema og bidra til korleis ein best kunne implementere bruken av flytskjemaet.

## 4.0 Metode og gjennomføring av prosjektet

Prosjektet starta med eit forprosjekt på eit halvt år. I løpet av den resterande prosjektperioden vart flytskjema utarbeidd, ein Fagdag gjennomført og eit delprosjekt sett i verk og gjennomført.

### 4.1 Forprosjektet 2012

Hausten 2012 vart nytta til oppretting av kontaktar i alle pilotkommunane, oppretting av styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe. Etter ca. 2. månadar var alle



medlemmer på plass. Nokre endringar vart gjort i starten, og har i ettertid også vore gjort både i styret, prosjektgruppa og referansegruppa.

Prosjektleiari utarbeidde ein prosjektplan ut frå innhenta fakta om pasientforløpet til Kols-pasienten. Pasientforløpet til Kols-pasientar vart kartlagt gjennom intervju av pasientar, fastlege, helsepersonell innan pilotkommunane og Helse Førde, samt helsefagutdanna ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF). I tillegg såg prosjektleiari på lover og strategiplanar, tilsvarande andre prosjekt og kva som var av gode eller mangelfulle rutinar. Utarbeidinga av flytskjema vart starta. Ved å lage flytskjema som viser forventna pasientforløp så ynskja prosjektet å fremje heilskaplege og koordinerte tenester.

Det vart også utarbeidd ein milepælplan for forprosjektet (*Vedlegg 1*). Milepælplanen vart halden bortsett frå halvtids - evalueringa som ikkje vart gjennomført av di det skulle gjennomførast to andre evalueringar i løpet av prosjektperioden. Dette gjaldt ei for både brukarar og tilsette i tilknytning til Fagdagen, og ei knytt til informantar i eit delprosjekt. Prosjektleiari valde heller å ha tett oppfølging i prosjektgruppa og referansegruppa.

## 4.2 Prosjektet 2013-2014

Opplysningar om pasientforløp for Kols-pasientar, som vart innhenta i forprosjektet, la grunnlaget for det vidare arbeidet gjennom heile prosjektperioden.

Flytskjema:

Prosjektgruppa og referansegruppa har delteke aktivt i utarbeidinga av flytskjema. Utarbeidinga av flytskjema skulle vera forskningsbasert. Brukargruppa var representert i prosjektgruppa og referansegruppa. Prosjektet la vekt på pasientane sjølve og deira meistring som viktig del av forløpet.

Hausten 2013 vart det arrangert eit utvida møte i referansegruppa, der fastlegar frå pilotkommunane og lungelege i Helse Førde var med å kvalitetssikra innhaldet i flytskjema. Prosjektleiari har under heile prosjektperioden halde pilotkommunane og Helse Førde informert om framdrifta i utarbeidinga av flytskjemaet. Etter kvart som flytskjemaet tok form, så har oppdatert versjon også vore tilgjengeleg på Samhandlingsbarometeret som eit uferdig produkt store delar av 2013.

*Sjå eiga punkt om Flytskjema kapittel 5.1.*

Fagdagen:

Som ledd i kompetanseheving og førebuing med informasjon om korleis gjennomføre delprosjektet, vart det i regi av prosjektet arrangert ein Fagdag for brukarar og helsepersonell frå Helse Førde og pilotkommunane. Fagdagen la vekt på pasientane sine erfaringar med sjukdomen og deira erfaringar i kontakten med helsetilboda. Fagdagen vart difor starta med eit pasientintervju.

Emna elles var:

Pasienterfaring, Kols: årsak, symptom og behandling, Kols-tiltak og behandling ved fysioterapeut, kartlegging og funn ved utarbeidinga av flytskjema og tiltak på korleis prosjektet kan bidra til forbetring, individuell plan og koordinator, praktisk rettleiing i bruk av medikamenta, inhalasjonsteknikk og rett behandling av utstyr. (*vedlegg 2*)

Alle involverte fekk skriftleg innbyding. Og alle deltakarane vart oppmoda til å evaluere Fagdagen.

*Sjå eiga punkt om Fagdagen kapittel 5.2.*

Delprosjektet:

Kartlegginga viste svakheiter i pasientforløpet. Prosjektet valde difor å starte eit delprosjekt der ein ynskja å fremme tiltak til forbetring i pasientforløpet. Delprosjektet skulle sjå om tilbodet om Individuell plan og/eller koordinator i pilotkommunane ville stetta Kols-pasienten sitt behov for betre oppfølging i nærmiljøet etter opphald på sjukehus. Etter handsaming i styringsgruppa og godkjenning av personvernombodet, vart det hausten 2013 gjennomført eit delprosjekt. Delprosjektet skulle sette i verk tiltak for å forbetre svakheit som kom fram i kartlegginga av pasientforløpet.

Funna av svakheiter var i hovudsak:

- Sein diagnosesetting
- Sein kontakt med hjelpeapparatet
- Stort feilbruk av inhalasjonsmedikament
- Pasientane hadde ynskje om betre oppfølging i kommunen etter innlegging på sjukehus
- Utfordringar for kommunane å kunne tilby rehabiliteringsplass på sjukeheim

Delprosjektet skulle prøve ut tiltak for forbetring mellom 1. og 2.line tenesta, der pasientar frå pilotkommunane hadde ein konsultasjon på eit av sjukehusa. Alle pasientar med Kols som hadde kriteria skulle få tilbod om koordinator/individuell plan i heimkommunen etter utskriving frå sjukehus.

Delprosjektet varte frå 15 august til 15 desember.

Deltakarar var:

- Dei 3 pilotkommunane: Årdal, Jølster og Vågsøy kommune.
- Medisinsk avdeling og medisinsk poliklinikk, FSS
- Medisinsk poliklinikk, Florø, FSS
- Medisinsk avdeling, Lærdal Sjukehus
- Medisinsk avdeling, Nordfjord Sjukehus

På alle medisinske avdelingar og poliklinikkar som deltok frå Helse Førde, vart det oppnemnt ein kontaktperson for akkurat dette delprosjektet. Denne kontaktpersonen hadde i oppgåve å sjå til at alle Kols-pasientar frå pilotkommunane som hadde kriteria, fekk tilbod om å delta. Prosjektleiari hadde ein gjennomgang med alle kontaktpersonane om korleis ein skulle oppbevare alle opplysningane på ein forsvarleg måte.

Det vart utarbeidd eit spørreskjema om ein ville delta på delprosjektet.

*(vedlegg 3)*

Dei som ynskja deltaking måtte deretter i lag med kontaktperson/sjukepleiar fylle ut eit spørreskjema.

*(vedlegg 4)*

Nokre veker etter sjukehusopphaldet sendte prosjektleiar eit spørjeskjema til Kols-pasienten, der det vart spurt om resultatet av søknaden på koordinator eller utarbeiding av individuell plan.

*(vedlegg 5)*

*Sjå eiga punkt om delprosjektet kapittel 5.3.*

Prosjektleiar har i prosjektperioden hatt til fleire møter fordelt på pilotkommunane og sjukehusavdelingane. På desse møta orienterte prosjektleiar om kartlegginga av pasientforløpet, funna og korleis ein kunne gjennomføre tiltaket i delprosjektet, samt korleis resultatet vart.

Prosjektet utarbeidde også ein milepælplan for prosjektet 2013 -2014 som vart gjennomført *(vedlegg 6)*.

I tillegg vart ein risikovurdering lagt til grunn for prosjektarbeidet.

Risikovurderinga av prosjektet (Tabell 3) er gjennomført ved å identifisere risikoområdet, vurdere kor sannsynleg det er for at denne risikoen skal oppstå, vurdere konsekvensane for prosjektet om det oppstår og multipliserer sannsynleg heit og risiko for å få eit mål på risikonivå. For kvar risiko vert det også beskrive tiltak for å redusere risikoen.

*Tabell 3. Risikovurdering for prosjektet*

<b>Risikofaktor /hending</b>	<b>Konsekvens</b>	<b>S</b>	<b>K</b>	<b>R</b>	<b>Tiltak for å redusere risiko</b>
Tilsette tek ikkje i bruk flytskjema/prosedyre	Evaluering av resultat av prosedyre/flytskjema lite målbart	3	4	12	Prosjektet må følgje tett opp tilsette med informasjon og rettleiing.
Å skape nok engasjement hjå tilsette slik at dei får eigarskap til prosjektet	Lite brukt prosedyre/flytskjema etter avslutta prosjektperiode	2	4	8	Ha open dialog med tilsette. Informasjonsmøter/motivasjonsmøter utover dei allereie planlagde samhandlingsmøta.
KS har inngått avtale med 3 pilotkommunar. Ikkje nok avsett tid i kommunehelsetenesta i høve lungekontakt, spesiell oppfølging og liknande.	Vert ikkje heilskapleg pasientforløp for Kols-pasientar.	2	4	8	Prosjektet må vise til avtale med KS. Prosjektet må og vise til nettverket for ressurspersonar for lungesjuka i kommunehelsetenesta.
Når ikkje ut til dei aktuelle brukarane	For lite deltaking for å	1	4	4	Ha ein god dialog med Helse Førde og fastlegane slik at dei ser nytten av

	gjere ei god nok evaluering				prosjektet. Eiga informasjonsmøte med legane i starten av bruken av prosedyre/flytskjema
Redusert økonomi enten ved uforutsette ekstrakostnader, redusert eller ingen nye sentrale løyvingar	Prosjektet må avsluttas før vurdert effekt og resultatmål.	1	5	5	God økonomistyring. Holde tidsfristar for rapportering og ny søknad. Prosjektet må vurderast på nytt

S=Sannsynleg heit (1-5, 1 er minst sannsynleg), K=Konsekvens (1-5,1 er minst konsekvens), R=Risiko S x K (1-25, 1 er minst risiko)

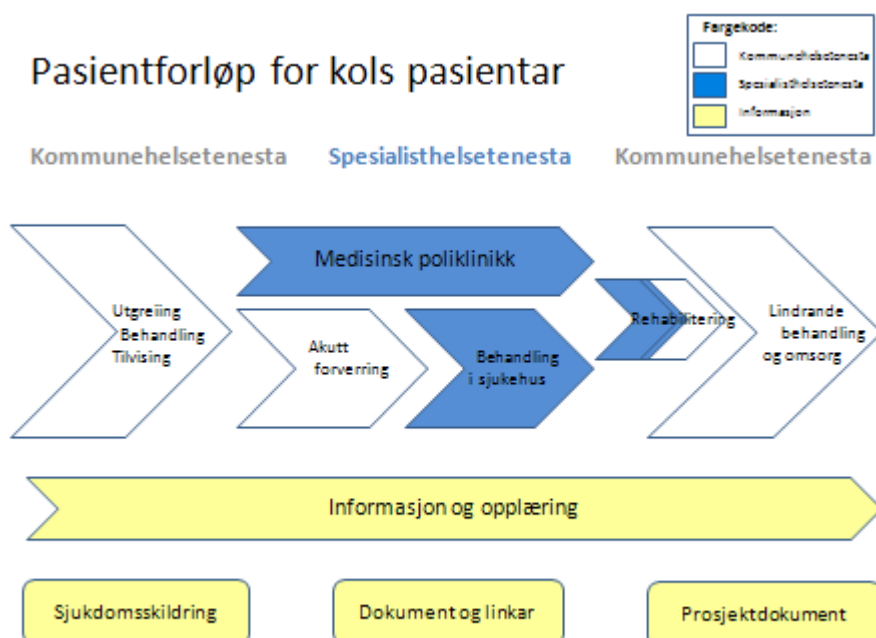
Den største risikoen var at tilsette ikkje tok i bruk anbefalt prosedyre(R 12). Analysen viste at tilsette ikkje tok i bruk prosedyrane som forventa.

## 5.0 Resultat og vidareføring

### 5.1 Flytskjema

Flytskjema er utarbeidd for å vise pasientforløpet for Kols-pasientar. Det er tenkt som eit felles verktøy til bruk for brukarar og helsepersonell i kommune og spesialisthelsetenesta. Framsida i flytskjemaet er utarbeid slik at ein får oversikt over den generelle pasientflyten for Kols-pasienten. Flytskjema ligg på internettsida til Helse Førde, Samhandlingsbarometeret.

Figur 1. Pasientforløp for Kols-pasientar



Den kvite delen i figuren fortel om pasientforløpet i kommunen, den blå om pasientforløpet i spesialisthelsetenesta, og den gule delen fortel om lover, strategiplanar, opplæring, sjukdomsskildring og prosjektdokument.

Kvar boks har bakanforliggende informasjon som er viktig for den aktuelle delen av pasientforløpet. For eksempel kan ein ved å trykke på *utgreiing, behandling og tilvisning* få fram informasjon om dei vanlegaste symptoma ved Kols, diagnostikk og undersøkingar. Ein vil og finne informasjon om kva pasienten har ansvar for, kva oppgåve fastlegen har, kva rehabiliteringstilbod som finnes i denne delen av pasientforløpet og kva oppgåver som ligg til heimesjukepleien og sjukeheimane. Gjennom heile pasientforløpet er det vist til aktuelle dokument og linkar. På slutten av kvar bakanforliggende boks har prosjektet sagt noko om kven som har ansvar for at denne delen av forløpet vert følgt opp.

Under *Informasjon og opplæring* finner ein eit e-læringsprogram, der eit program er for pasient og pårørande, eit for helsepersonell i kommunane og eit for helsepersonell på sjukehus.

På framsida kan ein også klikke seg inn på *Dokumentar og linkar*. Her finner ein til ei kvar tid overordna oppdaterte lover og strategiplanar i høve Kols-forløp.

Under *prosjektdokument*, finner ein dokumenter som høyrer til prosjektet slik som prosjektrapporten.

Framsida er også laga slik at det kan nyttast av andre kroniske sjukdomar som har same type pasientforløp. Ein må då endra innhald i *Sjukdomsskildring*.

## 5.2 Fagdag

Dokument om Fagdagen finn ein under prosjektdokument i Flytskjema. Fagdagen vart godt gjennomført og fekk svært gode tilbakemeldingar. Sjå svar på eiga evalueringsskjema. *(vedlegg 7)*

## 5.3 Delprosjekt

Ved avslutning delprosjektet hadde det delteke for få informantar til at prosjektet kunne konkludere med eksakte resultat. Hovudgrunnen var at pasientar frå akkurat desse pilotkommunane hadde fråvær av innleggingar på sjukehus i delprosjektperioden. Prosjektet fekk noko informasjon frå pasientane. Men informasjonen kan ikkje generaliserast slik at ein får inntrykk av at informasjonen gjeld for «alle» med Kols.

Prosjektet såg likevel på dei få svara at dei stetta eine funna ved kartlegginga; *Kols pasientar i tidleg sjukdomsfase hadde ynskje om nærare kontakt med helsetenesta i heimkommunen, men at kommunen hadde vanskeleg heiter å gje slikt tilbod.* På tross av direkte oppmoding til kommunane om å ta kontakt tidleg i forløpet for å få utarbeid individuell plan eller ein

koordinator, så meldte fleire informantar at ingen hadde teke kontakt sjølv etter 3-4 veker etter utskrivinga.

#### 5.4 Vidareføring

Flytskjema:

Ein kan her finne felles informasjon om Kols pasientforløpet. Flytskjemaet er publisert på [Samhandlingsbarometeret](https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/). under mappe **Undersøkingar og prosjekt**.  
<https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/>

Flytskjemaet ligg tilgjengeleg for brukarar, helsepersonell i kommune og spesialisthelsetenesta på Samhandlingsbarometeret. Flytskjema er eit dokument som ikkje er statisk. Det er formidla til styringsgruppa at det må vera ein tilsett i Helse Førde som har ansvar for å halde flytskjemaet til ei kvar tid oppdatert.

Prosjektgruppa har også sagt noko om kva dei meiner bør vera tilgjengeleg av dokumenter og prosedyrar. Nokre av dokumenta ligg som ein rettleiar for kva som bør vera med i flytskjema. Manglane tilgjengelege prosedyrar i Helse Førde bør i ettertid utarbeidast. Utfordringa vidare er å implementere bruken av flytskjemaet. Det er eit felles godt verktøy for alle, både for brukarar og helsetilsette i 1. og 2. line tenesta som må gjerast kjent.

Delprosjektet:

Det var for få deltakande pasientar frå pilotkommunane til at prosjektet kan konkludere med nokon konkrete funn. Årsaka til lav deltaking var difor mangel på informantar. Prosjektet oppmodar Helse Førde og kommunar til vidare samarbeid der ein legger vekt på å tilby individuell plan/koordinator til Kols-pasientar som følgjer krava. Målet bør vera å nytte tilgjengelege verktøy som gjev Kols-pasientar tryggleik, som igjen gjev meistring, som gjer Kols-pasienten i stand til å handtere utviklinga av sjukdomen nærast heimen og kanskje hindre innlegging på sjukehus.

Prosjektet som heilheit vert ut frå mandatet sett på som eit vellukka prosjekt.

#### 6.0 Formidling av erfaring

- Mai 2013 – februar 2014: Flytskjema har vore på Samhandlingsbarometeret som uferdig produkt.
- Oktober 2013: Prosjektet vart nemnt på Samhandlingsnytt, Helse Førde si nettside
- 12. november 2013:  
Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering Helse Vest.  
Prosjektleiar hadde 20 min. innlegg på Regionalt nettverksmøte der prosjektet vart lagt fram. Hovudvekta var på delprosjektet der ein såg på bruken av Individuell plan og koordinator.
- Informasjon med framlegg ved start av prosjektet til pilotkommunane og Helse Førde

- Informasjon med framlegg undervegs ved start av delprosjektet til pilotkommunane og Helse Førde
- Informasjon med framlegg om resultatet av prosjektet til pilotkommunane og Helse Førde.
- Alle involverte har fått rapporten.

## 7.0 Rekneskap

Rekneskap ( basert på rekneskapstal pr. 31.12.13 – estimert ut prosjektperioden til og med 15.02.14)

Tilskot Helsedirektoratet	kr. 600 000,-
Kommunal eigenandel	<u>kr. 200 000,-</u>
Sum inntekter	kr. 800 000,-
Lønskostnader	kr. 650 000,-
Driftskostnader	kr. 70 000,-
Adminstrasjon Førde kommune	kr. 80 000,-

## 8.0 Litteraturliste

Halding, Anne Grethe. Every life and rehabilitation in COPD – a qualitative study of patients' experiences (2011)

Heggestad, Torhild. Storbrukarar av sjukehus, Helse Vest (2010 - 2011)

Helse Førde: Forbetringsprogrammet i Helse Førde (2013)

Helse Møre og Romsdal, Høgskolen i Molde, 5 kommunar: Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi (2011)

Helse Sør-Øst: Behandlingslinje KOLS (2011)

Helse Vest: Forløpshåndbok. Hvordan utarbeide, innføre og følge opp standardiserte pasientforløp (2012)

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013

HOD: Individuell plan. Veileder til Forskrift om individuell plan (2010)

HOD, KOLS. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging (2012)

HOD, Lov 24 nr. 30 om kommunal helse- og omsorgstenester. (2011)

HOD: Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)

HOD : St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen (2008-2009)

Knutepunkt Sørlandet: Anbefalt pasientforløp for KOLS (2012)

Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten: Intermediære enheter og «hjemmesykehus» ved behandling av pasienter med akutt KOLS-forverring (2011)

NTNU, Norsk helsenett, Trondheim kommune: Veien frem til helhetlig pasientforløp (2012)

Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF: Veiledningshefte pasientforløpsarbeidet. (2011)

Sørlandet sykehus: Behandlingslinje for Kols (2013)



## 9.0 Vedlegg

- Vedlegg nr. 1 : Milepælplan for forprosjekt 2012
- Vedlegg nr. 2 : Fagdag
- Vedlegg nr. 3 : Delprosjektet: Spørjeskjema om deltaking
- Vedlegg nr. 4 : Delprosjektet: Registreringskjema
- Vedlegg nr. 5 : Delprosjektet: Oppfølgingskjema
- Vedlegg nr. 6 : Milepælplan for prosjektet 2013 -2014
- Vedlegg nr. 7 : Evaluering Fagdag

## Vedlegg 1

### Milepælplan/ framdriftsplan for forprosjektet 2012

<b>Antatt start tids.</b>	<b>Antatt ferdig tids.</b>	<b>MILEPÆLPLAN / FRAMDRIFTSPLAN For forprosjekt</b>	
15.08.2012	15.09.2012	Oppretta kontaktar i alle pilotkommunar	
15.08.2012	15.09.2012	Oppretta styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe	
01.09.2012	30.09.2012	Utkast til prosjektplan er utarbeidd og godkjent i prosjektgruppe	
01.09.2012	31.10.2012	Prosjektplan er utarbeid og godkjent i styringsgruppa	
01.11.2012	31.12.2012	Godkjent prosjektplan og flytskjema i prosjektgruppe og styringsgruppe	
01.11.2012	31.01.2013	Samling av pilotkommunar for gjennomgang av prosedyrar og rutinar er gjennomført, og utprøvningsperioden er avklart	
01.11.2012	31.01.2013	Det er innhenta kompetanse frå referansegruppa	
01.11.2012	31.01.2013	Halv – evalueringsskjema er utarbeid og godkjent i prosjektgruppa	



## **FAGDAG OM KOLS**

**Førde Sentralsjukehus, auditoriet, 3. juni 2013**

### **Arrangør: Prosjekt: Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa Pasientforløp**

- Kl. 09.30 - 09.35 Velkomen  
Marit Eikemo Halsnes,
- Kl. 09.35 - 10.15 Pasienterfaring
- Kl. 10.15 - 11.15 KOLS: årsak, symptom og behandling  
Bianka Lamm, lungelege
- Kl. 11.15 - 11.30 Pause
- Kl. 11.30 - 12.00 Kols – tiltak og behandling ved fysioterapeut  
Hildegunn Steindal, fysioterapeut
- Kl. 12.00 - 12.45 Lunsj
- Kl. 12.45 - 13.45 Flytskjema utarbeid gjennom kartlegging og funn.  
Tiltak for å betre samhandlinga mellom 1. og 2.line tenesta  
Korleis tenkjer ein prosjektet kan bidra til betring?  
Marit Eikemo Halsnes, prosjektleiar
- Kl. 13.45 - 14.00 Pause
- Kl. 14.00 - 14.45 Korleis kan ein koordinator eller individuell plan vere til hjelp for kols  
pasientar?  
Maria Ljungløf , fysioterapeut, Lærings og Meistringssenteret
- Kl. 14.45 - 15.00 Pause
- Kl. 15.00 - 15.30 Administrasjon av medikamenter, inhalasjonsteknikk, behandling av utstyr  
Siri Årdal, sjukepleiar medisinsk avdeling
- Kl. 15.30 Avslutning v/ Marit Eikemo Halsnes, prosjektleiar

## Spørsmål om deltaking i kvalitetsforbetrings- prosjekt

### *«Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for kols pasientar»*

#### **Bakgrunn og føremål**

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein kvalitetsstudie som skal betre samhandlinga mellom og vera ferdigbehandla på sjukehus og det å kome heim til kommunen att. Prosjektet ynskjer å sjå om tilbod om individuell plan eller koordinator i kommunen kan vera til hjelp for deg. Prosjektet er eit samarbeid mellom alle kommunane i Sogn og Fjordane og Helse Førde.

#### **Kva inneber studien?**

Dette er ein studie for deg som har vore innlagt på sjukehus på grunn av kols. Prosjektet ynskjer gjennom informasjon å tilby deg oppfølging i heimkommunen din etter opphaldet på sjukehuset.

Du vil bli intervjuet av ein sjukepleiar frå avdelinga før heimreisa. Sjukepleiaren fyller ut svara dine i eit skjema.

Dersom du er interessert, tek sjukepleiar kontakt med helsetilsett i heimkommunen din. Heimkommunen vil så gjere avtale med deg om å sende ein person heim til deg for ein prat og vidare oppfølging.

Etter nokre veker vil du mota eit spørjeskjema som du då må fylle ut og sende tilbake til oss. Dersom du ikkje er interessert i og delta vil dette berre bli notert i spørjeskjemaet. Alt vert konfidensielt behandla og ingen namn vert brukt.

#### **Mogelege føremoner og ulemper**

Prosjektet har som føremål at dette skal vera eit gode for deg som deltek. Du vil få ein fagperson i din kommune som skal bidra med å hjelpe deg dersom du har behov for fleire tenester i kommunen din.

Prosjektet ser ikkje nokon direkte ulemper anna enn den tida informasjonen, oppfølging i kommunen og spørjeundersøkinga vil ta.

#### **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysningane vert behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte opplysningar som kan gjera at dei vert kopla til deg. Ein kode knyter deg til opplysningane dine gjennom ei namneliste.

Det er berre personell med løyve og knytt til prosjektet som har tilgang til namnelista og berre desse som kan finne tilbake til deg. Undersøkinga varer frå 15. august 2013 til 15. desember 2013. Prosjektrapporten skal vera ferdig 15. februar 2014. Deretter vert all informasjon sletta.

Det vil ikkje vere mogeleg å identifisere deg i resultatata av studien når desse vert publisert.

### **Frivillig deltaking**

Det er frivillig å ta del i studien. Du kan kva tid som helst og utan og gje opp nokon grunn trekkje samtykket ditt til å delta i studien. Dette vil ikkje få konsekvensar for den vidare behandlinga di. Dersom du ønskjer å ta del, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Om du seier ja til og vera med no, kan du seinare trekkje tilbake samtykket ditt utan at det påverkar din behandlinga di elles. Dersom du seinare ønskjer å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

**Marit Eikemo Halsnes, sjukepleiar og prosjektleiar, mobil 91 68 97 87**

## **Samtykke til deltaking i studien**

Eg har lese informasjonsskrivet og er villig til å ta del i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltakar, dato, adresse)

Eg bekreftar at eg har gjeve informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



## Vedlegg 5

### Undersøking om di erfaring om oppfølging i kommunen etter sjukehusopphald

«Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp» for kols pasientar.

Ettersom du nyleg var innlagt på medisinsk avdeling ved Førde sentralsjukehus og deltok i eit kols prosjekt spør vi deg med dette om du vil svare på dette spørjeskjemaet.

Dei 13 spørsmåla handlar om kva erfaring du har med hjelpeapparatet etter du kom heim etter opphaldet på sjukehuset.

Målet er å forbetre kvaliteten på tenesta i framtida.

Dine erfaringar er viktige for oss, og vi håper du vil bruke nokre minuttar på å fylle ut skjemaet. Undersøkinga er anonym, så ditt namn vert ikkje gjort kjent i samband med dine svar på undersøkinga. Det er heilt frivillig å svare.

Dersom du har spørsmål i samband med undersøkinga kan du kontakte prosjektleiar Marit Eikemo Halsnes på telefon 91689787

---

#### Koordinator

---

1. Fekk du tilbod om koordinator etter du kom heim frå sjukehusopphaldet? Ja  Nei

2. Har du nytta deg av tilbodet om koordinator? Ja  Nei

3. Dersom nei, kvifor ikkje?

.....  
.....

4. Dersom ja, kor lang tid etter utskrivinga Mindre enn 1-2 veker Meir enn

før du fekk kontakt med koordinator?

1 veke

2 veker

5. Kva utbyte har du hatt av tilbodet?

Ikkje noko utbyte

Lite utbyte

Ein del utbyte

Stort utbyte

Svært stort utbyte

---

## Individuell plan

---

1. Fekk du tilbod om Individuell plan etter du kom heim frå sjukehuset?

Ja

Nei

2. Har du nytta deg av tilbodet om Individuell plan?

Ja

Nei

3. Dersom nei, kvifor ikkje?

.....  
.....

4. Dersom ja, kor lang tid etter utskrivinga før du fekk utarbeid individuell plan?

Mindre enn

1 veke

1-2 veker

Meir enn

2 veker

5. Kva utbyte har du hatt av tilbodet?

Ikkje noko utbyte

Lite utbyte

Ein del utbyte

Stort utbyte

Svært stort utbyte

---

## Tenester frå kommunehelsetenesta

---

1. Kva type tenester mottok du av teneste i kommunen på grunn av KOLS **FØR** du fekk Individuell plan/ koordinator?

Fastlege

Ergoterapi

Heimesjukepleie

Heimehjelp

NAV



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi	Psykiatriteneste	Frisklivssentral	Bedriftshelseteneste	Ingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evt. andre tilbud.....

2. Kva type tenester på grunn av KOLS mottek du i dag?

Fastlege	Ergoterapi	Heimesjukepleie	Heimehjelp	NAV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapi	Psykiatriteneste	Frisklivssentral	Bedriftshelseteneste	Ingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evt. andre tilbud.....

---

**Erfaring med behandling og tilbod**

---

1. I kva grad har Individuell plan/ koordinator hjelpt deg til å få desse tilboda?

Ikkje i det heile	I liten grad	I noko grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. I kva grad har koordinator gitt deg opplæring og informasjon i samband med sjukdomen KOLS?

Ikkje i det heile	I liten grad	I noko grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. I kva grad har bruk av Individuell plan/koordinator bidrege til at du har fått ein betre kvardag?

Ikkje i det heile	I liten grad	I noko grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Anna du vil kommentere**

---

## Vedlegg 6

### Milepælplan/ framdriftsplan 2013- 2014

Antatt start tids.	Antatt ferdig tids.	MILEPÆLPLAN / FRAMDRIFTSPLAN	
02.01.2013	31.12.2013	Det er jamleg innhenta kompetanse frå referansegruppa.	
02.01.2013	31.12.2013	Informasjon og naudsynte avklaringar er jamleg teken med prosjektgruppa og styringsgruppa	
02.01.2013.	01.02.2013	Innhenting av data gjennom godkjent prosedyre.	
01.03.2013	31.03.2013	Vurdering av data. Val av tiltak.	
02.01.2013	31.12.2013	Bruker gruppene er jamleg teken med på råd.	
01.04.2013	01.05.2013	Prosedyre/flytskjema er formidla til alle pilotkommunar og Helse Førde for bruk til samhandling for KOLS- pasientar og andre pasientgrupper.	
15.08.2013	31.12.2013	Flytskjema og samhandling er i gang sett og under utprøving. Samling av pilotkommunar for gjennomgang av prosedyrar og rutinar er gjennomført, og utprøvsperioden er avklart	
15.10.2013	31.10.2013	Halv – evalueringsskjema er utarbeid og godkjent i prosjektgruppa	
01.11.2013	15.11.2013	Halv-evalueringsskjema er sendt aktuelle aktørar, svara innhenta og evaluert	
01.12.2013	31.12.2013	Det er utarbeid evalueringsskjema til prosjektet som er vedteken i prosjektgruppa og prosjektstyret.	
01.01.2014	31.01.2014	Evaluering og vedtak er gjort i prosjektgruppa og styringsgruppa.	
01.01.2014	14.02.2014	Funn er vurdert og levert til handsaming i fagrådet og koordineringsrådet.	
01.01.2014	14.02.2014	Rapport er levert.	

## FAGDAG OM KOLS

### Prosjekt: Heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp

Kurs for brukar og tilsette frå prosjektkommunar og Helse Førde

#### Evaluering

Vi håper du har hatt nytte av dette kurset. Dersom du kan vere så venleg å fylle ut dette evalueringsskjemaet, vil det gje oss høve til å auke kvaliteten ytterligare på seinare kurs. Vi håper difor at du tek deg tida til dette. Har du kommentarar på kurset, så ver venleg og skriv på baksida av arket.

Av 30 påmelde svara 24 personar. Ingen svar frå brukarar.

#### Faktaopplysningar:

##### 1) Kor jobber du?

Heimetenesta	10
Sjukehus	6
Sjukeheim	6
Legekantor	1
Psykisk helsevern	1

##### Kva er di stilling?

Sjukepleiar	14
Lege	1
Hjelpepleiar	1
Fysioterapeut	5

Anna: 1 sjukepleiarstudent, 1 leiar og 1 prosjektleiar.

#### Kurset sitt innhald:

##### 2) I kva grad var det mogleg å relatere undervisninga til din eigen arbeidsdag?

Lett å relatere	11
Kunne relaterast	13
Vanskeleg å relatere	0

##### 3) Var det andre tema du skulle ynskja vart teke på kurset?

Ja	0
Nei	15
Veit ikkje	9

Dersom ja, ver venleg og gje tilbakemelding om kva tema du sakna:

**4) I kva grad meiner du kurset har gjeve deg ny kunnskap om heilskaplege og koordinerte tenester i forventa pasientforløp for kols pasientar?**

Mykje kunnskap	7
Noko ny kunnskap	16
Lite ny kunnskap	1
Ingen ny kunnskap	0

**5) Har kurset ført til at du føler deg sikrare når du skal forhalde deg til menneske med kols og deira pårørande?**

Mykje sikrare	4
Noko sikrare	16
Litt sikrare	3
Ikkje meir sikker	1

**6) Kjem du til å anbefale eit kurs om dette emnet til kollegaer i andre kommunar?**

Ja	20
Kanskje	4
Nei	0
Veit ikkje	0

Dersom nei, ver venleg og sei kvifor:

**7) Synes du kurset burde ha:**

- Opna for meir diskusjon  
Ja: 3                      Nei: 14                      Veit ikkje: 7
- Kopla undervisninga meir opp mot deltakarane sin arbeidssituasjon  
Ja: 8                      Nei: 9                      Veit ikkje: 7
- Brukt fleire praktiske eksempel  
Ja: 11                      Nei: 10                      Veit ikkje: 3

**8) I ein skala frå 1-5 der 1 er veldig bra kurs og 5 er veldig dårleg kurs, kva er di totalvurdering av kurset?**

1: 4	2: 15	3: 2	4: 2	5: 1
------	-------	------	------	------

**Ytterlegare kommentarar:**

- Burde høyrte meir frå brukar
- Burde høyrte meir frå kartlegginga frå kols prosjektet
- Burde vore obligatorisk for kommunelegar

- Greitt at det var med informasjon om koordinator i kommunane
- Lungelege, fysioterapeut og informasjon om Læring og Meistringssenteret burde ha laga handouts på førehand
- Tidvis utfordrande i det tverrfaglege arbeidet å vite kven ein skal kontakte/ forhalde seg til
- Nyttig kurs for privatpraktiserande
- Veldig nyttig med pasienthistorien

**Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmåla!**