Tidsskrift

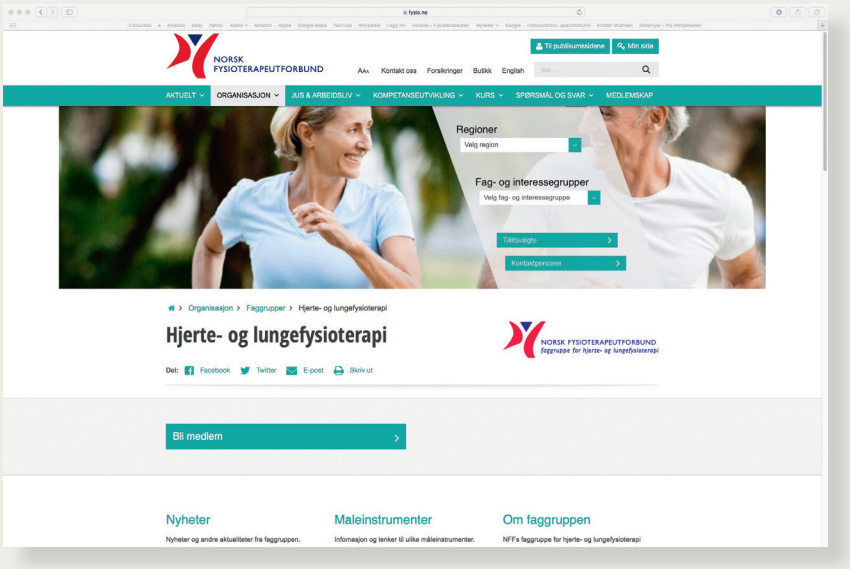
for hjerte- og lungefysioterapi

November 2021

19. årgang

Vi ønsker deg velkommen som medlem i Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi

Som medlem får du tilsendt papirutgaven av Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi én gang i året. Faggruppen ønsker å stimulere til faglig utvikling og medlemmer kan søke om stipend (for eksempel til kurs, konferanser eller hospiteringer) to ganger i året.
Vi arrangerer årsmøteseminar med forelesninger, workshops, utstillere og likesinnede kolleger fra hele landet. I tillegg jobber vi med å synliggjøre og ivareta interessene til hjerte- og lungefysioterapeuter både internt i NFF og overfor andre aktuelle aktører.



Meld deg inn ved å logge deg inn på fysio.no og følg linken:
https://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi?Innmeldingsskjema

Velkommen også som medlem i vår Facebookgruppe

Her er det er det oppdatert informasjon om vårt fagområde, mange nyttige tips og ressurser, samt fagfolk å diskutere med.

Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi
November 2021

Pandemien endret hjerterehabiliteringen ved Diakonhjemmet Sykehus. Uterening er blitt fast praksis. Her er Hans Petter, fysioterapeut Nadia Flesjø og Jan klare for en treningsøkt i Frognerparken. Foto: Inger Dokken.

Innhold

5 Premiering av beste bidrag i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi
6 Hjerte- og lungefysioterapi fra studiet til praksis
10 Hvordan jobbe med lungefysioterapi i et driftstilskudd for Stavanger kommune? Slik ble veien til mens jeg gikk
14 Klinisk masteroppgave – praktisk bruk i klinikken
16 Min arbeidshverdag: En fysioterapeuts vinkling på klinikk og forskning i praksis
18 Inducible Laryngeal Obstruction (ILO) – oppdatering på forskning og behandling
22 Pandemien endret hjerterehabilitering ved Diakonhjemmet Sykehus
26 Å trene med pacemaker
32 Livet etter intensivbehandling av Covid-19
35 Det er grunn til optimisme: Konsentrert rehabilitering for vedvarende plager etter Covid-19
38 Norsk oversettelse av CPAx
39 Nytt tverrfaglig nettverk: Med fokus på tidlig rehabilitering
40 Stor interesse for faglig nettverk
42 Referat fra ACPRC21 - The Blanc Canvas: Navigating the future of Cardiorespiratory Physiotherapy
43 Gratulerer til stipendmottakere
44 Master- og PhD.-kandidater innen fagfeltet
48 Fagnettverk for hjerte- og lungefysioterapeuter
49 Kurs og konferanser

Utgiver: NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi
Redaktør: Cecilie Straumann Botn
Bidragsytere: Redaksjonen i Fysioterapeuten
Utforming: Kirsten Stiansen/Fysioterapeuten
Annonser: HS Media
Redaksjonen avsluttet: 1. november 2021

Forsidefoto: Collage av medlemmenes egne bilder/Colourbox.com:

Blide faggruppemedlemmer fra Bærum sykehus, Diakonhjemmet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus.

Faggruppen ønsker å være pådriver for kunnskapsutveksling og fagutvikling

Frederikke Tonnaer Liseth
Leder i NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi.
hjerteoglunge@fysio.no

Fysioterapeut, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Innholdet i årets tidsskrift viser bredden innen fagfeltet vårt. Vi møter studenter og turnuskandidater, kommunefysioterapeut, sykehusfysioterapeuter og forskere. I faggruppen har vi tro på at det viktig med åpne dører, mulighet og vilje til å lære av hverandre. Årets tidsskrift gir en god mulighet for det. Det er også en påminnelse om hvor forskjellig hverdag vi har og at erfaringsutveksling er viktig, ikke bare for selv å utøve faget på en god måte, men også for å kunne samarbeide på en god måte på tvers av tjenester.

Pandemien har gjort at vi har måttet løfte blikket og tenke annerledes omkring kunnskapsutveksling og fagutvikling. I samarbeid med NFF har vi organisert kurs og delt relevant informasjon via fysio.no. Vi ser at det har vært god oppslutning omkring digitale kurs, og at både forelesere og deltakere har vært fornøyde. Per i dag har Faggruppen for hjerte-og lungefysioterapi fem kurs som holdes hvert år/hvert annet år, litt ut fra etterspørsel. Vi har introduksjonskurs og fordypningskurs med varighet på 2-5 dager. Målet nå er å videreutvikle kursporteføljen ved å tilby flere korte fordypningskurs. Vi vil ha deres innspill til aktuelle temaer og annet dere vil lære mer om. Målet er en mer variert portefølje, der vi særlig er ute etter flere kortere kurs rettet mot deg med lengre erfaring. Stort eller smått, send forslag til hjertelunge@fysio.no!

17.-19. mars arrangeres Fysioterapikongressen. Så langt er det nærmere 80 forelesere som er engasjert til plenumssesjoner, 20 parallellsesjoner og 13 workshops. Programmet er bredt, og av spesiell interesse er kanskje «Lungefysioterapi i palliativ fase», «IMT og vurdering av lungefunksjon» og «Pakkeforløp og trening av Covid-19-pasienter». Og enda mer skal det bli! Under kongressen arrangeres også faggruppens årsmøte.

Vi håper på godt oppmøte og gleder oss til å se dere der.

God lesning!

NFFs faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi representerer fysioterapeuter som arbeider med hjerte- og lungefysioterapi i alle deler av helsesektoren. Tidsskriftet er ment å avspeile dette.

Hjerte- og lungefysioterapi handler om fysioterapi til pasienter med ulike hjerte- og lungediagnoser, men også om puls- og pusteutfordringer hos andre pasientgrupper.

Premiering av beste bidrag i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi

Vi gratulerer fysioterapeut Kristina Struksnes Fjone med beste innlegg i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi 2020.

Tittel: Kunnskapspakken fra OUS – Fagutvikling under en pandemi

Kristina er i permisjon i et PhD.-stipendiat, og er ansatt i Avdeling for forskning og utvikling ved Akuttklinikken ved OUS. Prosjektet hun er del av skal følge opp Covid-19-pasientene som har vært innlagt på intensivavdeling. Dette prosjektet kan du lese mer om i denne utgivelsen av tidsskriftet vårt. Da Kristina skrev innlegget jobbet hun ved Seksjon for fysioterapi og sosialmedisin på Rikshospitalet under første bølge av Covid-19.

Det beste bidraget i Tidsskriftet for hjerte- og lungefysioterapi blir hvert år premiert med et gavekort på kr. 1000. Det er faggruppens egne medlemmer som stemmer frem det beste bidraget, og det skjer på faggruppens årlige seminar. I 2020 var dette et digitalt seminar.

Vinneren fortjener honnør for sitt faglige engasjement og sin aktive rolle i utvikling av Kunnskapspakken fra OUS. I innlegget beskriver Kristina bakgrunnen for utviklingen av kunnskapspakken og arbeidshverdagen på OUS under pandemien. Innlegget til Kristina engasjerte leserne. Kristina beskriver hva vi kan få til gjennom samarbeid og deling av kunnskap. Kunnskapspakken fra OUS har også bidratt til å anerkjenne fysioterapeuter og vår kompetanse i fbm behandling av Covid-19-pasienter. Blant annet har helsedirektør Bjørn Guldvog vist til Kunnskapspakken.

Kunnskapspakken er basert på fysioterapierfaringer med Covid-19-pasienter fra inn- og utland, samt eksisterende og etablert kunnskapsbasert praksis om behandling av pasienter med lungesykdom og alvorlig sykdom som krever intensivopphold.

Les den oppdaterte kunnskapspakken her: https://fysio.no/Media/Files/Kunnskapspakken-om-fysioterapi-til-COVID-19-pasienter-ved-OUS-versjon-2.0

Foto: Privat.

Send inn ditt bidrag!

Bidrag til Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi kan være alt fra en anmeldelse av en bok, en fagartikkel, en prosjektrapport eller prosjektbeskrivelse, en jobbpresentasjon, et innlegg om et fagområde eller tema, svar på tidligere innlegg/kronikker eller «bare» et innlegg om noe som opptar deg!
Bidrag sendes til: hjerteoglunge@fysio.no

Hjerte- og lungefysioterapi fra studiet til praksis

Erfaringer fra de fire utdanningene i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen

Utdanningssted: Tromsø

Foto: Privat.

Amalie Karlsen, turnusfysioterapeut, Nordlandssykehuset Stokmarknes
amalie-nyka@live.no

Ut fra din erfaring fra studiet, hvordan vil du beskrive utdanningens fokus på hjerte og lungefysioterapi?
– Utdanningen la opp emnene i ulike moduler som vi skulle igjennom. Her hadde vi blant annet moduler som omhandlet hjerte- og lungefysioterapi. Her fikk vi forelesninger, temadager og praktisk øving, selv om vi mistet noe praktisk pga. pandemien. Vil nok si at fokuset er der at vi skal ha vært gjennom det, og vite hvordan man jobber innenfor dette fagfeltet, samt ha kjennskap til det grunnleggende.

Hvor bevisst var du på at hjerte- og lungefysioterapi var en del av fagfeltet fysioterapi under studiet?
– Dette var jeg ganske bevisst på siden jeg første semester på studiet hadde punktpraksis på hjerte- og lungeavdeling på sykehus. Dermed fikk jeg ganske tidlig i studieforløpet erfaringer rundt denne delen av fagfeltet. Praksisen var kort, men likevel klarte jeg å få et godt innblikk i hvordan fysioterapeuter møter disse pasientene og hvordan de jobber.

Hva oppfattet du som aktuelle arbeidsoppgaver innen hjerte- og lungefysioterapifeltet før praksis?
– Om jeg husker rett hadde jeg ikke så mange forventninger til dette og hvilke arbeidsoppgaver en fysioterapeut innen hjerte- og lungefysioterapi hadde. Tror nok jeg tenkte at individuelt tilpasset trening og øvelser, utholdenhetstrening og gruppetimer var noen av arbeidsoppgavene.

Har du hatt praksis eller turnustjeneste innenfor hjerte- og lungefysioterapifaget?
– Som tidligere nevnt hadde jeg en praksisperiode på hjerte- og lungeavdeling på sykehus. I tillegg hadde jeg en KOLS-gruppe i en annen kommunal praksis på studiet. Akkurat nå er jeg i turnustjeneste på sykehuset på Stokmarknes hvor jeg blant annet møter disse pasientene.

Stemte møtet med praksis med forventningene dine til faget?
– Før den første praksisen på hjerte- og lungeavdeling visste jeg ikke så mye rundt dette fagfeltet, og hadde heller ikke rukket å ha så mye undervisning om det på studiet. Dette gjorde at jeg heller ikke visste hva jeg skulle forvente av å være i praksis på en slik avdeling. I begynnelsen tror jeg mine forventninger var at disse pasientene ikke tålte mye belastning og hyppig trening. Så akkurat disse forventningene stemte kanskje ikke helt med hva jeg møtte i praksis. Det jeg lærte underveis, både i praksis, men også på studiet, er hvor viktig det er for disse pasientene å være i fysisk aktivitet for å opprettholde eller vedlikeholde funksjonsnivået.

Opplevde du å være faglig forberedt til arbeidsoppgavene som ventet deg i praksis eller turnus?
– Jeg vil si at jeg følte meg greit forberedt på grunn av kjennskap til det grunnleggende innenfor fagfeltet som jeg lærte på studiet. Men som med alt annet er det noen ting man må lese seg opp på underveis. Videre tenker jeg at dette kan være varierende med tanke på hvilken praksis man har hatt i løpet av studietiden. I mitt tilfelle var det veldig nyttig at jeg fikk en praksis på hjerte- og lungeavdelingen.

Kjenner du til faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi?
– Jeg vet at faggruppen finnes og den har blitt nevnt før i løpet av studiet, men har ikke mye kjennskap til den selv.

Har du andre tanker rundt undervisningen rundt hjerte- og lungefysioterapi på ditt utdanningssted?
– Dessverre kom pandemien rett før vi skulle ha undervisning om blant annet hjerterehabilitering. Dette medførte at vi måtte ha all undervisning over nett, og mistet også muligheten for praktisk arbeid som vanligvis gjennomføres på studiet. Tross at undervisninger var på nett, synes jeg den var bra og nyttig, spesielt siden vi fikk eksterne forelesere som jobber med fagområdet til vanlig. Likevel er det noe med det å ha all undervisning på nett, og miste den praktiske delen av faget. Vi hadde også gruppearbeid og seminarer som også ble gjennomført digitalt.

Tidsskriftet har spurt tre turnusfysioterapeuter og en nyutdannet fysioterapeut om deres erfaring med hjerte- og lungefysioterapi på pensum og opplevelsen av møtet med faget i praksis. Stemte forventningene – og følte de seg godt nok forberedt?

Utdanningssted: NTNU Trondheim

Elin Kallmyr, turnusfysioterapeut,
Ålesund sjukehus
elin.kallmyr@helse-mr.no

Ut fra din erfaring fra studiet, hvordan vil du beskrive utdanningens fokus på hjerte og lungefysioterapi?
– Utdanningens fokus på hjerte- og lungefysioterapi har absolutt vært til stede. Vi hadde flere forelesninger og klinisk undervisning i begge temaene, og kanskje med et spesielt fokus på lungefysioterapi. Fikk raskt et inntrykk av at dette er en viktig del av faget i jobben som fysioterapeut. Fokuset på fysioterapi for hjertepasienter var i stor grad rettet mot rehabilitering etter sykehusinnleggelse.

Hvor bevisst var du på at hjerte- og lungefysioterapi var en del av fagfeltet fysioterapi under studiet?
– Under studiet var jeg veldig bevisst på at hjerterehabilitering var en del av fagfeltet, men ble overrasket over hvor viktig faktisk lungefysioterapi er. Denne bevisstheten vokste etter hvert som praksisperiodene gikk, og jeg fikk erfaring med faktiske pasienter som hadde behov for lungefysioterapi. Og ikke minst hvilken viktig jobb fysioterapeuter gjør med disse pasientene.

Hva oppfattet du som aktuelle arbeidsoppgaver innen hjerte- og lungefysioterapifeltet før praksis?
– Før praksis tenkte jeg at arbeidsoppgavene innen hjertefysioterapi handlet om opptrening og trygging ved aktivitet etter hjerteoperasjon. Innen lungefysioterapi så jeg for meg at arbeidsoppgavene i stor grad handlet om slimmobilisering og tilrettelegging for god respirasjon.

Har du hatt praksis eller turnustjeneste innenfor hjerte- og lungefysioterapifaget?
– Ja, både 6. semesterpraksis og nå, første del av turnusåret.

Stemte møtet med praksis med forventningene dine til faget?
– Jeg ble overrasket over hvor stor del av hverdagen på medisinsk avdeling som innebærer lungefysioterapi. Andelen pasienter som har behov for dette var mye større enn forventet. Når det gjelder hjertepasienter stemte møtet med praksis overens med forventningene. Det var i stor grad informasjonsgiving etter operasjon, begynnende mobilisering og trygging rundt det å være fysisk aktiv igjen.

Opplevde du å være faglig forberedt til arbeidsoppgavene som ventet deg i praksis eller turnus?
– Jeg opplevde å være forberedt teoretisk, men ikke praktisk. Vi hadde klinisk undervisning hvor vi gjennomgikk teorien i praksis på medstudenter, men det blir noe helt annet å faktisk ha et tilsyn på en lunge- eller hjertepasient. Savnet også å ha en mal eller noen retningslinjer på hvordan man går frem ved, for eksempel, det første møtet med en lungepasient. Hvilke kliniske tegn skal man se etter? Hvilke spørsmål bør en stille pasienten? Rett og slett hvordan man legger opp en vurdering/undersøkelse av en lungepasient. Dette gjelder for så vidt også før møtet med en hjertepasient.

Foto: Kristine Korsvoll.

Kjenner du til faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi?
– Nei, den har jeg faktisk ikke hørt om.

Har du andre tanker rundt undervisningen rundt hjerte- og lungefysioterapi på ditt utdanningssted?
– Synes i stor grad at undervisningen rundt disse fagfeltene har vært i stort fokus gjennom utdanningen. Imidlertid har jeg savnet en systematisering av all teorien, slik at det hadde vært lettere å anvende i praksis.

Utdanningssted: Høgskulen på Vestlandet, Bergen

Camilla J. Bruås-Heum, turnusfysioterapeut,
Stord kommune
Camilla.heum@gmail.com

Ut fra din erfaring fra studiet, hvordan vil du beskrive utdanningens fokus på hjerte- og lungefysioterapi?
– I løpet av det siste året på fysioterapiutdanningen fikk vi en grundig, men kort innføring i indremedisin. For å kunne forstå hensikten med de fysioterapeutiske tiltakene som brukes for disse pasientene bedre ville jeg hatt stort nytte av en dypere innføring i hjerte- og lungefysiologi. På kullet vårt hadde vi heldigvis en utrolig engasjert lungefysioterapeut, Tiina Andersen, som gjorde ferdighetstreningen forståelig og interessant.

Hvor bevisst var du på at hjerte- og lungefysioterapi var en del av fagfeltet fysioterapi under studiet?
– I det begynnende stadiet av utdannelsen min hadde jeg ingen anelse om hvor bredt fysioterapeuter jobber. Jeg visste for eksempel ikke at fysioterapeuter jobber på intensivavdelinger, barneavdelinger eller innenfor psykiatri. Jeg, som sikkert mange andre, hadde stort fokus på sportsskader og rehabilitering etter operasjoner. Underveis i studiet ble det mer tydelig hvor viktig lungefysioterapi og funksjonstrening er for å forebygge komplikasjoner, både i et akutt forløp og i et helhetlig perspektiv med tanke på rehabilitering.

Hva oppfattet du som aktuelle arbeidsoppgaver innen hjerte- og lungefysioterapifeltet før praksis?
– Etter å ha hatt teori og ferdighetstrening på skolen var mitt inntrykk at fysioterapeuter jobber mest med slimmobilisering hos pasienter med ulike lungesykdommer, samt opptrening etter hjerteinfarkt. Bruken av PEP-fløyte, aktiv syklus, hostemaskin og overtrykksventilering ble demonstrert godt i løpet av ferdighetstreningen, noe som gjorde det lettere å benytte disse teknikkene når vi kom ut i praksis.

Har du hatt praksis eller turnustjeneste innenfor hjerte- og lungefysioterapifaget?
– Jeg var så heldig å få tilbringe tre måneder i praksis på Sørlandet sykehus. Her ble min arbeidsdag fylt med postoperative pasienter, og jeg ble nødt til å gå dypere inn i hensikten med lungefysioterapi. Jeg var ikke forberedt på mengden av kunnskapsbasert praksis som ble implementert og brukt i hverdagen til disse dyktige fysioterapeutene. Jeg fikk virkelig en realitetssjekk og måtte bruke kveldene på fordypning, ikke bare i fysiologien, men også den pedagogiske delen av å kunne formidle behandlingen til pasientene.

Jeg er i dag en turnusfysioterapeut med stor variasjon i hverdagen og jeg er veldig takknemlig for den opplæringen jeg fikk av både Tiina Andersen og min veileder i praksisperioden innenfor spesialisthelsetjenesten. Det har bidratt til at jeg går på jobb som turnuskandidat med bedre forståelse for hva pasientene trenger og ikke minst hvorfor de trenger det.

Foto: Privat.

Stemte møtet med praksis med forventningene dine til faget?
– Både ja og nei. Ettersom undervisningen på skolen måtte foregå relativt raskt og over Zoom, ble utbyttet noe redusert. I tillegg fikk vi mindre ferdighetstrening enn det som var ønskelig på grunn av pandemien. Dette førte til at jeg ikke var like godt forberedt som jeg skulle ønske da jeg kom i praksis. Jeg var definitivt ikke forberedt på hvor viktig praktisk øving var for at jeg skulle klare å skape en relasjon med pasientene og å formidle informasjon til dem på en forståelig måte.

Opplevde du å være faglig forberedt til arbeidsoppgavene som ventet deg i praksis eller turnus?
– Jeg var ikke forberedt på arbeidsoppgavene som ventet i praksis i spesialisthelsetjenesten. Jeg manglet evnen til å resonnere og jeg måtte jobbe hardt for å henge med både på og etter vakt. Det var noen slitsomme uker, men jeg lærte utrolig mye. Denne praksisen ga meg et svært godt grunnlag til turnus. Det store fokuset på lungefysioterapi, informasjonsformidling, å jobbe kunnskapsbasert og å skape en relasjon til pasientene bidro til at jeg føler meg mer kompetent og bekvem med pasienter.

Kjenner du til faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi?
– Jeg ble introdusert for faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi gjennom jobben som styremedlem i Fysio Bergen og Fysio Norge. Gjennom Fysio Norge fikk vi oppsummeringer fra møtene faggruppen holdt hvert år, slik at vi fikk innblikk i faggruppens bidrag til utvikling av faget. I tillegg er veilederen min på bacheloroppgaven spesialist i hjerte- og lungefysioterapi og har nevnt faggruppen ved flere anledninger. Jeg begynte i tillegg å høre på podcasten som gis ut av faggruppen i etterkant av praksisperioden i spesialisthelsetjenesten.

Har du andre tanker rundt undervisningen rundt hjerte- og lungefysioterapi på ditt utdanningssted?
– Kort oppsummert så skulle jeg gjerne ønske at vi hadde bedre tid til teori i indremedisin. Fokuset på indremedisin og herunder hjerte- og lungefysiologi var knapt. Det at vi ikke hadde en ordentlig eksamen i dette faget medførte at studentene fokuserte mindre på dette faget enn ønskelig, sammenlignet med anatomi. Medstudenter har ytret at det hadde vært gunstig med bedre tid til hjerte- og lungefysioterapi samt repetisjon underveis i studiet.

Utdanningssted: Oslo Met, Oslo

Maria Klungland, fysioterapeut,
Sørlandet Sykehus Kristiansand
maria.klungland@sshf.no

Ut fra din erfaring fra studiet, hvordan vil du beskrive utdanningens fokus på hjerte og lungefysioterapi?
– Jeg vil si utdanningen som helhet hadde lite fokus på hjerte- og lungefysioterapi da det var satt av såpass lite tid til det. Da vi hadde undervisningen var det derimot veldig flinke undervisere som fikk frem viktigheten av hjerte- og lungefysioterapi som fagfelt. Ellers inngikk ikke hjerte- og lungefysioterapi i noen av de andre emneområdene ved studiet heller, og dermed vil jeg si at fire ukers undervisning på feltet gir det lite søkelys og fokus.

Hvor bevisst var du på at hjerte- og lungefysioterapi var en del av fagfeltet fysioterapi under studiet?
– Før studiestart visste jeg ikke at det var en del av fagfeltet. Da vi startet på 2. året og fikk undervisningsplanen var det satt opp som en egen bolk under et emne, og det var da jeg fikk vite det. Hjerte- og lungeundervisningen var satt opp til en fire ukers periode ca., og var få studiepoeng i seg selv. Noe som ga inntrykk av at det ikke var en så stor del av en fysioterapeuts oppgave som det faktisk er.

Hva oppfattet du som aktuelle arbeidsoppgaver innen hjerte- og lungefysioterapifeltet?
– Det jeg satt igjen med etter hjerteundervisningen var blant annet hjerterehabilitering og gruppetreninger i forbindelse med det. Fokus på videre forebygging av hjerte-karsykdom.

Når det kommer til lungeundervisningen var det mye fokus på aktiv syklus og mini-PEP som hjelpemiddel til slimmobilisering, samt fysisk aktivitet knyttet til lungeproblematikk. Det var nok arbeidsoppgavene jeg satt mest igjen med etter undervisningen.

Generelt synes jeg undervisningene inneholdt mye bra omfattende teori, men kanskje litt for lite knyttet til praksis og hvordan man faktisk jobber med det ute på feltet. I tillegg ble det oppfattet som en kort periode for å omfavne så store fagområder som hjerte og lunge.

Har du hatt praksis eller turnustjeneste innenfor hjerte- og lungefysioterapifaget?
– Jeg har gjennomført turnustjeneste ved hjerte- og lungeavdeling på sykehus våren 2021.

Stemte møtet med praksis med forventningene dine til faget?
Til dels. Alt vi lærte ved studiet stemte jo med praksis, men jeg var noe usikker hvordan man faktisk jobbet med det ettersom vi hadde lite praktisk trening ved studiet. Visste derfor ikke helt hva jeg skulle forvente. Møtet med faget i turnustjenesten var mer omfattende og dyptgående enn inntrykket jeg hadde fått, og det var en del ukjente apparater som brukes f.eks. til lungefysioterapi enn gjennomgått på studiet. Man trenger derfor en del veiledning i starten for å fylle manglene fra studiet, men fikk god nytte av teorien som lå i grunn etter undervisningen.

Foto: Tonje Nilsen

Opplevde du å være faglig forberedt til arbeidsoppgavene som ventet deg i praksis eller turnus?
– Ettersom bolken på studiet som omhandlet hjerte og lunge var en så liten del av studiet i sin helhet, føler jeg det er begrenset hvor mye man kan lære for å være faglig forberedt til en jobb som fysioterapeut hvor det meste handler om hjerte- og lungepasienter. Jeg følte det var en del mangler særlig på det praktiske. Når det kommer til det teoretiske har det vært noe opp til en selv hvor mye man utdyper seg i litteratur i tillegg til pensum, men jeg synes generelt undervisningen var svært bra og inneholdt masse nyttig kunnskap. Ettersom pensum er såpass stort og man har så kort tid til å utdype seg i hjerte og lunge som fagfelt før man skal videre på neste tema, mangler det litt ekstra tid satt av. Noe som ikke bare gjelder hjerte- og lunge derimot, men studiet i sin helhet hvor det oppleves for kort i forhold til mengden av kunnskap som skal inn.

Kjente du til faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi?
– Nei.

Har du andre tanker rundt undervisningen rundt hjerte- og lungefysioterapi på ditt utdanningssted?
– Studieforløpet har blitt noe endret fra kullene rett etter meg, men da jeg gikk synes jeg hjerte og lunge hadde en for liten del av undervisningen hvis man som nyutdannet skal komme i jobb på en slik type avdeling. Man kunne hatt litt lengre tid til å lese på teorien, samt hatt mer praktisk undervisning. Ettersom det er lagt opp til en del praksis i løpet av bacheloren får man likevel dekket en del av «hullene» i undervisning, men er da avhengig av en veileder til å lære deg manglene.

Alt i alt er det mye kunnskap som skal inn på fysioterapibacheloren på kort tid. Optimalt ville det vært om man f.eks. utvidet studieforløpet med ett år, så man kan gå mer i dybden på hvert enkelt fagfelt i stedet for å få et litt svevende innblikk i hvert enkelt. Mener ikke at man skal bli spesialist på alle områder innen fysioterapi i løpet av en grunnutdanning, men om man hadde litt lengre tid, eventuelt omprioriterte tiden i forhold til de andre fagene, ville man hatt en dypere forståelse.

Hvordan jobbe med lungefysioterapi i et driftstilskudd for Stavanger kommune?

Slik ble veien til mens jeg gikk

Av **Gro Sverdrup Kleppestø**
M.Sc. spesialist hjerte- og lungefysioterapi
Arbeidssted: Gro S. Kleppestø fysioterapi/Stavanger kommune
gro_s_kleppesto@hotmail.com

Oppstart/utvikling

Høsten 2001 fikk jeg tilbud om å jobbe i en 25% kommunal stilling som fysioterapeut ved Tjensvolltunet dagsenter for MS-pasienter i Stavanger kommune. Da hadde jeg 17 års erfaring som fysioterapeut, mest i privat praksis og med idrett/ortopedi og noe nevrologi som bakgrunn. Det var forhandlet fram et driftstilskudd på 7,5 timer som var knyttet opp til stillingen, og som kunne brukes for å dekke behovet for tilsvarende pasientgrupper i kommunen. Disse timene ble til å begynne med brukt for å gi alle brukerne som gikk på dagsenteret et tilbud, da stillingen var for liten til å dekke et daglig tilbud til alle. I lokalene til Tjensvolltunet dagsenter har vi i årenes løp fått tilgang til et treningsrom på 120 kvadratmeter. Det er utstyrt med apparater som kan brukes av rullestolbrukere, bl.a har vi ståsenger, nustep-maskiner og motomed-sykler. Vi har personløfter og aktiv-heis som brukes for å få pasientene opp på apparater og benker. Det er for det aller meste gruppebehandlinger med opptil 10 personer pr gruppe både i dagsenter-regi og privat (ca. 20 grupper pr uke). De fleste av de MS-pasientene som kom på dette dagsenteret var i en relativt langtkommet fase av sykdommen, og hadde mange ulike fysiske og kognitive utfordringer. Blant annet la jeg merke til at flere hadde problemer med å svelge, og at de snakket med lav stemme og med få ord i hver setning. I tillegg var det lite hostekraft og vansker med å sette mat i halsen og få hostet det opp. Jeg hadde i utgangspunktet ikke så mye erfaring eller kunnskap om verken MS eller lungefysioterapi, men lærte mye om disse tingene i løpet av de første årene i denne jobben.

Fra 2003 lyste Stavanger kommune ut et 16,5 timers driftstilskudd som var øremerket hjemmebehandling av pasienter med lungeproblematikk. Jeg fikk tildelt disse timene til min praksis. Da hadde kommunen fått sin første hjemmerespiratorpasient, og det var aktuelt med oppfølging av flere slike på sikt. Det gjaldt både ALS og Duchenne-pasienter som hadde et team rundt seg, og der jeg hadde en rolle i behandling sammen med flere kommunale fysioterapeuter. Kommunen opprettet også et eget lungeteam med fysioterapeuter fra 2004. Terapeutene delte på oppgavene med å ivareta de nevnte pasientgruppene, samt dårlige lungebarn med CF/ectasier som trengte behandling. Terapeutene delte på å ha helgevakter slik at enkelte av de dårlige pasientene i beste fall kunne slippe sykehusinnleggelse, og barnefamilier kunne ha mulighet til å være hjemme hvis de hadde flere barn i tillegg til det syke barnet.

I årene fram til 2010 fikk jeg mye erfaring med hjemmerespiratorpasienter, da mest med ALS, hvor jeg fulgte mange av disse helt til de døde. Jeg tilegnet meg

Foto: Colourbox.com

Gro Sverdrup Kleppestø deler sine erfaringer. Foto: Privat.

kompetanse innen palliasjon og med lungefysioterapi. Likevel kjente jeg at det var noe som manglet i forståelsen av restriktive lungelidelser og behandlingen av disse. Dermed ble det til at jeg tok en Master i klinisk fysioterapi med fordypning i hjerte/lungefysioterapi ved høgskolen i Bergen fra 2010-2013, og ble spesialist. I etterkant av mastergraden kjenner jeg meg mye tryggere i rollen som fysioterapeut for mennesker som har utfordringer med lunger/pust. Jeg har med økt kompetanse på området vært involvert i flere prosjekter i Stavanger kommune der jeg har fått ha søkelys på fysioterapeuters faglige tilnærming til lungesyke. Både med tanke på prosjekt om «Interkommunal Rehabilitering» og «God Helse Hjemme» (KOLS) har jeg vært med på å påvirke kommunens prioriteringer for lungesyke. I det daglige arbeidet med MS pasienter har jeg hatt et godt samarbeid med «Norsk Kompetansetjeneste for MS» (Helse Bergen) og har i den forbindelse skrevet kapittelet om «lunge og pust».

Etter at jeg ble spesialist, har jeg fått mange flere pasienter med obstruktive lungelidelser og slimproblematikk henvist. Mange av de med irriterende hoste blir kartlagt for slim, og kan få hjelp med riktige teknikker i løpet av få behandlinger. KOLS-pasientene får komme i grupper og trene. Jeg følger opp CF og Sarcoidosepasienter før og etter lungetransplantasjon.

Organisering og samarbeid

Da jeg startet opp, inngikk jeg avtale om direkte oppgjør med Helfo. På den tiden var det en diagnoseliste med oversikt over alle som hadde rett til vederlagsfri behandling hos fysioterapeut. Her var alle nevrologiske pasienter og de aller fleste lungelidelser. Ikke alltid ble astma godkjent, og heller ikke lungekreft, med unntak av de tre første månedene etter en operasjon. På denne måten var det enkelt for meg å jobbe på lik linje med de kommunale terapeutene, de fikk sin lønn av kommunen, og jeg sendte regning til Helfo. Eneste forutsetning var at pasienten hadde henvisning fra lege. Det var et tungvint system med arkivering av henvisninger, utfylling og innsending av skjema med dokumentasjon av alle behandlinger/kjørelister og rapporter per post med tanke på dagens elektroniske oppgjørsform. Etter hvert kom innsending på disketter og CD før nå alt er i skyen. Litt av en utvikling! I 2006 innførte regjeringen ordningen med at alle pasienter måtte betale kr 50 for privat fysioterapi uansett diagnose. Det ble mye arbeid og mye klager på dette, og enkelte pasienter valgte da bort det private tilbudet. Ordningen ble avviklet etter seks måneder, men vi fikk en forsmak på nåværende ordning med betaling for alle i privat fysioterapi. Dagens egenandelstak for alle pasienter (unntatt barn opp til 16 år) på kr 2460 har ført til et skille mellom private og kommunale terapeuter i de kommunene der de ikke har fått til å ta betalt for tjenester fra kommunale terapeuter (som i Stavanger kommune). Betalingen jeg ble nødt til å kreve medførte at jeg mistet de pasientene der jeg og kommunal terapeut delte på behandlingene i løpet av en uke. Det var vanskelig for dem å forstå at jeg skulle ha betalt, men ikke de kommunale. Flere andre av de svakest stilte pasientene som jeg hadde fulgt over flere år, valgte bort fysioterapi da det ble for dyrt for dem, og jeg vet at deres livskvalitet er forringet uten et tilbud. Gruppebehandlingene på dagsen-

teret ble også påvirket av egenandelene, da de som har dagsenterplass tirsdag og fredag må betale, mens de som kommer de andre dagene slipper. Noen som går to dager per uke må betale en dag, men ikke den andre. Utrolig nok har det vært lite reaksjoner på dette, men det skyldes nok at vi har vært gode på å forklare hvorfor det er slik. For min del skulle jeg ønske at Stavanger kommune hadde klart å få til et system med betaling for behandling fra de kommunale terapeutene.

I 2015 ble lungeteamet i Stavanger kommune avviklet. Grunnen var for høy kostnad med å drive tilbudet. Etter dette ble mitt samarbeid med de kommunale terapeutene mindre, og jeg har jobbet mer alene. Heldigvis er det mange som kjenner til det tilbudet jeg gir. Jeg har aldri reklamert for driften, men hatt et jevnt sig av henvisninger både fra kolleger, fastleger, SuS, Lassa Rehab og pasienter som selv tar kontakt. I tillegg har jeg et godt samarbeid med Avdeling for Behandlingshjelpemidler ved SuS som har ansvar for utlevering av medisinsk teknisk utstyr i form av respirator, hostemaskin, forstøverapparat, pep-masker osv. og reparasjon/bytting av apparater. De er en veldig viktig samarbeidspartner som raskt følger opp henvendelser og gjør at jeg raskt kan komme i gang med tiltak, særlig for pasienter med slimproblematikk.

En del av de aller dårligste pasientene jeg går hjem til, bor i bofellesskap. Jeg har i mange år hatt et godt samarbeid med noen av disse, og har i tillegg til behandling av pasientene vært involvert i mye undervisning og veiledning av personale. Det gjelder både i forhold til lunge/slim/hoste og bruk av utstyr og teknikker ift. dette, men også mange kurs i forflytningsteknikk av tunge og dårlige pasienter. Her har jeg en avtale med HMS-avdelingen i Stavanger kommune.

Takster/betaling

Da jeg jobbet i lungeteamet fikk jeg en fast kompensasjon fra kommunen for å stå på vaktlisten. Takstene jeg brukte var for hjemmebehandling og kjøring, F-takstene, og jeg kunne bruke takst G for ubekvem arbeidstid på helligdager og på ettermiddager etter kl 18. Jeg har i høy grad vært involvert i et tverrfaglig samarbeid rundt de dårligste pasientene med deltakelse i ansvarsgruppemøter og utarbeidelse av Individuell plan. Da bruker jeg takst E50a og E50b. I samarbeidsmøter med andre terapeuter i kommunen gjelder det samme, da må møtet være spesifikt om EN pasient, ellers ble det ikke dekket av Helfo. Likeledes var det ingen takst for å dekke tiden jeg hadde med møtene i lungeteamet, men viktigheten av å møtes var stor, så jeg prioriterte dette. E-takstene brukes også for telefonsamtale med annet helsepersonell eller pårørende og for rapport/epikriseskriving. For gruppebehandlingen bruker jeg gruppetakstene C34c og C34d. Takst D40 kommer i tillegg for de som sitter i rullestol/er over 80 år. Alle har sitt individuelle treningsprogram som tilpasses under veiledning.

I arbeidet med prosjektene jeg har deltatt i for kommunen har jeg forhandlet fram en timepris for deltakelse i møter. Jeg har også timepris for å undervise i bofellesskap og for hjemmebaserte tjenester.

Avslutning

Jeg har stadig mellom 10 og 20 pasienter på venteliste, og sier da nei til alle de som tar kontakt og som ikke har lungerelaterte problemstillinger. Jeg finner det riktig at min hjelp skal gå til de personene jeg kan bistå med min kompetanse på området med lungefysioterapi.

Til slutt vil jeg si noe om pandemien vi er oppe i. Det er interessant og bra at lungefysioterapi har blitt så aktualisert gjennom Covid-19, men i Stavanger er det få pasienter som har blitt henvist til oppfølging. De kommunale terapeutene har ikke hatt noen henvisninger, og jeg har hatt tre til oppfølging. Når vi vet hvor mange som har vært innom sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner - hvor blir de av etterpå?

Takk til redaksjonen for at jeg fikk muligheten til å vise hvordan man kan jobbe med lungefysioterapi i privat praksis. Det er sikkert mange måter å løse dette på, og jeg håper at kommunene vil prioritere flere slike tilskudd når vi vet hvor mange som kommer til å slite både med KOLS og andre lungesykdommer som ettervirkninger av pandemien.

Har du noe på hjertet?

NFFs FAGGRUPPE FOR HJERTE- OG LUNGEFYSIOTERAPI

Ønsker du å kommentere noe du har lest i tidsskriftet? Har du sett, hørt eller lest noe i andre faglige og/eller sosiale fora som du vil dele med våre medlemmer? Har du en spennende case eller historie fra din kliniske hverdag eller et spennende tema du ønsker å belyse eller løfte frem? Kanskje er du på søken etter «kollegaer» med liknende problemstillinger? Eller ønsker du å starte en debatt?

Send gjerne inn et innlegg til faggruppen! Vi ønsker en mer aktiv bruk av både våre nettsider og Facebooksiden, og trenger din hjelp til å fylle den med innhold som betyr noe for våre medlemmer.

Send til: hjerteoglunge@fysio.no eller finn faggruppen på Facebook!

Mini-PEP PEP-Fløyte

Pustetrener for motstandspusting

Forhandles nå av Dolema

Pakke med munnstykke, T-stykke og enveisventil 20 stk
Motstand i størrelse 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5mm 10 stk

CE MD

DOLEMA BERNER MEDICAL

Nå møter vi fremtiden sammen!

Dolema AB, www.dolema.com, Telefon: 95 21 22 42, epost: info@dolema.com

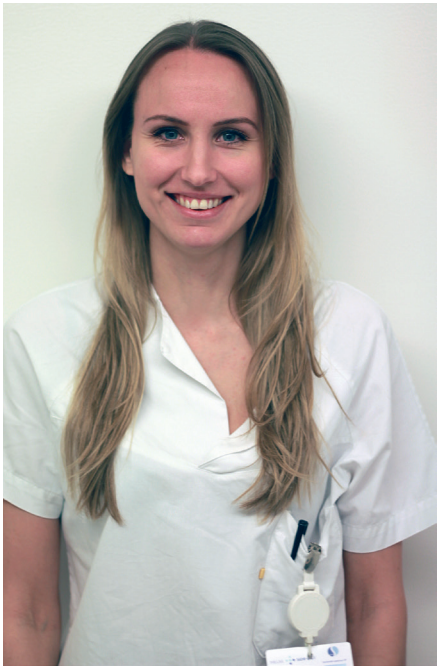
Klinisk masteroppgave – praktisk bruk i klinikken

Spesialfysioterapeut Marianne Smith tok sin kliniske mastergrad i 2018 ved Høgskulen på Vestlandet. Tidsskriftet har spurt henne om hva som motiverte henne til å ta en master i klinisk fysioterapi med spesialisering innen hjerte og lunge. Kort om hva masteroppgaven omhandlet, hva hennes faglige tilknytning til teamet var – og hvordan hun i dag bruker erfaringene fra masteroppgaven i sin arbeidshverdag.

Av **Marianne Smith**, MSc
Sørlandet Sykehus Kristiansand
marianne.smith@sshf.no

I flere år har jeg jobbet tilknyttet medisinsk seksjon ved Sørlandet sykehus Kristiansand. Pasienter med hjerte-/lungelidelser har utgjort hovedtyngden av pasientnært arbeid. Som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten følger jeg også opp pasienter med ulike progredierende nevromuskulære sykdommer, der behovet for tverrfaglig vurdering og igangsetting av respiratorisk støttebehandling er helt vesentlig. Jeg skulle overta ansvaret for oppfølging av disse pasientene og ønsket dermed et kunnskapsløft for å opprettholde god klinisk praksis. I tillegg ønsket jeg å øke min generelle kompetanse innen behandling av pasienter med akutte og kroniske hjerte-/lungelidelser. Å ta en masterutdanning med spesialisering innen mitt fagområde var dermed svært aktuelt. Veiledning og undervisning fra dyktige fagfolk innen samme interessefelt ga betydelig innsikt og læring. I tillegg var det av stor betydning å kunne fordype seg innen hjerte/lunge der en også oppnår studiepoeng.

I mitt kliniske arbeid med pasienter med progredierende nevromuskulære sykdommer opplever jeg ALS-pasientene som en spesielt sårbar subgruppe med behov for særskilt tett, individualisert og tverrfaglig oppfølging. Jeg valgte dermed ALS-pasientene som utvalg for min masteroppgave. Grunnet ALS-sykdommens kompleksitet hadde jeg som fysioterapeut allerede erfart at det ofte kunne være utfordrende å vurdere pasientenes respiratoriske funksjon (Pimax og Pemax), hosteevne (PCF) og vitalkapasitet (SVC). Store individuelle variasjoner, deriblant sykdomsutvikling og -affeksjon, setter krav til tidseffektive og reliable evalueringsmetoder slik at rett, tidlig og tilpasset behandling er mulig.



Marianne Smith. Foto: Linda Guttormsen Hide.

I arbeid med ALS-pasienter hadde jeg ofte observert store målevariasjoner ved repeterte målinger av hver enkelt evalueringsmetode. I klinisk praksis er det pasientens høyeste testverdi (peakverdi) som journalføres, og som dermed ofte er utslagsgivende for respiratorisk vurdering og implementering av behandlingsintervensjoner. Jeg ønsket å undersøke om observerte målevariasjoner hadde klinisk betydning hos ALS-pasientene, og om det å vise til målevariasjon ga et mer nyansert og objektivt bilde av pasientenes respiratoriske funksjon enn kun å benytte peakverdien. De ulike evalueringsmetodene har tidvis ikke samsvart, og jeg var dermed også spesielt nysgjerrig på om det eksisterte en sammenheng mellom fallende langsomt testet vitalkapasitet og redusert hosteevne. Gjennom masterforløpet tilegnet jeg meg mye kunnskap som bidro til større faglig trygghet i møte med ALS-pasientene. Studien i seg selv bidro til økt forståelse i henhold til de fysioterapeutiske vurderingene som tas i forbindelse med testing av ALS-pasienters respiratoriske funksjon, pasientens utfordringer i forbindelse med gjennomføring av tester og helhetsbildet dette gir. Dette har hatt direkte klinisk betydning for meg i arbeidet med disse pasientene.

Ønsker du å bidra med egne erfaringer om bruk av en master- eller doktorgrad i praksis, ta kontakt med faggruppen på hjerteoglunge@fysio.no

Allsidig klarering av luftveiene

Clearway 2
– andregeneransjons MI-E enhet nå med TreatRepeat®

Clearway inneholder den nyeste teknologien for å gi effektiv og nøyaktig behandling for pasienter som trenger luftveisklarering og hosteassistanse. TreatRepeat-funksjonen gjør det mulig for klinikere gi ulike antall insufflasjoner og eksufflasjoner manuelt, og å lagre behandlingen for å gjenta den automatisk. Dette bidrar til å forbedre nøyaktigheten og hastigheten på titrering og oppsett.

Avansert titreringsteknologi
- TreatRepeat – Unikt for Clearway 2
- Berøringsskjerm med intuitivt brukergrensesnitt
- Håndholdt ekstern manuell bryter med start- og stoppfunksjon

Flere ulike moduser
- Programmerbare automatiske moduser
- Dedikert IPPB-modus og **NIV modus**
- Manuelle innstillinger
- **Opptil 4 lagrede profiler**

Forbedret pasientsynkronisering
- TreatRepeat – forbedrer nøyaktigheten og hastigheten på titrering og oppsett
- iTrigger® – bygget på Breas patenterte eSync-algorytme
- Synchrony Beep® – hjelper pasientenhetens synkronisering

Min arbeidshverdag:

En fysioterapeuts vinkling på klinikk og forskning i praksis

Av **Haakon Kvidaland**, fysioterapeut, M.Sc. stud., Energisenteret for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus. Haakon.kristian.kvidaland@helse-bergen.no

Når forskning og klinikk skal kombineres, som på Energisenteret, er det mange ting som skal være på plass til enhver tid. Et tydelig mål, kvalitetssikring og koordinering av prosedyrer, utstyr og arealer, godt tverrfaglig samarbeid og ivaretakelse av ulike aktører og avdelinger er noen nøkkelord. Nøkkelord jeg som koordinerings- og kvalitetsansvarlig på hjerte- og lungetestlabene på Energisenteret må forholde meg til. I tillegg til å være ansatt på Energisenteret har jeg en stilling som fysioterapeut i Bergen kommune. Jeg er også masterstudent i Helse og Samfunn ved Universitetet i Bergen. Med et spesielt fokus på Energisenteret, vil jeg med min bakgrunn beskrive min vinkling på klinikk og forskning i praksis.

Energisenteret for barn og unge

Energisenteret er plassert i Glassblokkene og er en del av Haukeland universitetssjukehus. Her har vi som mål å øke mestring og fellesskap gjennom fysisk aktivitet og forskning for barn og unge med særskilte behov. Dette vil vi oppnå både på tvers av somatikk og psykiatri, og på tvers av sykehus, kommune og hjemsted. Selve arealene til Energisenteret inneholder blant annet en gymsal, bassenger, klatrevegg, styrketreningsrom, VR-rom og hjerte- og lungetestlabene (HLTL). På labene, hvor store deler av min arbeidshverdag er, foregår det hovedsakelig poliklinisk aktivitet rettet mot utredning og behandling av hjerte- og luftveisrelaterte sykdommer.

Hakon Kvidaland. Foto: Privat.

Eksempler på luftveisrelaterte sykdommer hos våre pasienter er cystisk fibrose, astma, anstrengelsesutløst bronkial hyperreaktivitet, «exercise induced laryngeal obstruction» (EILO) (norsk: anstrengelsesutløst larynx obstruksjon). Eksempler på hjertesykdommer hos våre pasienter er ulike medfødte hjertesykdommer som fontan-sirkulasjon, koarktasjon og fallots tetrade, samt ervervede hjertesykdommer som hypertensjon, hjertesvikt, kardiomyopati og koronarsykdom.

For å kunne diagnostisere, følge opp og behandle pasienter med ulike diagnoser er vi avhengige av en lengre liste med utstyr. På den ene siden har vi utstyr som er å finne på mange legekontor, for eksempel spirometeret som måler mengden (L) og hastigheten (flow) på luften vi puster. Med tilleggsutstyr kan vi også måle diffusjonskapasiteten i lungene og det totale lungevolumet. På den andre siden har vi utstyr som laryngoskop, hodestativ og takfester for vaiere som benyttes når det gjennomføres en «continuous laryngoscope during Exercise-test» (CLE-test), på tredemølle (norsk: kontinuerlig laryngoskop i anstrengelsetest). En undersøkelse som har til hensikt å observere en eventuell EILO-diagnose. Utstyret vi har må med jevne mellomrom byttes. Vi har et stadig behov for fornyelse av retningslinjer og protokoller. I tillegg er det viktig, dersom vi skal oppnå målsettingen vår, at alle involverte evner å tilpasse seg. Dette går så lenge klinikken og forskningen lytter til hverandre og fungerer i en symbiose.

Et godt tverrfaglig samarbeid

Selv om stillingen min på Energisenteret heter koordinerings- og kvalitetsansvarlig, går deler til testing og behandling, hovedsakelig rettet mot CLE-testing og EILO. I mine ulike roller blir jeg stadig påminnet viktigheten av et godt tverrfaglig samarbeid. Jeg tror det blir spesielt synliggjort i en pågående randomisert kontrollert studie (RCT), som inngår i forskningsprosjektet HelpILO. Ved gjennomføring av CLE-tester er det alltid en sykepleier eller fysioterapeut og lege til stede. Det kobles også på en studiekoordinator når en pasient blir inkludert i studien. Studiekoordinatoren kobler videre på en fysioterapeut og/eller logoped. Klinikerne som bidrar er ikke nødvendigvis forskere. Det betyr at man godtar en større bunke med ark som må fylles ut, en standardisert protokoll å forholde seg til og viten om at alt som utfylles blir nøye gjennomgått.

Sammensatte studier som kombinerer klinikk og forskning kan gjennomføres når

CLE-testdag. Studiekoordinator doktor Sigrun Hjelle, overlege ved øre-nese-hals avdelingen Ole Gamleshaug og fysioterapeut professor Ola Drange Røksund samlet på en av labene på Energisenteret. Foto: Haakon Kvidaland.

det er en åpen dialog og et godt tverrfaglig samarbeid. Det gode tverrfaglige samarbeidet skyldes ikke at de ulike profesjonene fordeler ansvar og skaper aksept for intervensjoner. Samarbeidet er godt på grunn av en åpen kommunikasjon. Motivasjon til å bidra gjør det mulig å stille spørsmål til og endre dagens klinikk, som følge av tilføring av ny og bedre kunnskap.

Fleksibilitet, kommunikasjon og motivasjon

Det er stadig nye problemstillinger som må imøtekommes og bearbeides sammen med ulike aktører og avdelinger. I forskningsprosjekter må oppfølging av forskningspasienter innkalles på siden av ordinær drift. Tidspunkter og nok personell til å teste på aktuelle tidspunkt må aktivt følges opp, for ikke å kollidere med vanlig drift. Det er også viktig å ta hensyn til at pasienter som deltar i studier ofte har flere oppmøter, tester og/eller spørreskjema å forholde seg til, sammenlignet med de som ikke deltar. All dialog med deltakere må planlegges og tidspunkter må tilpasses etter hvor de bor. Dette er et omfattende arbeid, spesielt når oppfølgingen i tillegg skal tilpasses den ordinære driften. I dette arbeidet har studiekoordinatoren en viktig og sentral rolle. Studiekoordinator og jeg har hyppige møter, også sammen med aktuelle aktører og avdelinger, for å diskutere og avklare tidspunkter, misforståelser, endringer i rutiner, uenigheter og behov som oppstår. Tre sentrale ord som beskriver hvordan man lykkes med å ivareta pasientene, og får gjennomført testingen og studien på en hensiktsmessig måte, tror jeg er fleksibilitet, kommunikasjon og motivasjon.

Fleksibilitet: fordi ting sjeldent går helt etter planen, og tilpasning og innøving av nye rutiner og retningslinjer er helt sentralt for at arbeidet blir tilfredsstillende.

Kommunikasjon: Misforståelser og usikkerhet kan føre til feil i prosedyrer og i verste fall gå på bekostning av pasientens sikkerhet og helsehjelp. Ikke minst skal det være rom for å stille spørsmål og kritisk reflektere rundt behandling og diagnostisering åpent med andre.

Motivasjon: til å utvikle faget og helsehjelpen til det beste for pasienten.

Avsluttende ord

Når forskning og klinikk kombineres, må vi mestre utstyret, prosedyrene, de ulike ansvarsrollene og ikke minst ivaretakelse av pasienten. Egenskaper hos de som er med er viktig for å bidra til dette. Vi kommer bare et stykke alene, og vi må tilstrebe et godt tverrfaglig samarbeid samt være villige til å omstille oss etter det bedre argument.

> Samarbeidet er godt på grunn av en åpen kommunikasjon.

Inducible Laryngeal Obstruction (ILO) – oppdatering på forskning og behandling

Hva er ILO

ILO – Inducible Laryngeal Obstruction – oppstår når noe utløser lukking av en strupe som normal skulle stått åpen. Når ILO skjer under anstrengelse, snakker man om E-ILO; Exercise Induced Laryngeal Obstruction. De som har dette, opplever pusteproblemer når de anstrenger seg fysisk (1). Alle kan oppleve dette, men de fleste med diagnosen EILO er barn, ungdommer, eller idrettsutøvere. ILO kan også utløses av terapeutiske behandlingstrykk, som positivt trykk fra CPAP, NIV eller hostemaskin (2). Fra 2021 har ILO (Induced Laryngeal Obstruction) fått plass i det offisielle diagnosesystemet ICD-10 som spesialisthelsetjenesten bruker (J38.8). ILO har ni ulike underdiagnosegrupper, og inkluderer også EILO.

Bergen ILO Group

Bergen ILO Group er resultatet av et langvarig samarbeid mellom Barne- og Ungdomsklinikken og Klinikk for Hode-Hals ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) i Bergen. For 20 år siden startet Ola Drange Røksund (fysioterapeut), Thomas Halvorsen (pediater), John-Helge Heimdal (øre-nese-hals-lege) og Brit Skadberg (pediater) arbeidet å utvikle Continuous Laryngoscopy during Exercise (CLE)-test for å skille mellom astma og EILO-diagnose. Metoden består av å visualisere strupen under anstrengelse, f.eks. på tredemølle. Strupen visualiseres via et laryngoskop som føres gjennom nesen og øvre luftveier, festes på et hodestativ, slik at man får et dynamisk bilde av strupens bevegelser under økende belastning (3,4,5). Se Figur

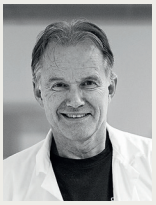
Tiina Andersen, spesialfysioterapeut PhD og postdoktoral forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling, Lungeavdeling og Fysioterapiavdeling, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen og Førsteamanuensis, Institutt for Helse- og Funksjon, Høgskolen på Vestlandet, Bergen.

Haakon Kvidaland, MSc-stud., fysioterapeut, koordinerings- og kvalitetsansvarlig hjerte- og lungetestlabene, Energisenteret for barn og unge, Haukeland Universitetssjukehus.

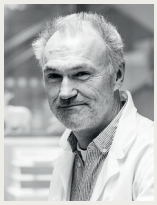
Anne Kristine Brekka, spesialfysioterapeut MSc, Fysioterapiavdelingen, Sørlandet Sykehus HF, Arendal.

Åse Johnsen Rogde, lege i spesialisering, PhD-kandidat, Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

Maria Vollsæter, overlege og postdoktoral forsker, Barneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.



Ola Røksund, professor, Institutt for helse og funksjon, Høgskolen på Vestlandet, Bergen og spesialfysioterapeut, Barneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.



Thomas Halvorsen, professor, Klinisk institutt 2, Universitet i Bergen og Barneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

Hege Havstad Clemm, førsteamanuensis Klinisk institutt 2, Universitet i Bergen og klinikkoverlege, Barneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

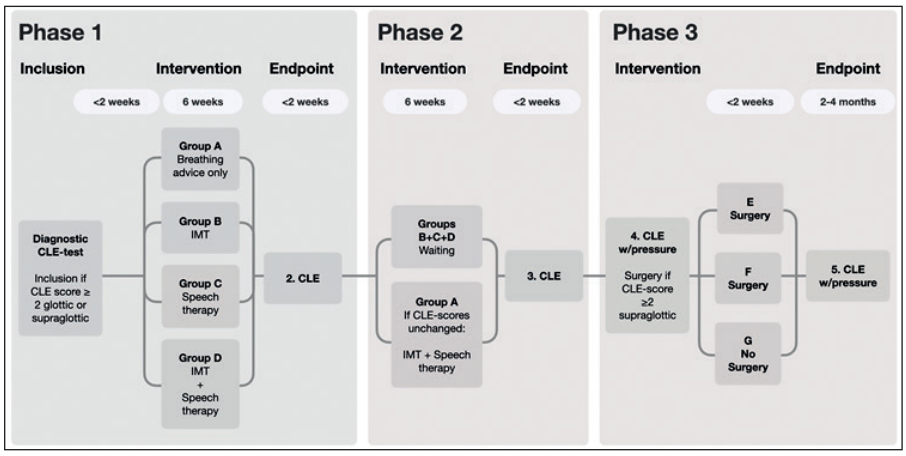
Figur 1. Oppsett av en Continuous Laryngoscopy during Exercise (CLE)-test. Strupen visualiseres ved hjelp av et laryngoskop som føres gjennom nese og øvre luftveier, festes på et hodestativ, og man får dynamisk bilde av strupens bevegelser under økende aktivitet.
Foto: Bergen ILO Group.

1. Undersøkelsene foregår i dag på Hjerte- og lungetestlaboratoriene på Energisenteret for barn og unge (EBU) på HUS.

I løpet av årene har det blitt utført rundt 3000 CLE tester ved HUS. Bergen ILO Group er verdensledende på ILO forskning, og har de siste 20 årene dannet grunnlaget for etablering av tilsvarende forskningsenheter og testlaboratorier i Europa og USA. I dag jobber Bergen ILO Group både klinisk med pasienter og med forskning og innovasjon knyttet til ILO. Gruppen består av cirka 40 forskere med ulik bakgrunn, og ledes av førsteamanuensis Hege Clemm, spesialist både i pediatri og idrettsmedisin. Se nettsiden www.westpaed.com/ilo for mer informasjon.

HelpILO prosjekt

I 2020 fikk Bergen ILO Group 20 millioner kroner fra HelseVest for prosjektet «HelpILO». Prosjektet har mål om å få økt anerkjennelse av strupens rolle ved pusteproblemer – bedre diagnostikk, bedre livskvalitet, mer målrettet behandling, og mindre bruk av unødvendige medikamenter. HelpILO prosjektet skal undersøke ulike grupper med pusteproblemer hvor strupen kan utgjøre et problem for fri luftstrøm. Prosjektet inneholder tre arbeidspakker.



Figur 2. Randomisert kontrollert behandlingsstudie for EILO.

Arbeidspakke 1: Behandling av EILO

Det er internasjonalt stor etterspørsel etter evidens-basert behandling av EILO, og derfor gjennomfører vi nå verdens første randomiserte kontrollerte studie på EILO-behandling i HelpILO prosjektet. Vi skal utrede effekter av både konservativ og kirurgisk behandling. Konservativ behandling randomiseres til kun visuell feedback med veiledning i pusteteknikker, pusteteknikker og logopedi, pusteteknikk og inspiratorisk muskeltrening (IMT) eller en kombinasjon av alle tre. Se Figur 2.

Formålet med studien er å se etter eventuelle endringer i grad av EILO og prestasjon før og etter intervensjon. Deltakerne gjennomfører CLE-test med VO_2max, for å måle dette. Deltakere som ikke blir bedre i etterkant av den konservative behandlingen blir videre invitert til kirurgi-intervensjon, hvor de blir randomisert til to ulike inngrep eller kontroll. Før et eventuelt inngrep blir deltakerne vurdert av en kirurg. De ulike fasene som beskrevet i figur 2, har ulike forskningsspørsmål som vi ønsker å besvare:

Fase 1:
- Er det hensiktsmessig å benytte IMT eller logopodi eller begge i tillegg til veiledning i pusteteknikk med visuell feedback?
- Har IMT eller logopedi ulik effekt på EILO?
- Har ulike subtyper av EILO (supraglottis VS glottis) ulik effekt av konservativ behandling?

Fase 2:
- Varer en eventuell effekt, og er det en eventuell variasjon mellom intervensjonene?
- Varer den eventuelle effekten ulikt avhengig av EILO-subtype?

Fase 3:
- Har kirurgisk inngrep effekt på supraglottisk EILO sammenlignet med en kontrollgruppe?
- Er det en ulik effekt på de kirurgiske inngrepene?
- Kan trykkmålinger ved en CLE-test være et objektivt mål for å evaluere effekt av intervensjoner rettet mot EILO?

Arbeidspakke 2: Astma og ILO

EILO forskningen startet med behov for å skille mellom EILO og astma, men kunnskap tyder på at strupen antagelig er involvert i pusteproblemene også til pasienter med astma og kroniske lungesykdommer. Dette er foreløpig dårlig forstått. De siste årene har det blitt publisert to studier som undersøkte prevalens av EILO hos pasienter med astma. Data fra disse studiene tyder på at EILO kompliserer astma i omtrent 30-50% av tilfellene (6,7). Studiene er foreløpig små, og resultatene kan være påvirket av seleksjonsbias. HelpILO-prosjektet skal nå undersøke denne sammenhengen hos astmapasienter fra hele Helse-Vest.

Hensikt med studien er å undersøke prevalens av EILO ved astma, samt om visuell feedback med råd om pusteteknikk påvirker symptomer og helserelatert livskvalitet hos astmapasienter. Vår ambisjon er å øke kunnskap om strupens rolle ved astma, og dersom strupen bidrar til behandlingssvikt kan vi behandle pasienter bedre og mer presist. I tillegg kan noen pasienter med astma også være feildiagnostisert. Om ubehandlet EILO er hovedproblemet, kan riktig diagnostikk medføre avslutning av unødvendig og potensiell skadelig behandling. Om våre resultater fører til en mer presis behandling av kompliserende EILO hos pasienter med astma kan dette gi en positiv effekt for både den enkelte pasient, ved å redusere respiratoriske symptomer og bedre livskvalitet, men også være kostnadsbesparende for helsetjenesten.

Arbeidspakke 2 har følgende forskningsspørsmål:
- Er EILO hyppigere hos pasienter med alvorlig astma enn de med mild til moderat astma? Er EILO hyppigere hos astmapasienter i forhold til ikke-astmatikere?
- Er det forskjell i astmasymptomer, livskvalitet, medisiner og andre komorbiditeter hos astmapasienter med EILO sammenlignet med astmapasienter uten EILO?
- Gir bedre laryngeal kontroll bedring av astma og respiratoriske symptomer?

Arbeidspakke 3: ILO og ventilasjons- og hostestøtte

Nevromuskulære sykdommer (som Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og Spinal muskel atrofi (SMA) trenger etter hvert assistert non-invasiv ventilasjon (NIV) og slimmobiliserende behandling, men sykdommene rammer også musklene og vevet i strupen, noe som gjør dette vanskelig. Vår gruppe har vært sentral i forståelsen av dette, og har er første PhD i verden som omtaler hvordan strupen virker inn ved mekanisk hostestøtte hos ALS pasienter (2,8). Undersøkelsesmetoden var inspirert av CLE-testen, men i stedet for VO_2max test, er pasienten koblet enten til puste- eller hostestøtte via maske. Se Figur 3.

Vi benytter nå vår veletablerte metode videre for å visualisere strupen med laryngoskopi under pågående bruk av NIV og hostemaskin. Vi har etablert kliniske internasjonale multisenterstudier (Bergen, Oslo, USA og Portugal). Videre skal vi utvikle ny teknologi, som gjennom måling av flow og ultralyd diagnostikk skal gi bedre forståelse av de laryngoskopiske funnene. Vår ambisjon er å bedre forståelse og kunnskap om hvordan vi individuelt kan tilpasse terapeutiske behandlingstrykk til våre mest sårbare pasienter med ALS og SMA, slik at de får økt livskvalitet og bedre lungehelse.

Arbeidspakke 3 har følgende forskningsspørsmål:
- Kan titrering av NIV innstillinger med laryngoskopisk visualisering forbedre nytten av NIV hos ALS -pasienter?
- Kan evaluering, beskrivelse og håndtering av strupens responser under mekanisk hostestøtte og NIV forbedre respirasjonsbehandlingen hos barn og voksne med SMA?
- Hvordan påvirker strupens responser, under mekanisk hostestøtte, luftstrømmen inn og ut av lungene?
- Hva skjer med de terapeutiske trykkene over strupen?
- Kan diagnostisk ultralyd av strupen under mekanisk hostestøtte og NIV være en god metode for å undersøke strupens responser?

I 2021 er det publisert både en Narrative Review om å undersøke øvre luftveier under mekanisk hostestøtte (9), samt en kasusrapport om ett SMA Type 1 barn, hvor behandling med hostemaskin ble individuelt tilpasset ved hjelp av dynamisk laryngoskopi (10).

HelpILO har egen nettside https://

Figur 3. Oppsett av vår metode å visualisere strupen med laryngoskopi under pågående bruk av non-invasiv ventilasjonsstøtte og hostemaskin. Foto: Bergen ILO Group.

www.helpilo.com/ hvor man finner oppdatert informasjon om hele prosjektet.

Andre prosjekter om ILO

En dansk gruppe har undersøkt om bronkial provokasjonstest kan oppdage EILO. Funnene fra studien viste seg at dette var ikke tilfelle (11). Det er også foreslått at klimatiske forhold har en mulig påvirkning på pasienter med EILO (5,12,13,14). Hvordan og om dette stemmer, skal vi i Bergen ILO Group, i første omgang undersøke når pasienter gjennomfører en CLE-test med samtidig inhalering av kald luft.

I tillegg er det to nye doktorgrader på temaet. Astrid Sandnes disputerte i mai med første avhandlingen om «Behandling av EILO» og Zoe Fretheim-Kelly disputerte i september med «Fra hest til mennesker: En komparativ studie om utvikling av første protokoll for å måle luftveistrykk hos mennesker under anstrengelse». Trykkmåling over strupen hos pasienter med EILO er nå noe vi skal undersøke nærmere.

Referanser:

1. Halvorsen, H., Walsted, E. S, Bucca, C., Bush, A., Cantarella, G., Friedrich, G., Herth, F., Hull,J., Jung, H., Maat, R., Nordang, L., Remacle, M., Rasmussen, N, Wilson, J., Heimdal, J.H. (2017). Inducible laryngeal obstruction: an official joint European Respiratory Society and European Laryngological Society statement. Eur Respir J 2017 Sep 9;50(3):1602221.
2. Andersen T, Sandnes A, Brekka AK, Hilland M, Clemm H, Fondenes O, Tysnes O-B, Heimdal J-H, Halvorsen T, Vollsæter M & Røksund OD. Laryngeal response patterns influence the efficacy of mechanical assisted cough in amyotrophic lateral sclerosis. Thorax 2017;72:221-229.
3. Heimdal JH, Roksund OD, Halvorsen T, Skadberg BT, Olofsson J. Continuous laryngoscopy exercise test: a method for visualizing laryngeal dysfunction during exercise. Laryngoscope. 2006 Jan;116(1):52-7.
4. Maat, R. C., Røksund, O. D., Halvorsen, T., Skadberg, B. T., Olofsson, J., Ellingsen, T. A.,Heimdal, J. H. (2009). Audiovisual assessment of exercise-induced laryngealobstruction: reliability and validity of observations. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009 Dec;266(12):1929-36.
5. Røksund, O. D., Heimdal, J.-H., Clemm, H.,Vollsæter, M og Halvorsen, T. (2017). Exercise inducible laryngeal obstruction: diagnostics and management. Paediatr Respir Rev 2017 Jan;21:86-94.
6. Abdelwahab, H.W., et al. Prevalence of inducible laryngeal obstruction among patients diagnosed as bronchial asthma. Adv Respir Med 88, 129-133 (2020).
7. Hull, J.H., et al. High Prevalence of Laryngeal Obstruction during Exercise in Severe Asthma. Am J Respir Crit Care Med (2019) 199, 538-542.
8. Andersen TM, Sandnes A, Fondenes O, Clemm H, Halvorsen T, Nilsen RM, Tysnes OB, Heimdal JH, Vollsæter M, Røksund OD. Laryngoscopy Can Be a Valuable Tool for Unexpected Therapeutic Response in Noninvasive Respiratory Interventions. Respir Care. 2018 Nov;63(11):1459-1461.
9. Andersen TM, Hov B, Halvorsen T, Drange Røksund O, Vollsæter M. Upper Airway Assessment and Responses during Mechanically Assisted Cough - A Narrative Review. Respir Care. 2021 Jul;66(7):1196-1213.
10. Vollsæter M, Skjoldmo A, Røksund O, Hilland M, Andersen T. Tailoring NIV by dynamic laryngoscopy in a child with spinal muscular atrophy type I. Clin Case Rep. 2021 Feb 12;9(4):1925-1928.
11. Walsted, E.S., Hull, J.H., Sverrild, A., Porsbjerg, C. & Backer, V. Bronchial provocation testing does not detect exercise-induced laryngeal obstruction. J Asthma 54, 77-83 (2017).
12. Irewall T, Bäcklund C, Nordang L, Ryding M, Stenfors N. (2020) High Prevalence of Exercise Induced Laryngeal Obstruction in a Cohort of Elite Cross-country Skiers. Med Sci Sports Exerc 2021 Jun 1;53(6):1134-1141.
13. Al-Alwan, A., og Kaminsky, D. (2012). Vocal cord dysfunction in athletes: Clinical presentation and review of the literature. Phys Sportsmed, 40(2), 22-27.
14. Kenn, K. og Balkissoon, R. (2011). Vocal cord dysfunction: what do we know? Eur Respir J,37(1), 194 200.

Send inn ditt bidrag!

Bidrag til Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi sendes til: hjerteoglunge@fysio.no

Pandemien endret hjerterehabilitering ved Diakonhjemmet Sykehus

Inger Dokken, fysioterapeut, msc,
Inger.dokken@diakonsyk.no

Nadia Flesjø, fysioterapeut,
Nadia.Flesjo@diakonsyk.no

Inger Dokken og Nadia Flesjø. Foto: Inger Dokken.

Bakgrunn

Som for de fleste andre fysioterapeuter, ble også arbeidshverdagen for fysioterapeutene ved Diakonhjemmet Sykehus brått endret i mars 2020. Koronapandemien flyttet inn i både arbeidsliv og hverdag, og som en av konsekvensene av dette, mistet flere av sykehusets pasientgrupper betydningsfulle rehabiliteringstilbud. Fysisk aktivitet har en sentral rolle som sekundær forebygging for hjertepasienter. På tross av de gunstige effektene av regelmessig fysisk aktivitet, er 60% av pasienter med koronar hjertesykdom mindre aktive enn anbefalt, og mange er helt inaktive (1) Dette er tall fra før Koronapandemien. Når hele landet «stengte ned» med sosial isolasjon som konsekvens, ble ikke forholdene for sekundærforebygging av hjerteinfarkt bedre.

Diakonhjemmet Sykehus har hatt hjerterehabilitering fase 2 siden 2008. Vi har gjennomført tradisjonell hjerterehabilitering i gymsal til musikk etter Ullevålsmodellen, og har hele tiden hatt jevn pasienttilgang og mulighet for fulltallig gruppe på 10 deltakere. Fysioterapeutene som leder treningen, er de samme som behandler pasientene på sengepost. Der kartlegger vi pasientenes barrierer og hindringer i forhold til trening. Sammen med pasientene ser vi på utfordringer, tilpasninger og trygging i forhold til trening i gruppe, og opplever ofte at pasienter som vanligvis ville takket nei, tør å prøve dette ut. Gruppen ledes av fysioterapeut, og sykepleier fra sengeposten eller poliklinikken er også tiltede. Pasientene tilbys trening to ganger i uken i seks uker. Gruppen inkluderer pasienter med NSTEMI, STEMI og pasienter med PCI-behandling, to uker etter innleggelse. Pasienter med ACB-operasjoner inkluderes fire uker etter innleggelse. Dersom det er plass i gruppen, kan også aktuelle pasienter med klaff/ventiloperasjoner få tilbud om trening. I tillegg til treningstilbudet, tilbys disse pasientene å komme til sykehuset på et kortfattet hjerteinformasjonsmøte kort tid etter utskrivelse. Her kan man ta med seg pårørende og stille spørsmål som måtte dukke opp etter utskrivelsen. Pasienter og pårørende tilbys også et to dagers kurs ved sykehusets lærings- og mestringssenter (LMS), med innlegg fra både lege, psykolog, farmasøyt, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut.

Vi flytter ut!

Diakonhjemmet Sykehus ligger plassert på Steinerud i Oslo, kun et steinkast fra Frognerparken. Fysioterapeutene ved sykehuset har tidligere benyttet Frognerparken til gruppeaktivitet tilknyttet kurs ved LMS. Vi så mulighetene til å unngå nedstenging av hjerterehabiliteringen, og heller flytte treningen utendørs. Etter at medisinske hensyn og smittevern var vurdert og ivaretatt, og enkelt utstyr kjøpt inn, var vi klare til å sette i gang. Siden april i fjor har vi gjennomført hjerterehabilitering etter Ullevålsmodellen i Frognerparken hver tirsdag og torsdag morgen. Etter oppvarmingen blir pulstoppene gjennomført som bakkeintervall og trappeintervall. Styrkeelementene blir innfridd stående, med strikkøvelser og

Trappetrening i Frognerparken. Foto: Inger Dokken.

øvelser på benker eller sitteplate på gresset. Sving- og sviktøvelser gjennomføres med monolitten i ryggen og (stort sett) sola i ansiktet. Og ja, vi holdt det gående gjennom hele vinteren, med noen ekstra tilpasninger på de mest regntunge novemberdagene og på glatta i desember og januar. Flere av deltakerne hadde piggsko eller brodder og vi hadde ekstra brodder i sekken.

Erfaringer etter over et år med utendørs hjerterehabilitering

Vi har ikke hatt noen akutte, uheldige hendelser i løpet av denne perioden. Vi har registrert et bedre oppmøte, færre som faller fra underveis, og deltakerne uttrykker en stor grad av tilfredshet etter å ha fått deltatt på utendørstreningen. De nevner blant annet viktigheten av fagkompetanse og mulighet for å spørre og trene under trygge rammer, møte med andre i samme situasjon, sosiale aspekter ved gruppetrening og det positive ved at aldersspredningen i gruppa er stor. Videre nevner de fleste at et tilbud om utendørs trening er lettere å takke ja til, sammenlignet med tradisjonell innendørs hjerterehabilitering. De beskriver at utendørstrening er gratis, at det er godt å være ute i frisk luft og dagslys, og at treningen er lettere å videreføre på egenhånd, etter endt periode hos oss. Som ved hjerterehabilitering ellers, har vi overvekt av menn på treningen. Like funn vedrørende menn og utendørstrening er nylig publisert fra våre kollegaer i Danmark (3).

Etter den siste treningen før sommeren, tok vi en uformell prat med et par av deltakerne på gruppen:

Jan forteller at treningen har vært svært positiv og viktig for ham. I tillegg til bedre kondisjon og gangdistanse, opplever han også bedre bevegelighet og bedret generell fysisk funksjon; «nå kan jeg gå lengre turer uten pause, og jeg kommer ned til føttene for å knyte skolissene». Videre beskriver han en opplevd avslappet stemning i gruppa; det har ikke vært noe konkurransepreg deltakerne imellom. Han forteller at han har følt på en positiv forpliktelse på å møte på treningen, både for sin egen del, men også for «gjengen i gruppa». Man blir spurt etter og savnet dersom man ikke møter opp, og det har vært fint å kjenne på. Videre har gruppen ført til motivasjon for

generell livstilomlegging; Jan har klart å stumpe røyken etter å ha røyket fast i over 50 år.

Hans Petter var i full jobb, trente regelmessig og var aktiv før det aktuelle hjerteinfarktet inntraff. Han har fått kjenne på de psykiske aspektene ved å bli akutt hjertesyk i relativt ung alder, og beskriver at treningen har vært svært viktig for hans mentale håndtering av hjerteinfarktet. Han vil trekke frem måten vi rekrutterer pasienter til gruppen på, som svært viktig. For ham var det viktig med individuell samtale med fysioterapeut på sengeposten, med en god faglig begrunnelse for hva hjerterehabilitering er og hvorfor det er viktig. At han i tillegg ble oppringt av oss før oppstart, er noe han beskriver som helt essensielt for at han møtte til trening. Han hadde aldri blitt med på treningen dersom han kun hadde fått et brev i posten. Han opplever å ha blitt mye mer trygg på å være i aktivitet og trening; «man blir betrygget på at hjertet både tåler og har godt av treningen. Jeg var jo redd for at noe kunne sprekke inni der». Nå vet han mye bedre hvor egne grenser for anstrengelse går, og hvilket nivå og intensitet han tåler.

I tillegg til momentene fortalt over, opplever vi fysioterapeuter at det er lettere å gi individuell oppfølging av pasientene ved utendørs trening. Vi kan lettere legge til rette for riktig anstrengelsesnivå både for de sprekeste og de mindre spreke. Når man går raskt eller «småjogger» opp samme bakke, vil noen klare tre runder og andre seks, uten at dette blir så synlig. Styrkeøvelsene vi har valgt ut, kan også tilpasses etter hva den enkelte mestrer, noe som også endres og tilpasses underveis. Videre opplever vi å bli bedre kjent med deltakerne og deres behov når vi trener utendørs. Vi blir naturlig gående å snakke sammen underveis i treningen, og kan lettere gi tilpasset råd og veiledning, også i forhold til videre trening. Sykepleiers tilstedeværelse er også viktig. Til henne kan pasientene adressere spørsmål som for eksempel omhandler såret for de åpent opererte, og spørsmål vedrørende medisiner.

Utendørstrening blir ny praksis

Grunnet alle disse positive erfaringene vi har tilegnet oss med utendørs hjerterehabilitering, endrer vi vår «gamle praksis» med innendørs trening og kommer til å fortsette med utendørs trening som fast praksis fremover, også etter pandemien.

Mens vi er i parken vinker vi til en av deltakerne som var ferdig med sin treningsperiode tidlig i vår. Han trener nå med det samme opplegget som han gjorde sammen med oss, men har kommet hakket videre i tempo og antall repetisjoner på bakkeintervallene, og trappeintervallene går lettere. En gjeng av deltakere fra gruppen i fjor vår, vet vi at møtes i parken en gang i uken til trening og avslutter med en kaffekopp etterpå. For oss fysioterapeuter er dette utrolig givende. Ingenting er bedre enn å kunne bidra til varige og positive treningsvaner og livsstilsendringer hos pasientene våre.

Referanser:
1. Peersen, K. (2019) Hjerterehabilitering, fysisk aktivitet og risikofaktorkontroll etter koronare hendelser: metodologiske og kliniske aspekter. Fysioterapeuten.no. Publisert 09.12.2019.
2. Nilsson, B. Group-based Aerobic Interval Training in Patients With Chronic Heart Failure: Norwegian Ullevaal Model. Physical Therapy, (88, 4) 1 April 2008, Side 523–535, https://doi.org/10.2522/ptj.20060374
3. Kehlet, J. (2021) Vi skal kunne måle naturens bidrag, Fysioterapeuten (3) 2021 Publisert 17.05.2021. https://www.fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.- 3-2021/vi-skal-kunne-male-naturens-bidrag

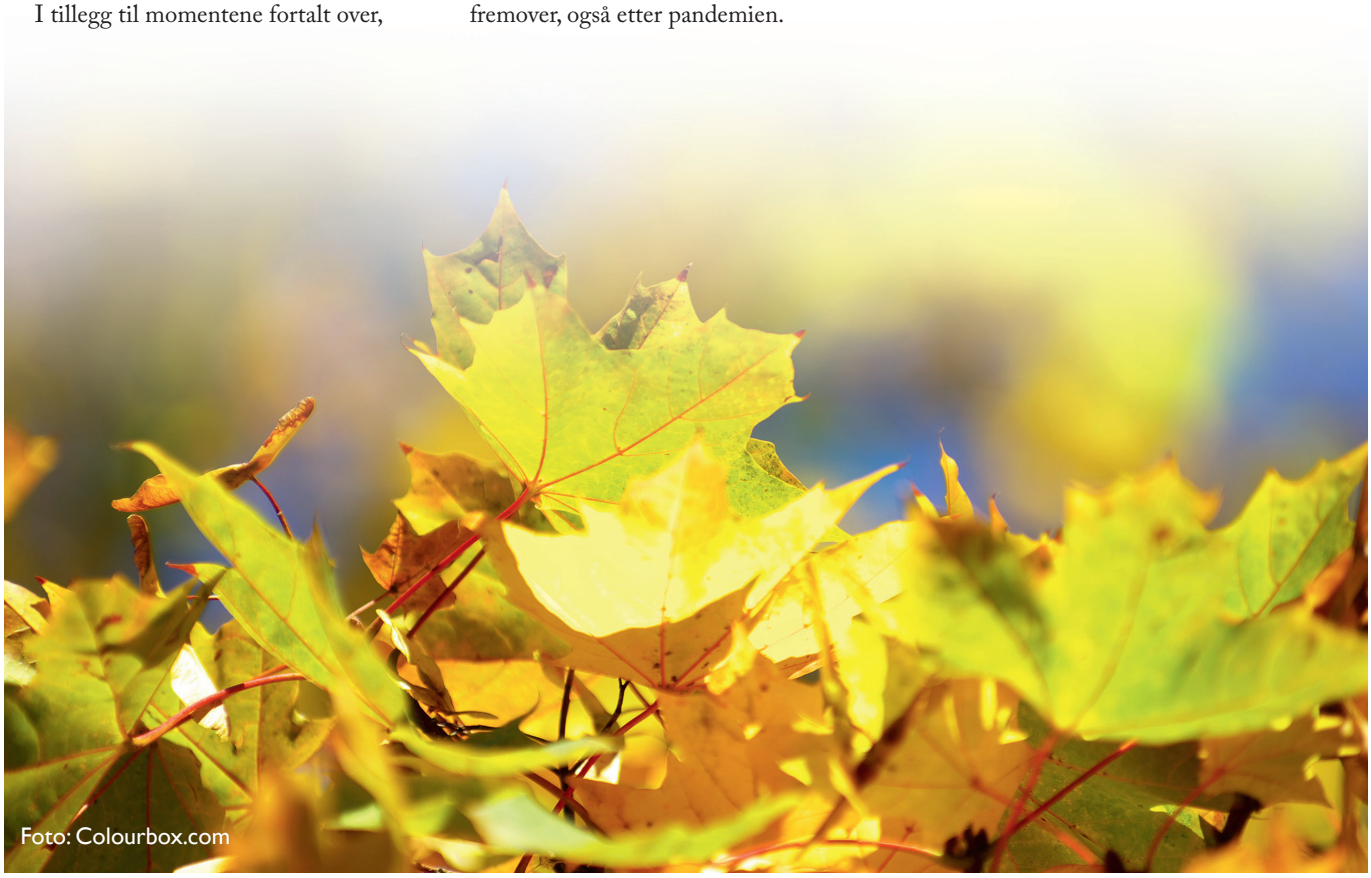


Foto: Colourbox.com

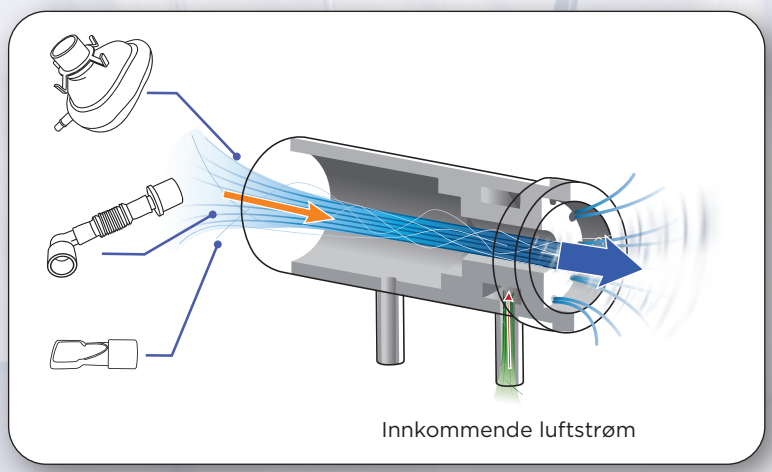
Skånsom slimmobilisering

Non-invasiv teknologi for økt ekspiratorisk luftstrøm.

SUCTION FREE

For spontanpustende pasienter

- Sykehus
- Kobles direkte til luft/02 uttak
- Munnstykke, maske eller trakealkanyle



DOLEMA BERNER MEDICAL

Nå møter vi fremtiden sammen!

Dolema AB, www.dolema.com, Telefon: 95 21 22 42, epost: info@dolema.com

Å trene med pacemaker

I februar 2021 ble et nasjonalt behandlingsregister for pacemakere (PM) endelig etablert i Norge (1). Dette registeret har fagmiljøene jobbet for i mange år og dataene fra NorPace blir overført inn i det nye registeret. Vi tenkte å markere dette også her i Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi med et innlegg om å trene med PM. Jeg har skrevet kort om historikk og utvikling, litt om grunnleggende innstillinger og funksjoner i PM og pasient- og terapeuterfaringer med å trene med PM.

Anne Gro Trygsland, M.Sc., spesialfysioterapeut, LHL-klinikken Bergen.
Anne.Gro.Trygsland@lhl.no

Arne Larsson var den første som fikk implantert en PM i 1958 (2). Han måtte bytte PM 26 ganger før han døde 86 år gammel i 2001. Det har vært en rivende utvikling frem til dagens PM som i prinsippet er en liten «datamaskin» som kan programmeres til den enkelte pasient, og batteritiden har blitt mye bedre. PM-systemet består av ledninger med elektroder og en liten boks med batteri og programvare (device). Utviklingen har gått fra ett-kammer PM med ledning kun til det høyre atriet, til to-kammer-pacemakere med ledninger til både høyre atriet og høyre ventrikkel og videre til biventrikulære pacemakere med ledninger til begge ventriklene. De biventrikulære PM-systemene synkroniserer sammentrekningen av atriene og ventriklene og kalles Cardiac Resynchronization Therapy (CRT) og fins henholdsvis med og uten defibrillator-funksjon. PM uten ledninger er også utviklet. De veier ca. 2 g og er mindre enn et AAA-batteri, MR-kompatibel og har forventet varighet på 10-12 år, men kan ikke fjernes eller byttes ut (1).

Hvorfor pacemaker?

Symptomgivende bradykardi er hovedgrunnen til å implantere en PM, som da hjelper hjertet å opprettholde tilnærmet normal hjerterytme. PM stimulerer hjertet med

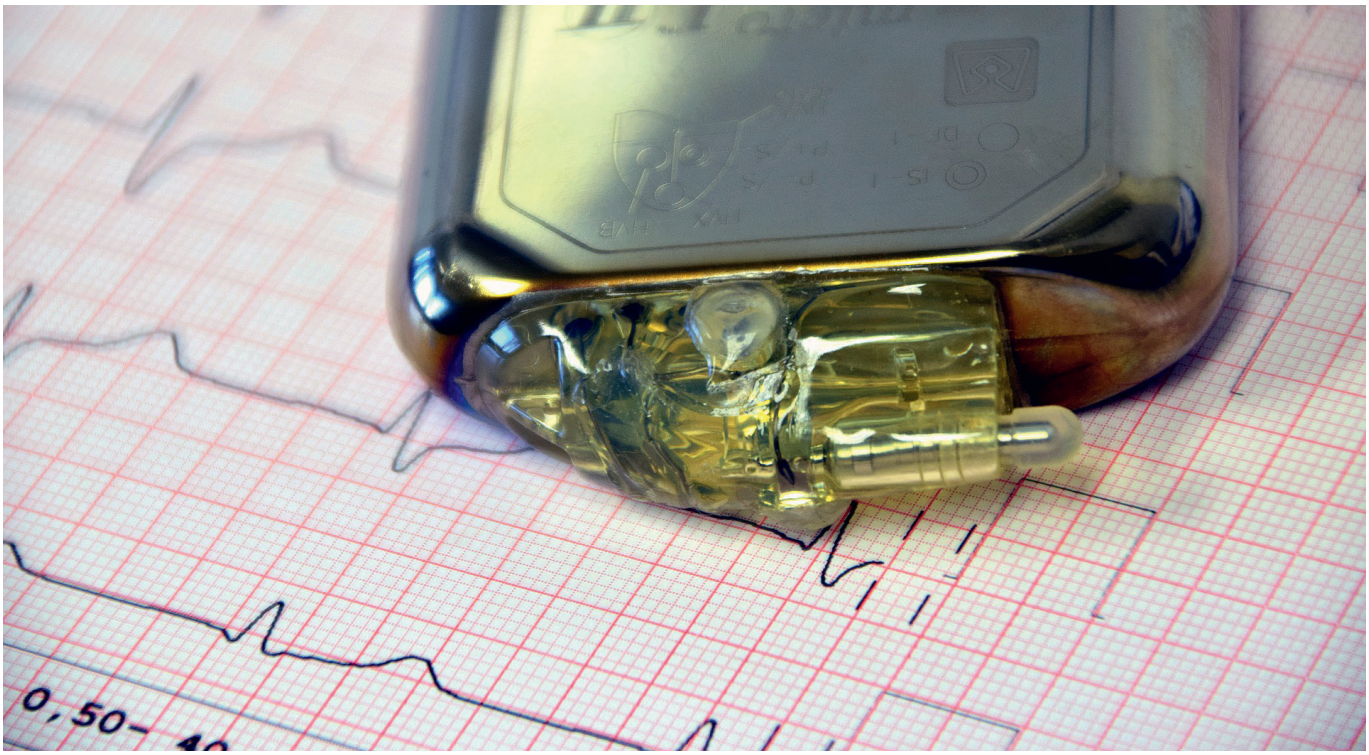
Anne Gro Trygsland. Foto: Privat.

elektrisk energi og depolariserer muskelfibrene i hjertemuskelen og får hjertet til å trekke seg sammen. Denne stimuleringen kalles «pacing». For at PM skal vite når hjertet skal paces registrerer eller «senser» PM spontan hjerteaktivitet eller egenrytme. Atrieelektroden senser P-bølgen og ventrikkelelektroden senser QRS-komplekset (3). Vanligvis skal PM hemmes ved spontan hjerteaktivitet (demand pacing), men for de pasientene som har atriestyrt ventrikkelpacing eller takykardibehandling m trigget antitakycardipacemaker skal PM trigges av spontan hjerteaktivitet (3). PM har blitt et viktig og vanlig hjelpemiddel for å behandle pasienter med ulike former for hjerterytme-forstyrrelser. Diagnoser som AV-blokk grad II, syk sinus, langsom AF er typiske indikasjoner for PM innleggelse. Pasienter med hjertesvikt og venstre grenblokk kan ha god nytte av biventrikulære PM.

Innstillinger

Pasientene får et PM-kort hvor noen av innstillingene på PM står beskrevet. Øvre og nedre grense for PM-rytme angis med tall. Nedre grense ligger oftest på 50-60 og øvre grense fra 130-150. De som er totalt PM-avhengige vil normalt aldri ha hjertefrekvens under eller over disse verdiene. Videre er det en internasjonal 5-posisjons kode (Tabell 1) på kortet som beskriver hvilke(t) kammer som paces og senses, respons på sensingen og rate respons (NASPE/BPEG-systemet) (3). Det fins en rekke ulike innstillinger basert på disse kodene. Innstillingen DDD finner du på ca 75 % av pacemakerne som er implantert de siste 23 årene (4). DDD vil si at både atriet og ventrikkelen paces og senses, og sensingen kan resultere både i trigging og inhibering (3). VVI-innstillingen har ca. 10-12 % andel og angir at ventrikkelen hemmes av spontan ventrikkelaktivitet (3). AAI-innstillingen angir at atriepacing hemmes av spontan atrieaktivitet (3).

Rate respons er begrepet som brukes om hvordan PM registrerer at pulsen bør øke f.eks. fordi man trener. Det ligger flere ulike rate respons sensorsystemer i PM f.eks. akselerometer, temperatursensor og



Illustrasjonsfoto: Pacemaker device.

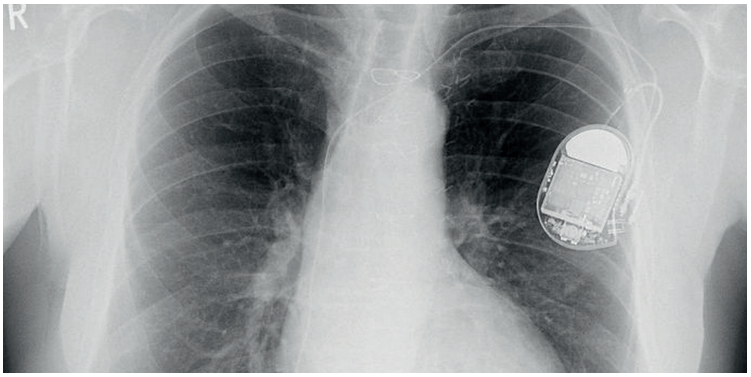
Tabell 1. Pacemakermodus – internasjonal koding (3)

Posisjon	I	II	III	IV	V
Kategori	**Kammer pacet**	**Kammer senset**	**Respons til sensing**	**Frekvens-respons**	**Antitakykardi-funksjoner**
	O=ingen	O=ingen	O=ingen	O=ingen	O=ingen
	A=atriet	A=atriet	T=trigget	R=rate respons	P=pace
	V=ventrikkel	V=ventrikkel	I=inhibert		C=sjokk
	D=begge (A+V)	D=begge (A+V)	D=begge		D=begge

Første bokstav angir hvilket hjertekammer som stimuleres, andre bokstav hvilket kammer som senses og tredje bokstav viser om sensingen hemmer eller utløser pacing. Fjerde bokstav angir rate respons og femte posisjon anti-takykardifunksjoner.

minuttventilasjonssensor (3). Det innebærer at bevegelse som å gå, løpe og sykle utendørs vil gjøre at pulsen øker. Utover under treningen når man puster mer og kroppstemperaturen går opp vil flere rate respons systemer bidra til å øke pulsen.

Litteratur:
1. Platou, E.S. (2018). 60 år med pacemakere. Hjerteforum Vol 31, 4, 2018.
2. Platou, E.S. og Grendal H. (2007) Det norske hjerte. Pacemakerens historie. Kap 18, s 221-234, 2007.
3. Knutsen, T. M og Platou E.S.(2014). Kardiologiske metoder 2014. Pacemakerbehandling. Hjerteforum Suppl Vol 27, s 193-223, 2014.
4. Platou E.S. og Steen T. (2021) Norsk Pacemaker- og ICD-statistikk for 2020. Hjerteforum Vol 34, 2, 2021.



Illustrasjonsfoto: Røntgen thorax av pasient med pacemaker.

Å trene med pacemaker:
Pasienterfaringer

Navn:Yngve Holmefjord
Alder: 60 år
Yrke: Distriktssjef i Vestland Fylke for Defa AS. Utdannet skilærer (ISIA) i 2019.

Yngve Holmefjord på Finnbunuten. Foto: Privat.

Når fikk du PM og hvorfor?
– Jeg fikk PM 12. februar 2021 grunnet lav puls (25/min) med påfølgende hjertestans i 15. s. Det skjedde tre ganger den dagen.

Treningsvaner?
– Jeg trener 2-3 ganger i uken + turer i helgene. Trener 1-2 timer med høy intensitet, gjerne intervall 4x4 og styrketrening. Føler jeg får godt utbytte av intervalltrening og det tar ikke for lang tid. Intervall er enten motbakkeløp eller på treningssenter på trappemaskin eller sykkel. Varmer stort sett opp 10-15 min på elipsemaskin med lav intensitet. Jeg blir fort veldig andpusten i starten og er avhengig av god oppvarming uansett hvilken aktivitet som utføres.

Har du fått opplæring i hvordan PMen din fungerer?
– Ja, fikk en enkel forklaring på Haukeland og en mer utfyllende forståelse fra LHL-klinikken Bergen når jeg var der på kurs. Et kurs som jeg anbefaler på det varmeste.

Kjenner du til innstillingene på PMen (PM-kort)?
– Ja, har fått PM-kort og innstillingene er 50-160.

Har du fått justert innstillingene på PMen din?
– Jeg har vært på en kontroll uten justeringer. PMen hadde til da ikke vært i aktivitet, kun senset.

Vet du hvor mye av tiden (målt i %) du går på pacemakerrytme?
– Ja, jeg har egen hjerterytme og min PM er nesten ikke aktiv. Den senser 100 % av tiden, men så vidt jeg vet har den ikke vært særlig aktiv ennå. Har ikke hatt PM så lenge så det blir spennende å se ved neste kontroll som er i mai 2022.

Bruker du pulsklokke når du trener? Hvis ja, hvilke erfaringer har du med det?
– Ja, jeg bruker det av og til. Jeg synes det er greit å vite min ca max-puls og hva pulsen er når jeg trener både på oppvarming og ved mer intensitet. Etter hvert som jeg har lært kroppen å kjenne bruker jeg det mindre.

Må du ta hensyn til PMen når du trener?
– Jeg tar ingen hensyn til selve PMen, men er avhengig av å varme rolig opp i minst 10-15 min. Det er vel her jeg merker størst forskjell fra tidligere. Før jeg fikk PM følte jeg gradvis redusert kapasitet. Jeg følte ikke at det hjalp å trene mer, det ble liksom gradvis tyngre uansett. Det med kapasitet må ses i sammenheng med at jeg samtidig med PM, fikk påvist fortetting i kransåre CX og fikk satt inn trippel stent 10. juni 2021.

Er det noe du ikke kan gjøre på grunn av PMen?
– Nei, jeg føler ikke det noen begrensninger. Jeg er ikke redd når jeg trener og føler ikke noen form for ubehag i forbindelse med PMen.

Navn: Irene Kaland
Alder: 63
Yrke: Økonomileder

Når fikk du PM og hvorfor?
– Jeg fikk PM 12.02.2015. Impulsnettet i hjertet ble ødelagt under operasjon 05.02.15 ved skifte av aortaklaff. Innsatt mekanisk klaff.

Treningsvaner?
– Jeg trener på treningssenter vanligvis tre ganger i uken. Oppvarming/intervalltrening 4x4 i 30-40 min. Deretter 45 min styrke/bevegelighetstrening. Intensitet varierer med dagsformen. Oppvarming på tredemølle, stigning 3, fart 5,7 og 8,5-9 på intervallene. Før covid-19 gikk intervallene på fart 9,2 til 10. Har inntil mars i år hatt PT på styrketreningen en gang i uken. Det har bidratt til at jeg har trent variert. Bruker vekter og strikk. Har også vært innom yoga, men tilbudet opphørte for litt over ett år siden, Ellers er det fast tur mandag 1-1,5 time i raskt tempo sammen med turvenninner. Utenom det blir det turer i fjellet i helgene både til fots og på ski alt etter årstid. Har blitt både Galdhøpiggen og Skålatårnet med PM.

Har du fått opplæring i hvordan PMen din fungerer?
– Ja, i 2015.

Kjenner du til innstillingene på PMen din?
– Ja, den er nå innstilt på 60-170.

Har du fått justert innstillingene på PMen din?
– Ja ved to anledninger, sist gang i 2017/2018.

Vet du hvor mye av tiden (målt i %) du går på pacemakerrytme?
– Ja. Ved siste kontroll 27.11.20. Pacing i A/V 63/100.

Bruker du pulsklokke når du trener? Hvis ja, hvilke erfaringer har du med det?
– Jeg bruker pulsklokke. Den gir en indikasjon, men PMen har av og til dobbeltslag og da blir det feilregistrering slik at den viser for høy puls. Pulsklokke sammen med pulsbelte gir mer korrekt informasjon enn pulsklokke som måler på handleddet. Det hender og at pulsklokken viser høyere puls en det PMen er innstilt på, og det må åpenbart være feil.

Irene Kaland på Skålatårnet. Foto: Privat.

Må du ta hensyn til PMen når du trener?
– Ja, jeg har fått beskjed at jeg ikke må gå over 85 % av makspuls. Så passer på at jeg ikke går i «kjelleren». Avpasser trening til dagsform, der ofte søvn og annen belastning virker inn. Kan heller ikke gå på i bratte bakker slik som før. Er det lange, bratte oppstigninger må jeg pause ofte, men 2-3 min er nok.

Er det noe du ikke kan gjøre pga PMen?
– Ikke som jeg har tenkt over. Var i begynnelsen redd for å falle på den siden PMen er, men fikk beskjed om den tålte mye slag, mer enn kroppen min, så etter det tenker jeg ikke over det lenger. Har jo noen, men tror det skyldes hele pakken med at brystkassen har vært åpnet. Det gjelder for eksempel markløft og noen andre styrkeøvelser.

Å trene med pacemaker: Terapeuterfaringer

Det er mange av hjertepasientene som er nysgjerrige på hvordan en PM fungerer. De ønsker mer kunnskap både om selve PMen og hvordan pulsen påvirkes under trening.

Anne Gro Trygsland, M.Sc., spesialfysioterapeut, LHL-klinikken Bergen.
Anne.Gro.Trygsland@lhl.no

Det er mange hjertepasienter som bruker pulsklokke under trening, også de med PM. Dersom man først bruker pulsklokke anbefales det sterkt å benytte pulsbelte for å få mer pålitelige målinger enn ved håndleddsmåling.

Vi får en del spørsmål om det er trygt å benytte pulsbelte dersom man har PM, og ser at flere av pulsklokke-produsentene advarer mot å benytte pulsklokke dersom man har PM eller annen device. Biotronik, som er den største leverandøren av PM i Norge, oppgir i sin dokumentasjon at pulsklokke kan brukes uten problemer (1).

Stadig flere pasienter som kommer på hjerterehabilitering har en eller annen form for device. Etter en PM-innleggelse har pasientene midlertidige restriksjoner i en mnd. (2). Etter første PM-kontroll får de fleste beskjed om å trene akkurat som før, bortsett fra at kontaktidrett frarådes, men det er stort sett den eneste begrensningen man får. Mange pasienter klarer seg godt med den informasjonen, og har få utfordringer under trening. Men ulike former for trening gir ulike pulsreaksjoner (3). Pasientene som deltar på hjerterehabiliteringskurs har ulik grad av interesse og forståelse om sin PM, men mange er nysgjerrige på hvordan PM virker og ønsker mer kunnskap. Innstillingene er kompliserte og individuelle, men vi som trener disse pasienten bør ha en grunnleggende kunnskap om innstillinger og medisinsk indikasjon for PM. To typiske «utfordringer» vi møter i trening av pasienter med PM i er belyst i de følgende kasuistikkene.

Kasuistikk 1. Under testing og tilpasning av intensitet på sykkel ifb. et rehabiliteringsopphold, observerte jeg unormalt lav pulsstigning og plutselige hopp i hjertefrekvensen. Pasienten var en sprek kvinne på 45 år med PM. Pulsen hennes lå jevnt på 70-80 i starten før den plutselig hoppet opp til 126-129 og plutselig lå pulsen på 80 igjen. Hun hadde ingen symptomer og merket ikke pulsendringen, men var ganske sur i lårene. Kardiologen sin forklaring av pulshoppene var enkel og forståelig både for meg og pasienten: De brå endringene skyldtes perioder med innslag av egenrytme. Nyttig å vite både for pasienten som hadde undret seg på pulsgrafen sin tidligere og for meg som fysioterapeut som skulle trene henne.

Kasuistikk 2. De pasientene som ikke har egenrytme i det hele tatt, er i stor grad avhengig av en god rate respons funksjon. En av pasientene vi hadde med CRT-P brukte alltid pulsklokke på treningene og fulgte nøye med på pulsutvikling. Han gjorde meg oppmerksom på at han fikk betydelig høyere puls på trening til musikk og stavgang enn når han trente 4X4 på ergometersykkel. Årsaken til så ulik puls under trening skyldtes trolig manglende stimulering av bevegelsessensoren i rate respons systemet. Han forsøkte å sykle 4X4 utendørs og pulsen økte betydelig mer enn innendørs. Basert på erfaringene vi har gjort forsøker vi å unngå at pasienter med CRT-P eller høy grad av pacing trener på spinning- eller ergometersykkel. Pasienten får bedre pulsøkning under trening dersom vi velger mølle eller romaskin for kondisjonstrening.

Pulsklokke på treningen. Foto: Colourbox.com.

Intermitterende grad av egenrytme/spontan hjerteaktivitet og manglende rate respons på sykkeltrening innendørs er årsakene til mange spørsmål fra PM-pasientene jeg møter. Jeg oppfordrer alle fysioterapeuter som jobber med disse pasientene til å være nysgjerrige sammen med pasienten og forsøke å forstå PM sammen dem. I epikriser fra PM-innleggelse og PM-kontroller finner du mye informasjon, f.eks. grad av egenrytme og selve «PM-kortet» angir også innstillingene på PM. Les deg opp på hvordan ulike PM virker, lær deg litt om innstillinger på PM og ikke minst konferer med lege eller kardiolog når du lurer på noe.

Litteratur:

1. Biotronik (2021). Verdt å vite om pacemakeren. Pasientinformasjon på nett. https://biotronik.cdn.mediamid.com/cdn_bio_doc/bio28557/39617/bio28557.pdf
2. Helse-Bergen, Hjartepost 1 og 2 (2021). Pasientinformasjon på nett. https://helse-bergen.no/behandlinger/pacemaker
3. Ståhle A., Bergfeldt L., Englund A. og Gjesdal K. (2009) Aktivitetshåndboken. Rytmeforstyrrelser. Kap 42, s 548-560, 2009.

Bevegelse er resepten

Motorisert aktivitetshjelpemiddel fra Reck MOTOmed

MOTOmed loop
Arm og/eller ben modell

MOTOmed muvi
Kan trene arm og ben samtidig

MOTOmed er en terapisykkel, hvor armer og ben kan beveges og trenes enten ved hjelp av en motor, ved egen muskelkraft eller en kombinasjon.

Sykling med MOTOmed er for mange en nødvendig del av daglig aktivitet, mobilitet eller rehabilitering. Bevegelse er med å bekjempe konsekvensene av nevrologiske skader og inaktivitet.

Forskjellige modeller gir god egnethet for en lang rekke pasientgrupper og avdelinger i helsesektoren. Alt fra intensivavdelinger, dialyse, rehabiliteringsinstitusjoner til sykehjem og i private hjem.

MOTOmed loop og layson er nye modeller, og har fått et betydelig designløft på både sykkel og ikke minst en svært brukervennlig touchskjerm.

For studier og forskningsresultater:
www.motomed.com

MOTOmed layson – Arm og/eller ben modell
For pasienter i seng eller behandlingsstol/dialyse

MOTOmed®

Fysiopartner er en del av Lojer Group i Finland.
Vi er totalleverandør av utstyr og inventar til behandling, rehabilitering og fysikalsk trening, samt medisinsk inventar til sykehus og pleiesektoren.

Lojer 4040 XL

Lojer Merivaara Emergo

Lojer Merivaara Carena

For mer informasjon besøk oss på
fysiopartner.no eller ring 23 05 11 60

FYSIOPARTNER® *Part of Lojer Group*

Livet etter intensivbehandling av Covid-19

Kristina S. Fjone, spesialfysioterapeut, MSc, PhD-stipendiat. Oslo universitetssykehus, Akuttklinikken. krifjo@ous-hf.no
Foto: Privat

Kristin Hofsø, intensivsykepleier og førsteamanuensis, Oslo universitetssykehus, Akuttklinikken og Lovisenberg Diakonale Høgskole. Kristin.hofso@ldh.no
Foto: Privat.

Foto: Colourbox.com

Det er mars 2020. Flere nordmenn har reist til Østerrike for å stå på ski og nyte vinterferie. Dager, og for noen uker, etter at de lander på norsk jord, våkner flere av dem i en intensivseng omringet av mennesker i gassmasker. Det blinker og piper i utstyr. Det er ledninger overalt, det er noe i halsen som er sårt og munnen er tørr. Det er rart å puste, akkurat som man ikke får nok luft, men likevel får det på samme tid. De vet ikke hvor de er, hva som har skjedd eller hvilken dag det er. Kampen for å komme tilbake til en normal hverdag har pågått fra dagen de ble lagt på respirator av et stort tverrfaglig team, mens deres egne bevisste kamp akkurat har startet.

Intensivpasienten

Mange intensivpasienter kan kanskje kjenne seg igjen i denne beskrivelsen både før og etter mars 2020, og etter hvert skulle dette bli virkeligheten for veldig mange flere enn dem som kom hjem fra skiferie i Østerrike og Italia. I løpet av 2020 og 2021 har dessverre altfor mange mennesker over hele verden hatt denne opplevelsen, og altfor mange har aldri våknet igjen. Bakgrunnen for SARS-CoV-2 pandemien er allment kjent for oss alle og trenger ingen ytterligere introduksjon. Vi er nå kommet til høsten 2021 og hverdagen er i stor grad tilbake til normalen etter tre tydelige smittebølger, når vi befinner oss i det som blir definert som den fjerde smittebølgen i Norge. Det er fortsatt usikre tider, men mange av oss kan trekke pusten dypt og puste lettet ut. Bortsett fra de som ikke har den evnen lenger, i verken bokstavelig eller overført betydning. De som våknet med et rør i halsen, de som ikke husker hva som har skjedd og de som drømte de utroligste ting dager, uker eller måneder på intensiv, mens de kjempet for livet. For mange har kampen for å bli seg selv igjen etter Covid-19 og intensivoppholdet vært langt og tungt, mens for andre har det gått lettere. Hva forteller de aller sykeste Covid-19 pasientene om hva de har vært igjennom og hvordan har de har det nå?

Langtidseffekter etter intensivbehandling av Covid-19 i Norge

Allerede i mars og april 2020, ble det produsert et stort antall søknader for ulike Covid-19 relaterte forskningsprosjekter. Ett av de som mottok midler fra Norges forskningsråd er studien vår som nasjonalt kartlegger senplager hos Covid-19 pasienter, seks og 12 måneder etter at de ble lagt inn på intensivavdeling. Studien har

en todelt datainnsamling, hvor vi mottar både kliniske og pasientrapporterte data (PROM) fra Norsk intensiv- og pandemiregister, i tillegg til at vi samler inn PROM via telefonintervjuer. Under intervjuet skal det fylles ut to spørreskjemaer og utføres en kognitiv test. Dette tar ca. 15 min inkludert introduksjon av studien. De færreste av samtalene har vart under 30 min og de lengste samtalene har vart godt over en time. Pasientene har mye på hjertet som ikke blir registrert i spørreskjemaene, og de har behov for å fortelle hvordan de har hatt det og hvordan de har det nå. Vi holder fortsatt på med datainnsamling og avslutter oppfølging sommeren 2022. Dette er derfor temaene som går igjen hos pasienter fra den første og delvis andre bølgen av pandemien i Norge, og alle pasientene har vært innlagt på intensivavdeling. Samtalene er gjennomført seks og 12 måneder etter innleggelsesdato på intensiv. Utsagnene og fortellingene er ikke blitt tatt opp og analysert med kvalitative analysemetoder, men det er likevel lett å få inntrykk av hvilke temaer som går igjen. Sitatene i artikkelen er ikke direkte sitat fra enkeltpersoner, men setninger som går igjen hos mange. Vi har likevel valgt å sette sitatene med «anførselstegn» for visuelt illustrere at dette er pasientenes egne utsagn.

6 måneder – «Det er pusten jeg sliter med»

Mange blir emosjonelle eller tankefulle når vi sier at det er seks måneder siden de ble lagt inn på intensivavdeling. «Har det allerede gått et halvt år»? En del synes det har gått fort, de kom jo hjem først for et par måneder siden. Andre synes tiden har vært lang etter at de ble skrevet ut fra sykehuset, det har ikke skjedd så mye på de månedene. Kroppen føles fortsatt treg, den tåler mindre og må ha mye hvile. «Pusten er heller ikke hva den var». «Det går greit på flatmark, men med en gang jeg går i trapp eller i bakker, blir jeg andpusten. Da må jeg stoppe opp og hente meg inn igjen». Pusten er et tema som går igjen på seks måneder, og som mange naturlig nok er bekymret for. En del kjenner også på at de føler seg ekstremt slitne. En gang imellom dukker ordet fatigue opp, og vi skjønner at deltageren har vært på et rehabiliteringsopphold. «Ja, jeg var på et opphold i fire uker og det var veldig bra» eller «Ja, sykehuset sørget for samarbeid med kommunen, og da jeg kom hjem stod det både rullator og doforhøyer klar, og det kom en fysioterapeut hjem til meg i starten». Mange forteller om god oppfølging i tiden etter utskrivelse, men dessverre er det også en del som forteller om det motsatte. «Rehabilitering? Nei, det var det ingen som snakket om. Jeg ble trillet ut av sykehuset i rullestol og fikk inntrykk av at da var de ferdig med meg. Jeg husker at jeg var spent på om jeg klarte å komme meg opp trappene til leiligheten på egen hånd.»

Flere i den første bølgen har også nevnt at de følte de var på oppbevaring og ikke rehabilitering. Personalet begrenset kontakt i frykt for smitte og for å gå tomme for smittevernutstyr, og mange av pasientene fikk plass på midlertidige steder i påvente av negativ test uten et reelt rehabiliteringstilbud. Under både første og andre bølge beskriver mange at pårørende eller de selv måtte undersøke og be om henvisning til rehabilitering. Ingen visste hvor de hørte til eller hvor det var et tilbud som passet. Det virker som disse faktorene har endret seg til det bedre etter hvert som vi alle har fått mer kunnskap og fokuset på rehabilitering etter Covid-19 sykdom har blitt større. Det kan se ut som pasientene fra bølge to har hatt bedre tilbud med tilpasset rehabilitering, men det kan fortsatt virke som dette er avhengig av hvor du bor og hvilket helseforetak eller kommune du hører til. Det fremstår derfor fortsatt som tilfeldig om du får den hjelpen du trenger etter et intensivopphold.

Andre temaer som dukker opp, omhandler mentale helseutfordringer. Ved kartlegging av angst og depresjon er det tydelig at angst er det mest dominerende symptomet av de to. Flere av pasientene forteller også om spesielle lukter eller synet av en personkarakteristikk som gjør at de blir svimle, kvalme, generelt uvel og får hjertebank, og som minner dem om opplevelser de hadde mens de var innlagt på intensiv. Dette er klassiske symptomer på post traumatisk stress. Dette er ikke ukjente senplager hos intensivpasienter, men kanskje vil Covid-19 populasjonen oppleve dette i enda større grad? Omfattende smittevernutstyr, vanskelig kommunikasjon, langvarig respiratorbehandling og sedasjon samt lite til ingen tilgang til pårørende er alle faktorer som øker risikoen for både mentale helseplager og kognitive funksjonsnedsettelser i etterkant.

Et annet viktig tema som ofte kommer opp ved seks-månederssamtalene er hvordan de pårørende har hatt det. «Jeg har egentlig hatt det greit, jeg husker ingenting fra intensiv, jeg tror det var verre for de som var hjemme». Mange av de pårørende har vært syke selv, bekymret for sin egen helse og ikke minst for sin nærmeste som ligger alvorlig syk på intensivavdeling, uten mulighet til å fysisk være til stede selv. Flere beskriver at de som sykehuspasient har fått god oppfølging og derfor har det ganske bra, men at det er pårørende som sliter mest når det har gått et halvt år. Senplager hos pårørende til intensivpasienter er heller ikke et ukjent fenomen, og har sitt eget felt innen intensivforskningen, men som mange kanskje ikke er klar over kan ha store konsekvenser i lang tid for familiene det gjelder.

12 måneder – «Hukommelsen er kanskje ikke hva den var»

«Hei, Kristina. Jeg har ventet på at du skal ringe». Flere har lagret nummeret til studietelefonen og i tillegg har de fått en melding dagen før om at vi kommer til å ringe for ny oppfølging. «Jeg har det bedre». Heldigvis er dette et svar som går igjen på spørsmålet om hvordan de har det når det nå har gått ett år siden de ble lagt inn på intensivavdeling. Mange har startet opp med 100% jobb igjen, etter en godt planlagt opptrappingsplan i samråd med arbeidsgiver og fastlege. «Jeg føler jeg er tilbake i samme form, eller hvert fall nesten samme form. Hvis det skulle være noe så er det kanskje at hukommelsen ikke er som den var». Heldigvis er det for mange full restitusjon eller hvert fall tilnærmet, men dessverre er det ikke sånn for alle. En del sliter fortsatt med de samme plagene som for seks måneder siden. De orker lite, blir raskt andpustne, selv om pusten ikke fremstår som det mest dominerende symptomet lenger, og det går saktere fremover nå enn i starten. Noen jobber i små stillingsbrøker eller ikke i det hele tatt. Hverdagen og livet er snudd på hodet. Spesielt angstfulle tanker kommer til overflaten og de gleder seg mindre over ting nå enn før. Som sitatet over antyder merker både de som sliter, men også de som føler seg restituert, at hukommelse og konsentrasjon ikke er den samme. Det er for en del enda tydeligere nå enn for et halvt år siden da de merker at konsentrasjonen på jobb ikke er som den

var. Ord kan plutselig falle ut og middagslur har blitt en del av hverdagsrutinen. Vi, som forskningsmiljø, visste ganske mye om konsekvensene av intensivbehandling allerede før denne pandemien satte intensivpasienter på agendaen, og mye av det som rapporteres er kjent, men vi kommer nå til å få enda større innsikt og kunnskap om denne pasientgruppen. Det er vi takknemlig for, og dette kommer til å være til stor nytte for fremtidige intensivpasienter også. Pasientene bidrar mer enn gjerne til forskning og det er heldigvis få som takker nei til å delta i prosjektet.

Håp

De endelige resultatene og konklusjonene fra datainnsamlingen er ikke på plass ennå, men vi har likevel gjort oss noen foreløpige refleksjoner halvannet år inn i pandemien. De fleste har det bedre og mange sier at de føler seg helt bra når det har gått ett år. Det er svært positivt. Selv om flere av pasientene fortsatt har uttalte plager etter ett år, slår det oss at de likevel har et sterkt håp om å bli bedre. Mange av de aller dårligste, de som ikke er i jobb, de som skårer høyt på angst og depresjon, sier likevel at de ikke skal gi seg. De ser fremover og har både stor tro og håp om at de kommer til å bli bedre. Det er viktig! Og der trenger de all støtte de kan få, fra omgivelsene, fra helsepersonell og samfunnet for øvrig. Få har inngående innsikt i hvor syk man er som intensivpasient, og man kan ikke alltid se hvor mye denne pasientkategorien faktisk sliter i etterkant. Det er ikke nødvendigvis en rask vei tilbake, og kanskje det ikke holder med bare ett rehabiliteringsopphold for alle. Å komme seg etter alvorlig kritisk sykdom tar tid, og det er ikke uvanlig at det tar mer enn ett år før man er optimalt restituert og rehabilitert. Gi disse pasientene tid og rom, samt forståelse. De har kjempet en kamp de færreste av oss kan forstå - heldigvis.

> Jeg har egentlig hatt det greit, jeg husker ingenting fra intensiv, jeg tror det var verre for de som var hjemme.

Foto: Colourbox.com

Det er grunn til optimisme: Konsentrert rehabilitering for vedvarende plager etter Covid-19

Mens Norge klarte seg svært godt gjennom Covid-19 pandemien med tanke på antall dødsfall, står vi nå overfor betydelige utfordringer knyttet til pasienter som opplever senvirkninger. Post-Covid-19 plagene rammer også pasienter som har hatt et mildt sykdomsforløp [1].

Da Covid-19 rammet, hadde Helse i Hardanger (HiH) i samarbeid med Helse Bergen bygget opp et konsentrert, tverrfaglig gruppeformat for rehabilitering av pasienter med ulike sammensatte plager gjennom Prosjekt utvikling av smarte helseløsninger (PUSH) [2]. Pandemien satte en stopper for planlagt oppstart for pasienter med kols, og vi hadde derfor tilgjengelig et tverrfaglig team med relevant og høy faglig kompetanse som kunne snu seg rundt og etablere rehabilitering for pasienter med vedvarende plager etter Covid-19 fra mars 2021.

Intervensjon i tre faser

Forberedelse

Etter henvisning og utredning forberedes pasienten på format og innhold i rehabiliteringen [3]. Dersom de ønsker tilbudet og det ligger til rette for nødvendig egeninnsats, gjennomføres fysisk kartlegging med spirometri, ergospirometri, trappetest og reise og sette seg test for å kartlegge eventuelle fysiologiske og fysiske begrensninger.

Konsentrert rehabilitering

Rehabiliteringen gjennomføres over tre dager med inntil 10 pasienter i hver gruppe, og består av en kombinasjon av undervisning, fysisk aktivitet, individuelle samtaler og individuelt tilpasset trening. Fokus er på forståelse og aksept for helseutfordringene og teknikker som har som mål å øke fleksibilitet og aktivitet. Særlig legges det vekt på å gjenkjenne og få hjelp til å bryte med mønstre som kan være med på å opprettholde plagene.

Pasientene presenterer sammensatte og heterogene symptomer, noe som understreker behov for tverrfaglighet og skreddersøm. Siste dag settes det opp en plan for de kommende ukene med tanke på hvordan de nye erfaringene og teknikkene skal integreres i hverdagen.

Oppfølging

De første tre ukene etter rehabiliteringen rapporterer pasientene daglig via en app og etter 10 dager ringer en av behandlerne for å høre hvordan det går med treningen. Videre følges pasienten i et år med både spørreskjema (tre, seks og 12 mnd. etter behandling) og nye fysiske tester (tre og 12 mnd.).

Foreløpige erfaringer

Til nå har nærmere 50 pasienter gjennomført den konsentrerte rehabiliteringen. De som har vært med gir entydige tilbakemeldinger på at dette har vært nyttig og til vesentlig hjelp med tanke på å håndtere helseplagene.

Pasientgruppen

Deltagerne har vært mellom 19 til 65 år, med hovedsakelig et mildt til moderat akuttforløp uten sykehusinnleggelse. De fleste har før Covid-19 fungert godt i arbeids- og studieliv, men har etter sykdommen ikke klart å komme tilbake til tidligere funksjons- og aktivitetsnivå. Mange har gått med disse plagene lenge, opptil halvannet år, og er frustrerte over å ikke ha blitt

Bente Frisk, førsteamanuensis, spesialist i hjerte- og lungefysioterapi Høgskulen På Vestlandet, Institutt for helse og funksjon Helse Bergen, Fysioterapiavdelingen, Helse i Hardanger. Bente.frisk@hvl.no

Marte Jürgensen, overlege, spesialist i psykiatri, ph.d., Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern. marte@helseihardanger.no

Gerd Kvale, professor, psykologspesialist, Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern. Gerd.kvale@helse-bergen.no

tatt på alvor av helsevesenet tidligere og den lange ventetiden for å få behandling.

Vi hadde forventet at tungpust ville være fremtredende, men dette er kun er en utfordring for en liten andel. De fleste rapporterer om fatigue/økt trettbarhet, søvnproblemer og kognitive problemer som konsentrasjonsvansker og «hjernetåke». Videre rapporterer pasienter om et stort spekter symptomer som hodepine, kvalme, svimmelhet, smerter og endret smak og lukt. Mange forteller også at de er blitt mer følelseslabile, og at det oppleves svært utfordrende å leve med plager som de opplever som uforklarlige og til dels uavklarte. Usikkerheten rundt tilstanden og varighet gir grobunn for mye bekymring og engstelse.

Det er håp!

En uke etter behandling rapporterer pasientene høyere funksjonsnivå og større fleksibilitet i måten å håndtere plagene, og en nedgang i fatigue. De foreløpige resultatene fra de som er fulgt opp i tre mnd. viser at denne endringen ikke bare vedvarer, men fortsetter å bedres. Dette gjenspeiles også i bedring i fysiske tester.

Vi kan oppskalere

Etter at behandlingstilbudet ble kjent har vi opplevd en stor økning i antall henviste pasienter. De fleste kommer fra Helse Vest sitt opptaksområde, men vi har også fått pasienter henvist fra hele landet. Gitt videre finansiering av prosjektet, vil det kunne oppskaleres for å nå frem med hjelp til flere.

FAKTA – Helse i Hardanger

- Prosjekt Utvikling av Smarte Helseløsninger (PUSH) er et prosjekt som ledes av Helse Bergen og gjennomføres ved Helse i Hardanger.
- Kunnskapsbasert behandling gjennomføres i et nytt konsentrert tverrfaglig gruppeformat.
- PUSH prosjektet tilbyr behandling for personer med diabetes type 2, korsryggplager, angst/depresjon og vedvarende plager etter Covid-19. Fra januar 2022 vil det også tilbys behandling til personer med kols.

Referanser:
1. Blomberg, B., et al., Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. Nat Med, 2021. 27(9): p. 1607-1613.
2. Kvale, G., et al., Evaluation of a novel concentrated interdisciplinary group rehabilitation for patients with chronic illnesses: Protocol for a non-randomized clinical intervention study. JMIR Res Protoc, 2021.
3. https://www.youtube.com/watch?v=IFiaKosnfdY.

Slik søker du stipend fra faggruppen

Vi tar imot søknader om stipend fra medlemmer i faggruppen. Faggruppen oppfordrer medlemmene til å søke om stipend til neste frist, 1. februar 2022.

Stipend kan tildeles i forbindelse med deltakelse på kurs, konferanse/kongress, hospitering eller liknende som bidrar til faglig utvikling og stimulering. Søker må gi en begrunnelse for nytteverdien av tiltaket.

I forbindelse med Covid-19 pandemien har flere kurs blitt holdt digitalt. Du kan også søke stipend til digitale kurs.

Les mer om kriterier for tildeling av stipend fra faggruppen og finn søknadsskjema på:
http://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi/Stipend

HjerteLungePodden

Våren 2020 lanserte Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi sin egen podkast.

Har du hørt den?

I podcasten kan du høre fagfolk snakke om blant annet Covid-19, tidlig rehabilitering, behandling av pasienter med nedsatt sirkulasjon i beina og trening etter hjertetransplantasjon. HjerteLungepodden finnes på Spotify og på de fleste andre plattformer.

I videre episoder håper vi å belyse tema fra både kommune, rehabiliteringssentre, fysikalske institutter og fra spesialisthelsetjenesten. Episodene lages av faggruppens styre. Vi har ingen økonomisk støtte til å lage podcasten og kun fritiden å ta av. Uansett har vi lyst til å få til flere spennende episoder.

Vi ønsker faggruppens medlemmer velkommen til å bidra med ønsker for tema i videre episoder.

Henvendelser kan rettes til hjerteoglunge@fysio.no eller på HjerteLungePodden på Instragram.

Norsk oversettelse av CPAx

Tidsskriftet for hjerte- og lungefysioterapi har intervjuet prosjektleder Charlotte Schanke om det nylig påbegynte oversettelsesarbeidet av CPAx-NOR.

Av **Charlotte Marie Schanke** og **Cecilie Straumann Botn**

Høsten 2021 har Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) i Helse Sør-Øst initiert et arbeid med å oversette CPAx til norsk.

– Jeg har et engasjement hos RKR for å lede dette prosjektet, sier spesialfysioterapeut Charlotte Schanke. Men jeg gjør det ikke alene. Sammen med meg har jeg prosjektmedarbeider spesialfysioterapeut Anne Kristine Brekka MSc, Sørlandet Sykehus Arendal, seniorforsker Mari Klokkerud (førsteamanuensis ved OsloMet og leder for RKR) og spesialfysioterapeut Tiina Andersen (postdoc, førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet og ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling på Haukeland).

– Det er innhentet godkjenning fra originalforfatter Evelyn Corner til å begynne med oversettelsen. Oversettelsen og den kulturelle tilpasningen gjøres stegvis etter internasjonale anbefalinger og metodikk. Corner skal også godkjenne tilbakeoversettelsen før den er klar til uttesting. – Vi har i høst arbeidet med å ferdigstille søknader om midler til å fullføre prosjektet som vil bestå av uttesting i klinisk praksis for å vurdere pålitelighet og anvendbarhet, samt å innhente erfaringer og å avklare barrierer og fasilitatorer for implementering, forklarer Charlotte.

På spørsmål fra Tidsskriftet for hjerte- og lungefysioterapi utdyper Charlotte hvorfor CPAx-NOR er et godt verktøy for fysioterapeuter som jobber med intensivpasienter:

– CPAx-NOR som grunnlag for fysioterapeutisk vurdering i intensivavdelinger på norske sykehus vil bidra til å forbedre dokumentasjonen og synliggjøre fysioterapeuters virksomhet i denne fasen av rehabiliteringsforløpet, forklarer Charlotte. Vi mener bruk av CPAx-NOR vil bidra til økt fokus på funksjon fremfor diagnose. Samtidig vil CPAx-NOR kunne skape et felles språk som kan øke den tverrfaglige forståelsen og forbedre det tverrfaglige samarbeidet under hele sykehusinnleggelsen.

– Et ønske er at det tverrfaglige teamet bruker CPAx-skårene i sine daglige drøftinger om mål og progresjon for pasienten. Se for deg at du som fysioterapeut vurderer pasientens CPAx-skår, der CPAx-skår på hoste kun er 2, til tross for at pasienten skårer 4 på delemne «respirasjonsfunksjon». Videre kan du stille spørsmål om pasienten virkelig er klar for overflytting til sengepost og eventuelt hva som må igangsettes av tiltak i forbindelse med overflyttingen, sier Charlotte. – Dette er drøftinger som foregår daglig i klinisk praksis på intensivavdelingene, men hvor bruk av CPAx-NOR kan være med på å systematisere og synliggjøre problemstillingene ytterligere i det tverrfaglige teamet.

Hvis dere får tildelt midler til å fullføre prosjektet med uttesting av CPAx-NOR, hva vil det innebære for pasienter på norske intensivavdelinger?

– Vi håper at systematisk bruk av CPAx-NOR vil bidra til et mer sømløst forbedret rehabiliteringsforløp for intensivpasienter. Det er også et mål i nasjonale dokumenter. CPAx-NOR, vil med sin enkle visuelle resultatprofil gi pasient og oppfølgende helsepersonell innsikt i hele rehabiliteringsforløpet, og forbedre pasientens mulighet til innsikt og eierskap i egen rehabiliteringsprosess.

– Jeg ser for meg at flere av intensivpasientene kan ha nytte av den visuelle figuren som et utgangspunkt i samtale om kropp og funksjon, og også målsetting. Spindeldiagrammet kan gjøre det enklere å sammenlikne progresjon fra uke til uke og være et godt virkemiddel i pasient-terapeut samarbeidet.

For spørsmål om prosjektet, kontakt Charlotte Schanke ved Regional kompetansetjeneste for rehabilitering i Helse Sør-Øst, mail: charlotte.marie.schanke@sunnaas.no.

Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx)

CPAx er utviklet av den britiske intensivfysioterapeuten Evelyn Corner, og er validert for intensivpopulasjonen, uavhengig av diagnose. CPAx er observasjonsbasert og utføres ved sengen til pasienten der 10 delfunksjoner graderes på en 6-poengsskala fra 0 = totalt avhengig av hjelp og til 5 = uavhengig av hjelp. Funksjonene som vurderes er mobilitet i seng, forflytning til sengekant, sittebalanse, forflytning til stol, stå og gangfunksjon. CPAx inkluderer også vurdering av håndgrepsstyrke og som det eneste kjente funksjonskartleggingsverktøyet inkluderes også vurdering av respirasjonsfunksjon. En sammenlagt score kan beregnes og høyere sammenlagt score indikerer bedre funksjon/mindre avhengig av hjelp. Scoringen av CPAx visualiseres i et spindeldiagram. CPAx skal oversettes til norsk.

Nytt tverrfaglig nettverk:
Med fokus på tidlig rehabilitering

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) i Helse Sør-Øst etablerte i februar 2021, med støtte fra fagråd rehabilitering, et tverrfaglig nettverk innen tidlig rehabilitering.

Nettverket skal bidra til å løfte fagfeltet tidlig rehabilitering. Implementering og styrking av evidensbasert rehabiliteringspraksis skal ha hovedfokus. Nettverket omfatter rehabilitering fra og med intensivavdeling og til og med sengepost på sykehus, inkludert overgangen mellom disse avdelingene.

På RKSs nettsider kan man lese fagnettverkets overordnede mål:

- Bidra til å etablere et tverrfaglig felles fagmiljø i regionen
- Ha oversikt over fagfeltet og hvilke faglige utfordringer fagmiljøet opplever
- Bidra til standardisering av rehabiliteringstilbudet i regionen
- Identifisere områder med kunnskapsmangel med tanke på fagutvikling og forskning

For å etablere nettverket ansatte RKR lege Rita Tiskeviciene (Sykehuset i Vestfold), spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og Charlotte Marie Schanke, spesialfysioterapeut, OUS. RKR ønsket at noen som var godt kjent med fagfeltet gjennom klinisk arbeid sto for etableringen av nettverket. Sammen med Siri Tveitan, spesialrådgiver i RKR, har Rita og Charlotte, på bakgrunn av en bred kartlegging av feltet i Helse Sør-Øst, satt sammen nettverket som nå består av ca. 35 deltakere. Nettverket er tverrfaglig med både intensivleger, intensivsykepleiere, fysikalsk medisinere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sosionomer, nevropsykolog, sykehusprest, samt to brukerrepresentanter. Foruten sykepleiere og leger utgjør fysioterapeuter den største gruppen i nettverket. Dette fordi nettopp fysioterapeuter er tungt representert i klinikken.

Nettverket skal drifte seg selv videre. Et arbeidsutvalg bestående av fem deltakere er ansvarlig for å planlegge og gjennomføre nettverksmøtene. Nettverket hadde sitt første nettverksmøte før sommeren og skal ha et nytt møte i september med tittelen «Den våkne pasienten». Alle deltakerne har forpliktet seg til å delta på nettverksmøter, holde ett innlegg i løpet av perioden de sitter som deltaker, og sist men viktigst; å ta med kunnskapen tilbake til egen arbeidsplass.

Bla om og les tidsskriftets intervju med spesialfysioterapeut Charlotte Marie Schanke om fagnettverkets funksjon.

Stor interesse for faglig nettverk

Fra i høst er spesialfysioterapeut Charlotte Marie Schanke ansatt som fagutviklingsfysioterapeut ved OUS i 50% stilling. Hun representerer OUS i det tverrfaglige nettverket for tidlig rehabilitering.

Tekst og foto:
Cecilie Straumann Botn

Charlotte Marie Schanke anbefaler å følge med på nettverkets hjemmeside for oppdatert informasjon.

Charlotte har frem til i høst jobbet på OUS Rikshospitalet hvor hun behandlet og deltok i det tverrfaglige teamet som rehabiliterte kirurgiske og medisinske pasienter innlagt på intensiv og sengepost. Hun har bakgrunn både fra kommunehelsetjenesten, habiliteringstjenesten for barn og unge, samt lokalsykehus. Hun er engasjert medlem i Faggruppen for hjerte- og lungefysioterapi. Fra høsten 2021 er Charlotte ansatt i 50 % som fagutviklingsfysioterapeut ved OUS og representerer OUS i det tverrfaglige nettverket for tidlig rehabilitering. I tillegg er hun ansatt i et engasjement som spesialrådgiver i RKR - Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering i Helse Sør-Øst.

Stor interesse for nettverket

Charlotte forteller at responsen fra intensivavdelingenes ledelse og fagpersoner med kliniske støttefunksjoner har vært god. Mange ville delta, og det var en særlig krevende prosess å velge representanter fra hvert sykehus og hver profesjon. Den store interessen synliggjør behovet for et slikt nettverk. Nettverket har bevisst begrenset antall deltakere for å «bygge ned» terskelen for å snakke sammen. I et mindre og oversiktlig nettverk er det lettere å bli kjent, og trolig lettere å dele erfaringer og lære av hverandre. Nettverket tilstreber å representere bredden i fagfeltet ved å inkludere både klinikere og forskere som deltakere.

Tverrfaglighet og klinisk hverdag i fokus

– Den tverrfaglige rehabiliteringen i tidlig fase varierer mellom de forskjellige sykehusene i Helse Sør-Øst, men tre faggrupper er representert de aller fleste stedene; intensivlege, intensivsykepleier og fysioterapeut. Andre faggrupper er i varierende grad representert, forklarer Charlotte.

– Nettverket vil jobbe for å synliggjøre både fysioterapeutenes bidrag, men også løfte verdien av styrken som ligger i å involvere flere fagutøvere i den tidlige re-

habiliteringen. Deltakerne i nettverket jobber ved universitetssykehus eller lokalsykehus og har ulike erfaringer. Nettverket ønsker at det skal være kort vei for å løfte frem praksisnære problemstillinger. Temaene for nettverksmøtene er derfor direkte hentet fra deltakernes ønsker og innspill. Det er tenkt at deltakerne skal dele erfaringer, prosjekter fra klinisk praksis og relevant forskning. Det skal være rom for å drøfte aktuelle tema for videre fagutvikling og forskning på nettverksmøtene. Deretter er det kort vei for kunnskap tilbake til deltakernes egen arbeidsplass. Det er de kliniske relevante problemstillingene som er den røde tråden, sier Charlotte.

Hvilket samarbeid ser nettverket for seg internasjonalt?
– Deltakerne i nettverket har etterspurt internasjonalt samarbeid. Nettverket vil arbeide med å identifisere de rette nettverkene å koble seg på internasjonalt. Vi vil vurdere hvilken form samarbeidet skal ha.

Hva kan nettverket brukes til?
– Det gjøres mye god tverrfaglig rehabilitering i regionen og deltakerne som er med i nettverket er representanter for sitt sykehus og fagmiljø. Hvis du som fysioterapeut har erfaringer du vil dele eller temaer du vil løfte om tidlig rehabilitering kan du kontakte fagpersonen som deltar fra ditt sykehus. Deltakeren kan løfte dette videre inn i nettverket, sier Charlotte.

Samtidig presiserer hun at nettverket ikke er til for å drøfte enkeltsaker og at deltakerne kun er fra Helse Sør-Øst.

Hva hvis man er fysioterapeut et annet sted enn i Helse Sør-Øst?
– Nettverket er etablert for Helse Sør-Øst, men vil likevel arbeide for å gjøre informasjon tilgjengelig på nett. Noen av nettverksmøtene med aktuelle tema kan gjøres tilgjengelige for alle, sier Charlotte.

Hun tilføyer at det i tillegg er opprettet en Facebook-gruppe for fagpersoner som jobber eller er interessert i tidlig rehabilitering på sykehus.

Vil det etableres tilsvarende nettverk for de andre helseregionene?
– Oppstartgruppen har kun hatt mandat til å gjennomføre dette i Helse Sør-Øst. Jeg tenker et slikt nettverk hadde vært nyttig på et nasjonalt plan og håper andre helseregioner også ser nytten av et slikt nettverk.

Kontaktinformasjon
RKR er ansvarlig for drift av nettverket. Nettsiden finnes enkelt ved et google-søk. Her finner du også kontaktinformasjon til nettverket. Nettverket er i oppstartsfasen og nettsiden er under utvikling. Charlotte anbefaler å følge med på nettsiden for oppdatert informasjon.

Lurer du på hvordan fysioterapeutene i Norge tidligere holdt kontakten med internasjonale ICU rehabiliteringsmiljø?

Frem til nå har det ikke eksistert noe formelt fora for intensivfysioterapeuter eller for det tverrfaglige intensivmiljøet i Norge. Takket være fysioterapeut Hilde Nesengen fra Sykehuset i Østfold, som har tatt ansvar for en mail-liste, har engasjerte intensivfysioterapeuter fått og delt informasjon internasjonalt.

På henvendelse fra Tidsskrift for hjerte- og lungefysioterapi skriver Hilde:
– Som norsk koordinator for det internasjonale «ICU Recovery Network» og samtidig deltaker i det nyopprettede «Fagnettverk for tidlig rehabilitering», ivrer jeg for at vi etter hvert kan koble disse nettverkene formelt på hverandre. Min rolle som kontaktperson i ICU-RN står foreløpig uforandret. Og de som ønsker å motta disse nyhetsbrevene, kan fortsatt melde sin interesse til meg på hilron@so-hf.no

Husk Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Trenger du midler til å utføre et forskningsprosjekt, kvalitetssikringsprosjekt, formidlingsprosjekt eller utarbeide en prosjektbeskrivelse?
Da kan du søke Fondet om stipend!
Les mer om de ulike stipendkategoriene, hvordan du søker og kriterier for tildeling av stipend på fysiofondet.no.

Fysiofondet

Referat fra ACPRC21 – The Blanc Canvas:

Navigating the future of Cardio-respiratory Physiotherapy

Av **Kenneth Lytts**, M.Sc., spesialfysioterapeut, Oslo Universitetssykehus
kenlyt@ous-hf.no

ACPRC står for Association of Chartered Physioterapists in Respiratory Care. Det er et nettverk, startet i 1980, for fysioterapeuter i Storbritannia som jobber med respirasjon. Nettverket har nå over 1000 medlemmer. ACPRC arrangerer konferanse annethvert år. Dette er en konferanse helt ukjent for meg fra tidligere. Takket være Twitter ble jeg informert om konferansen, og takket være digitalt format deltok jeg på denne to dager lange konferansen i april i år.

Jeg vet at det er mange som har gått lei av det digitale formatet, av å sitte hjemme alene foran en skjerm. Jeg er ikke en av dem. Jeg ser en hel del fordeler med at konferanser som denne arrangeres digitalt, særlig når det gjøres så profesjonelt og brukervennlig som denne konferansen. Første dagen hadde jeg dobbelbooket meg, og deltok heller på et webinar om spastisk lammelse arrangert av Sunnaas Sykehus. Det kunne jeg, fordi alt innhold fra ACPRC21 er tilgjengelig i et halvt år etterpå. Jeg kunne altså delta på den første dagen senere, når det passet meg, ikke bare en gang, men flere! Jeg har faktisk sett noen av forelesningene flere ganger, og jeg har også delt noen med kollegaer på jobben. Plattformen som konferansen ligger på er lett å bruke og det er bare å stoppe, spole tilbake, høre på nytt, sjekke kilder etc. Helt suverent!

Noen av forelesningene jeg har sett flere ganger er åpningsforedraget ved Anthony Bennett, en tidligere alvorlig syk intensivpasient som fortalte sin historie som han hadde valgt å kalle «Miracle man». Meget rørende og vel fortalt takket være det digitale formatet. Med fagområde intensiv, deltok jeg selvfølgelig på «critical care session» med tema «lære av historien, se på nåtiden og bygge fremtiden», fritt oversatt fra engelsk. Her likte jeg spesielt en sesjon med tre innlegg av fysioterapeuter fra forskjellige steder i verden. George Ntoumenopoulos, Sabrina Eggmann og Zoe van Willigen holdt hver sine korte innlegg, etterfulgt av en diskusjon om fysioterapiens fremtid for pasienter på intensiv - interessant. Et annet faglig innlegg jeg har sett flere ganger omhandlet high flow nasal cannula therapy (HFNT). Greit å få litt dypere kunnskap om dette siden mange av våre pasienter får oksygen på denne måten.

Kenneth Lytts, konferanseselfie.

Morsomme og sjarmerende Julia Bott holdt en underholdende historisk forelesning om livet og faget som ung fysioterapeut i London for 40 år siden. Kvalitetsunderholdning servert rett på min Ipad mens jeg koser meg med morgenkaffen i pyjamas i min egen seng. Ikke noe flytog, flyreise, munnbind, håndspriting, ikke noe finne ut av hvor hotellet er, hvordan komme seg til konferansebyggningen, finne riktig auditorium, ikke noe planlegging med ektefelle eller barnevakt. På kvelden kunne man til og med gå i «puben» og mingle, også det helt uten munnbind og helt digitalt selvfølgelig. Nå valgte jeg å droppe digital

prisutdeling og dans på fredagkvelden, fordi jeg var opptatt med å lage middag og legge barn, men jeg kunne faktisk ha gjort det samtidig!

Covid-19 er noe vi kunne ha vært foruten ja, men jammen har det også ført noe godt med seg. Det er i hvert fall lettere og billigere å holde seg faglig oppdatert for tiden. Og når det er sagt, så var det selvfølgelig en hel del innhold også om Covid-19 på konferansen. Det ble f.eks. presentert resultater fra langtidsoppfølging av Covid-19 intensivpasienter. Lørdagen inneholdt en «long term condition´s champion session» og en parallellsesjon om kirurgi med blant annet et innlegg som omhandlet liberalisering av postoperative retningslinjer etter sternotomi – kanskje en grunn til å henge seg på her også i Norge? Gode argumenter for det ble presentert. Det var også en pediatrisk parallellsesjon på konferansen. Og som sagt, her er det mulig å delta live på den ene parallellsesjonen og se den andre i etterkant. Når har det vært mulig tidligere? En posterseksjon finnes også på denne digitale konferansen og presenteres både som postere og små videopresentasjoner på nettsiden.

Det bor nesten 67 millioner mennesker i Storbritannia. Det betyr noen flere sykehus enn vi har, flere fysioterapeuter som jobber innen lungefagfeltet, og det produseres av den grunn også en hel del mer forskning på lungefysioterapifagområdet enn vi får til i Norge. Jeg vil absolutt anbefale denne konferansen for alle fysioterapeuter som jobber med hjerte-/lungepasienter i Norge. Lungefysioterapeutene i Storbritannia har en annen tradisjon enn den norske, men dette er absolutt en konferanse de fleste norske lungefysioterapeuter kan få noe ut av. Og hvis du går lei av det faglige programmet og av å sitte alene for deg selv foran skjermen, så kan vi alltids ta en øl i den digitale baren etter at ungene er lagt, i 2023! Cheers!

Ps: dere som leser dette tror sikkert jeg er sponset med gratis deltakelse på konferansen i 2023, men det er jeg altså ikke! Vedlagte bilde er min #ACPRC21selfie, men dessverre nådde ikke mitt bilde helt opp. Jeg tror det bilde som vant var av en kvinne som la to unger samtidig som hun drakk vin, gjorde manikyr og fulgte forelesningene.

Gratulerer til stipendmottakere!

Faggruppen for hjerte-og lungefysioterapi ønsker å stimulere til og tilrettelegge for fagutvikling. Derfor deler vi ut stipend to ganger i året. Hittil i år har vi delt ut følgende stipender:

Kjersti Lindberg, spesialfysioterapeut, Vestre Viken HF, Sykehuset Drammen.
– Tildeles stipend for deltakelse på kurset «Fysioterapi til intensivpasienter»

Eirik Alfheim, fysioterapeut, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
– Tildeles stipend for deltakelse på kurset «Fysioterapi ved underventilering»

Maja Leirbakk, fysioterapeut Universitetssykehuset Nord-Norge HF
– Tildeles stipend for deltakelse på kurset «Hjertet – fra inaktivitet til toppidrett»

Charlotte Marie Schancke, fysioterapeut MSc, spesialrådgiver, Regional kompetansetjeneste for rehabilitering Helse Sør-Øst, Sunnaas sykehus HF.
– Tildeles stipend for å gjennomføre arrangementet «Fagdag for deltakende fysioterapeuter i prosjektet 'Oversettelse, kulturell tilpasning og interrater-reliabilitet for norsk oversettelse av the Chelsea Critical Care Assessment Tool (CPAx-NOR)'»

Vi håper dere får masse nyttig faglig påfyll. Gratulerer!

Det kan søkes om midler til å dekke kurs, kongress, webinar, seminar, fagutvikling, pilotprosjekter eller reisekostnader i forbindelse med hospitering.

Neste søknadsfrist er 1. februar 2022

Master- og PhD.-kandidater innen fagfeltet

Det er stadig flere fysioterapeuter som tar en mastergrad innen fagfeltet hjerte- og lungefysioterapi, og noen som fullfører en doktorgrad innen fagfeltet. Er du en av dem, eller kjenner du noen som har fordypet seg i noe som bør deles med fysioterapikollegaer? Send inn et abstract eller en oppsummering på engelsk eller norsk til hjerteoglunge@fysio.no

GRATULERER til Katrine Rolid som disputerte 8. oktober 2021 ved Universitetet i Oslo

Kort- og langtidseffekter av intervalltrening med høy intensitet hos hjertetransplanterte pasienter

Veiledet 4 x 4 intervalltrening med høy intensitet utført hos fysioterapeuter nær pasientenes eget hjem er en effektiv og trygg treningsmetode hos medisinsk stabile hjertetransplanterte det første året etter transplantasjonen. På lengre sikt derimot kan det synes som om intervalltrening med høy intensitet blir noe krevende å utføre uten veiledning for denne pasientgruppen.

I avhandlingen «High-intensity interval training in de novo heart transplant recipients with long-term follow-up» har Katrine Rolid og medarbeidere undersøkt høy-intensitets intervalltrening sammenlignet med trening med moderat intensitet hos nylig hjertetransplanterte pasienter med 1-års og 3-års oppfølging.

Funnene fra 1-års oppfølgingen viste at høy-intensitets intervalltrening hos nylig hjertetransplanterte pasienter hadde bedre effekt på oksygenopptaket (kondisjonen) enn trening med moderat intensitet. Det var ingen uheldige hendelser relatert til treningen.

I tillegg ga intervalltrening med høy intensitet en større økning i muskelstyrke i bena, bedre lungefunksjon og en høyere anaerob terskel («melkesyreterskel»).

Ved 3-års oppfølgingen var det ikke lenger en betydelig forskjell i oksygenopptaket mellom treningsgruppene. Det var likevel en vedvarende forskjell mellom de to treningsgruppene etter tre år i forhold til muskelstyrke og den anaerobe terskelen, til fordel for intervalltreningsgruppen.

Hovedbudskapet fra studien er at intervalltrening med høy intensitet er en effektiv treningsmetode for å øke oksygenopptaket hos medisinsk stabile hjertetransplanterte <1 år etter hjertetransplantasjonen. Trening kan trygt utføres i nærheten av eget hjem under veiledning av helsepersonell i primærhelsetjenesten. På lengre sikt, uten vedvarende veiledet trening, avtar effekten av intervalltreningen. Fremtidige studier bør undersøke om treningsprotokoller med kortere varighet eller færre repetisjoner kan gi tilnærmet like god effekt, og om de er lettere å fortsette med på egenhånd over lang tid.

Katrine Rolid. Foto: Yngve Vogt, UiO.

GRATULERER til Pernille Lunde som disputerte 4. desember 2020 ved OsloMet

Feasibility and effect of long-term follow-up using a smartphone application to promote adherence to healthy behaviour post-cardiac rehabilitation

Pernille Lunde. Foto: Kai Hovden

Bakgrunn: Kardiovaskulær sykdom er den livsstilssykdommen med høyest forekomst på verdensbasis. Fysisk form evaluert som maksimalt oksygenopptak er en uavhengig faktor som er sterkt assosiert med risiko for kardiovaskulær sykdom, så vel som kardiovaskulær- og total dødelighet. Hjerterehabilitering er etablert som en viktig del av sekundær forebyggende behandling hos pasienter med hjertesykdom, og effekten er godt dokumentert. Etterlevelse av behandling er den viktigste modifiserbare faktoren som påvirker utfallet av behandling hos pasienter med livsstilssykdommer, og etterlevelse av sunne vaner etablert under hjerterehabilitering er dessverre utfordrende for mange pasienter.

Formål: Det overordnede målet for dette doktorgradsprosjektet var å utvikle forskningsbasert kunnskap om effekten av langtidsoppfølging med en smarttelefonapplikasjon (app) på etterlevelse av sunne vaner hos pasienter som hadde deltatt i hjerterehabilitering. Mer spesifikt var første delmål å gjennomgå og undersøke eksisterende evidens på effekten av apper for bedring av livsstil hos pasienter med livsstilssykdommer. Det andre delmålet var å forberede den randomiserte kontrollerte studien (RCT) ved å undersøke gjennomførbarheten av å bruke en app etter deltagelse i hjerterehabilitering for å fremme etterlevelse av en hjertevennlig livsstil, samt å gi en grundig bakgrunn for RCTen med detaljert informasjon om prosedyrene. Det tredje delmålet var å evaluere effekten av ett års individuell oppfølging med en app etter deltagelse i hjerterehabilitering.

Metode: Dette doktorgradsprosjektet inkluderer fire artikler der det benyttes tre ulike design. Den første artikkelen er en systematisk oversiktsartikkel med meta-analyser. Et systematisk litteratursøk ble utført i fem medisinske databaser for å evaluere effekten av app-baserte intervensjoner for å fremme endring av livsstil hos pasienter med livsstilssykdommer. Fysisk aktivitet, fysisk kapasitet, modifisering av kostholdsvaner og livskvalitet var utfallsmål av interesse. Risiko for skjevhet ble vurdert ved hjelp av «Cochrane risk of bias tool». De inkluderte studiene tillot samlede analyser for langtidsblodsukker (HbA1c). Heterogenitet ble testet med I 2, og meta-analysene ble gradert. Den andre artikkelen presenterer en gjennomførbarhetsstudie med et eksperimentelt én-armet pre-post-test design med 12 ukers varighet. Pasienter som ble inkludert til studien fikk tilgang til en app og ukentlig individualisert oppfølging og tilbakemeldinger basert på egensatte mål etter deltagelse i hjerterehabilitering. Utfallsmål var rekrutteringshastighet, bruk og etterlevelse av appen og ressurskrav. I tillegg ble potensielle utfallsmål for RCT vurdert med hensyn til deres evne til å fange opp endring, samt evaluering av gulv- og takeffekt. Kriterier for suksess ble forhåndsbestemt og var basert på bruk og etterlevelse av appen samt tilfredshet med teknologien. Den tredje artikkelen er en studieprotokoll for RCTen. I den fjerde artikkelen presenteres en to-armet enkel-blindet RCT med totalt 113 inkluderte pasienter. Pasienter ble rekruttert fra tre hjerterehabiliteringsprogrammer, lokalisert ved to hjerterehabiliteringssentre i Øst-Norge. Intervensjonsgruppen fikk tilgang til en app, samt individuell oppfølging og tilbakemeldinger basert på egensatte mål i ett år. Kontrollgruppen mottok vanlig oppfølging. Utfallsmålene ble utført ved oppstart (etter hjerterehabilitering) og ved oppfølging etter ett år. Det primære utfallsmålet var maksimalt oksygenopptak (VO2peak). Sekundære utfallsmål var prestasjonsevne, evaluert som tid til utmattelse, samt helning og hastighet på tredemølle, kroppsvekt, blodtrykk, lipid profil, triglyserider, treningsvaner, livskvalitet, helsestatus og selvopplevd måloppnåelse.

Resultat: Den systematiske oversikten resulterte i ni kvalifiserte artikler, hvorav syv ble inkludert i meta-analysene. Syv av studiene inkluderte pasienter med diabetes, én inkluderte hjertepasienter og én studie inkluderte både diabetes- og hjertepasienter. Meta-analysene viste en signifikant effekt på HbA1c på både kort og lang

›››

GRATULERER til Anita Grongstad som disputerte i 2. februar 2021 ved Universitetet i Oslo

Anita Grongstad. Foto: Oscar Studio & Galleri, Lillestrøm.

Fatigue hos pasienter med lungesarkoidose forverres ikke av trening med høy intensitet

Sarkoidose er en sjelden sykdom som kan ramme de fleste organer i kroppen, men hvor lungene oftest blir rammet. Hos de fleste pasienter med sarkoidose er fatigue (ekstrem utmattelse) et uttalt problem i tillegg til redusert kondisjon og muskelstyrke. Trening anbefales derfor som en del av behandlingstilbudet. Trening med høy intensitet er effektivt for å bedre både kondisjon og muskelstyrke. Hos pasienter med sarkoidose har man fryktet at høyintensiv trening kan forverre fatigue, derfor har trening med moderat intensitet blitt anbefalt for denne pasientgruppen. Spørsmålet blir da: Kan pasienter med sarkoidose nyttiggjøre seg høyintensiv trening uten å forverre fatigue?

I sin avhandling Sarkoidose, fatigue og trening har Anita Grongstad og medarbeidere sammenlignet utviklingen av fatigue hos pasienter med lungesarkoidose etter to treningsøkter med høy og moderat intensitet, både ved kondisjons- og styrketrening. Videre undersøkte de hvordan 4-ukers lungerehabilitering påvirket kondisjon og fatigue hos pasienter med lungesarkoidose, og om grad av fatigue før rehabilitering påvirket evnen til å bedre kondisjon i løpet av fire uker.

Fatigue ble ikke forverret i etterkant av treningsøktene med høy intensitet sammenlignet med moderat intensitet. Videre fant de at 4-ukers lungerehabilitering bedret pasientenes kondisjon og reduserte fatigue. Grad av fatigue før rehabilitering påvirket ikke evnen til å bedre kondisjon. Resultatene er av klinisk betydning ved at de 1) kan bidra til å trygge både pasienter og fysioterapeuter om at trening med høyere intensitet ikke forverrer fatigue mer enn tidligere anbefalt moderat intensitet. 2) Pasienter med høy grad av fatigue klarer fint å gjennomføre trening med høy intensitet og oppnå bedring av kondisjon.

››› sikt med henholdsvis lav og fraværende heterogenitet. Kvaliteten på evidensen ble gradert til lav og moderat for henholdsvis kort og lang sikt. Gjennomførbarhetsstudien viste at 71% av pasientene som avsluttet hjerterehabilitering var kvalifisert for å delta i studien. Alle inkluderte pasienter (n = 14) brukte appen i hele studieperioden og tilfredshet med teknologien var høy. Mer enn 20% av pasientene oppnådde takeffekt i flere av domene i spørreskjemaene som evaluerte livskvalitet og helsestatus. Resultatene fra gjennomførbarhetsstudien førte til endringer og dannet grunnlaget for den endelige protokollen som ble benyttet i RCT. Den randomiserte kontrollerte studien viste statistisk signifikant bedring i VO2peak, prestasjonsevne, treningsvaner og selvopplevd måloppnåelse i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontroll-gruppen ved ett-års oppfølgingen.

Konklusjon: Individuell oppfølging med en app er både gjennomførbart og effektivt for å vedlikeholde og/eller bedre fysisk form ett år etter deltagelse på hjerterehabilitering. Vår systematiske oversikt viste at det foreligger lite forskning på bruk av apper for andre livsstilssykdommer enn diabetes. For diabetes synes app-baserte intervensjoner å kunne bedre livsstil, spesielt for å redusere HbA1c. Det er imidlertid behov for mer forskning på feltet, spesielt på app-baserte intervensjoner som hensyntar kompleksiteten i etterlevelsesprosessen, langtidsetterlevelse og implementering.

GRATULERER til Elfrid Herre Staveland som fullførte sin masteroppgave «Effekt på kardiovaskulær kapasitet, kroppssammansetjing og helserelatert livskvalitet etter hjerterehabilitering» i 2020 ved Høgskulen på Vestlandet.

Sammendrag er foreløpig ikke tilgjengelig grunnet publiseringsrettigheter.

Elfrid Herre Staveland. Foto: Francesco Solbakk.

Kompetanseregister over fysioterapeuter innen vårt fagfelt

Faggruppen ønsker et kompetanseregister som kan bedre pasientbehandling og gi hver enkelt fysioterapeut mulighet til å «reklamere for seg selv», og lettere komme i kontakt med andre fagfeller. NFF er i planleggingsfasen av et nytt medlemsdatasystem og faggruppen har kommet med sine innspill. Vi ser for oss at det i tillegg til formell kompetanse hadde vært nyttig å registrere arbeidssted, faglige interesseområder, hvilke faggrupper man er medlem av, eventuelle verv i NFF, samt kontaktinformasjon. Drømmen ville vært om registeret kunne vært søkbart. For eksempel kunne man søkt og funnet fysioterapeuter som har kompetanse på «bronkiektasier» eller «EILO» for å nevne noe. En forutsetning må være at registeret er oppdatert.

Slik søker du stipend fra faggruppen

Vi tar imot søknader om stipend fra medlemmer i faggruppen. Faggruppen oppfordrer medlemmene til å søke om stipend til neste frist, 1. februar 2022.
Stipend kan tildeles i forbindelse med deltakelse på kurs, konferanse/kongress, hospitering eller liknende som bidrar til faglig utvikling og stimulering. Søker må gi en begrunnelse for nytteverdien av tiltaket.
I fbm Covid-19 pandemien utgikk mange kurs. Det er også mulig å søke støtte for deltakelse på digitale kurs.

Les mer om kriterier for tildeling av stipend fra faggruppen og finn søknadsskjema på:
http://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi/Stipend

Fagnettverk
for hjerte- og lungefysioterapeuter

Vi ønsker å utvide oversikten over faglige nettverk og samarbeid på nasjonalt og internasjonalt nivå. Kjenner du til fagnettverk for hjerte- og/eller lungefysioterapi? Flere vil kunne ha nytte av utveksling av kunnskap. Del gjerne på faggruppens Facebookside.

Faggruppens tips til aktuelle fagnettverk:

Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin
Egen nettside, Facebook
Formidler nasjonale anbefalinger for trening både forebyggende og som behandling etter en rekke ulike sykdommer.

ESC European Society of Cardiology – EAPC European Association of Preventive Cardiology
Egen nettside, Facebook
Formidler forskning og utvikler internasjonale guidelines innen opptrening og hjerterehabilitering.

Respiratory Society; ERS Respiratory Physio Group
Facebook
Privat gruppe, med over 4000 internasjonale medlemmer.

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering; Lungerehabilitering – fagnettverk HSØ
Egen nettside, Facebook
Informasjon om fagprosedyrer, ulike pasienttilbud i regionen, linker til aktuelle kurs/webinarer.

Fagnettverk for tidlig rehabilitering Helse Sør Øst
Egen nettside, Facebook
Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR), i Helse Sør-Øst, etablerte i februar 2021, med støtte fra fagråd rehabilitering, et tverrfaglig nettverk innen tidlig rehabilitering.

Facebookgruppen er åpen for alle fagpersoner som jobber med og/eller er interessert i tidlig rehabilitering på sykehus. Med «tidlig rehabilitering» menes rehabilitering på intensivpost og ordinære medisinske/kirurgiske sengeposter.

ICU Rehab / ICU Recovery Network @ icurehab
Egen nettside, Twitter og Instragram
Et internasjonalt tverrfaglig nettverk for sertifisert helsepersonell, som fokuserer på respiratoravvenning og rehabilitering under og etter innleggelse i en intensivmedisinsk sykehusavdeling. Europa-nettverket organiserer årlige konferanser.

Hvert land organiserer sine medlemmer. Spesialfysioterapeut Hilde Nesengen ved Sykehuset Østfold Kalnes er norsk administrator. Ønsker du månedlige nyhetsbrev fra ICU Rehab, meld deg på via mail til hilron@so-hf.no

Helse Vest; Regionalt nettverk innen rehabilitering av lungesyke
Facebook
Fremmer helhetlige behandlingskjeder og forbedring av pasientforløp.

Kurs og kongresser innen intensiv-, hjerte- og lungefysioterapi

Det er mange gode nasjonale og internasjonale kurs og kongresser innen fagfeltene våre. Her har vi samlet noen av dem. Ikke alle kursene har fastsatt dato ennå, derfor er ikke listen komplett. Følg med for oppdateringer over norske NFF-kurs på: https://fysio.no/Forbundsforsiden/Kurs/Kurskalender

Kurs og kongresser 2021

NOVEMBER

AARC 2021- American Association of Respiratory Care Annual Congress
6.-9. november, Phoenix, Arizona, USA
https://www.aarc.org/education/live-courses/aarc-meetings/

ICAP 2021: International Conference on Advances in Physiotherapy
11.-12. november, Roma, Italia
https://waset.org/advances-in-physiotherapy-science-conference-in-november-2022-in-rome

DESEMBER

Lungefysioterapi ved underventilering
1.-3. desember, Bikuben, Bergen
https://fysio.no/Forbundsforsiden/Kurs/Kurskalender?page=4&filter=&yearmonth=

Kurs og kongresser 2022

FEBRUAR

ICAPS015 2022: 16. International Conference on Advances in Physiotherapy Science Digital
24.-25. februar, Sydney, Australia
https://waset.org/advances-in-physiotherapy-science-conference-in-february-2022-in-sydney

MARS

Lung Science Conference 2022 - Mucosal immunology of the lung: balancing protective immunity and chronic inflammation
20th Lung Science Conference
10.-13. mars, Estoril, Portugal
https://www.ersnet.org/events/lung-science-conference-2022/

NFF - Fysioterapikongressen 2022. Fysioterapi gjennom livet – kompetanse og samhandling
15.-17. mars, Oslo
https://www.fysioterapikongressen.no/

APRIL

ESC Preventive Cardiology 2022, European Association of Preventive Cardiology (EAPC)
7.-9. april, Praha, Tsjekkia (mulig å delta digitalt)
https://www.escardio.org/Congresses-&-Events/Preventive-Cardiology/Scientific-programme

Frontiers in CardioVascular Biomedicine, 6th edition of this event
29. april - 1. mai, Budapest, Ungarn
https://www.escardio.org/Congresses-&-Events/Frontiers-in-Cardiovascular-Biomedicine

International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT- 42nd Annual Meeting & Scientific Sessions
27.-30. april, Boston, USA
https://ishlt.org/ishlt2022

ICU 18th Annual Critical Care Symposium 2022
28.- 29. april, Westminster Park Plaza, London, England
https://healthmanagement.org/c/icu/event/18th-annual-critical-care-symposium-2022

MAI

The American Thoracic Society - ATS 2022
13.-18. mai, San Francisco, California, USA
https://conference.thoracic.org/

American Association Respiratory Care - ACSM 69th Annual Meeting & World Congress
31. mai-4. juni, San Diego, California, USA
https://www.acsm.org/annual-meeting/program/exercise-is-medicine

JUNI

45th European Cystic Fibrosis Conference
8.-11. Juni, Rotterdam, Nederland
https://www.ecfs.eu/rotterdam2022

SEPTEMBER

European Respiratory Society - ERS International Congress 2022
3.-7. september, FIRA Barcelona Gran Via, Spania-
https://www.ersnet.org/congress-and-events/congress/

NOVEMBER

ICAPS015 2022: 16. International Conference on Advances in Physiotherapy Science
11.-12. november, Roma, Italia
https://waset.org/advances-in-physiotherapy-science-conference-in-november-2022-in-rome

Kurs og kongresser 2023

The World Congress 2023
1.-4. juni 2023, Tokyo, Japan
https://world.physio/congress

Husk at du kan søke stipend

Les mer om kriterier for tildeling av stipend fra faggruppen og finn søknadsskjema på:

http://fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi/Stipend

Norges viktigste møteplass for fysioterapeuter

Gullsponsorer:

AlfaCare physica

Meld deg på: www.fysioterapikongressen.no

Plenumssesjoner, parallellsesjoner, workshops, frie foredrag og posterpresentasjoner

Norsk fysioterapeutforbunds faggruppe for hjerte- og lungefysioterapi

Styret 2020

Leder: Frederikke Tonnaer Liseth
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
Mailadresse: hjerteoglunge@fysio.no

Sekretær: Lina Krohg
Arbeidssted: Sørlandet Sykehus Kristiansand
Mailadresse: lina.krohg@sshf.no

Kasserer: Stine Henrikke Monsen
Arbeidssted: Oslo universitetssykehus, Ullevål
Mailadresse: stine.h.monsen@gmail.com

Redaktør: Cecilie Straumann Botn
Arbeidssted: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet
Mailadresse: cecstr@ous-hf.no

Webansvarlig: Anne Gro Trygsland
Arbeidssted: LHL- klinikken Bergen
Mailadresse: Anne.Gro.Trygsland@lhl.no

Nestleder: Heidi A. Bunæs-Næss
Arbeidssted: Oslo universitetssykehus, Ullevål
Mailadresse: uxbunh@ous-hf.no

Seminaransvarlig: Marjon Van Weele
Arbeidssted: Arendal kommune
Mailadresse: marjonvweele@hotmail.com

www.fysio.no/Forbundsforsiden/Organisasjon/Faggrupper/Hjerte-og-lungefysioterapi

NOISSN 0016-3384
Returadresse:
Norsk Fysioterapeutforbund
Postboks 147, Sentrum
N – 0102 Oslo