

I 2019 mottok 33 pasienter et rehabiliteringstilbud innen ytelsen **KOLS og andre luftveissykdommer** ved Valnesfjord Helseportssenter (VHSS). Denne oversikten gir en fremstilling av data fra selvrapporterte kartleggingsskjemaer (EQ-5D-5L og COPD Assessment Test), samt resultater fra fysiske tester i 2019. For COPD Assessment Test (CAT) har vi data fra og med 2017, mens for EQ-5D-5L kun fra 2019. Pasientene som samtykker får også tilsendt spørreskjema 2- og 6 måneder etter endt rehabilitering, men grunnet at vi foreløpig har lite data fra oppfølgings skjemaer har vi valgt å vente med presentasjon av disse til neste år.

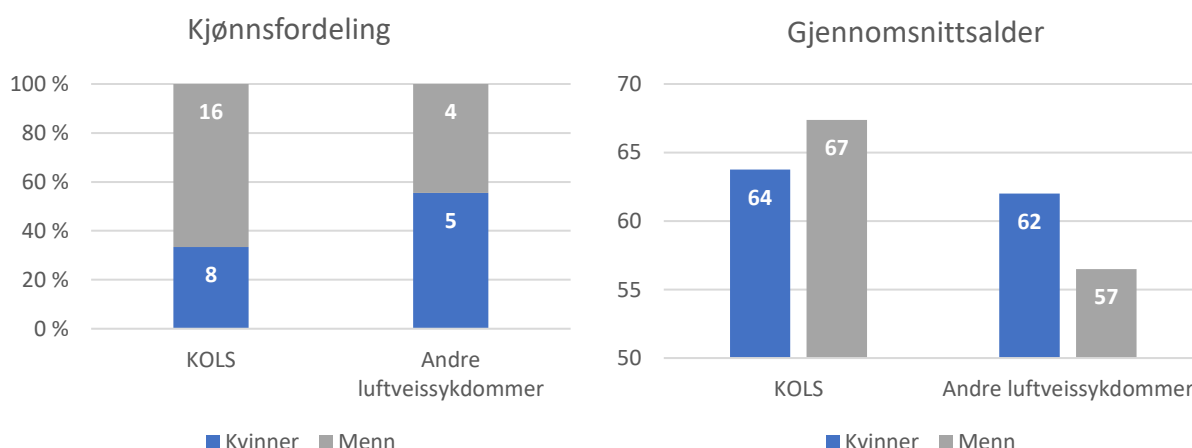
Kun pasienter som har besvart skjema ved både oppstart og avreise er blitt inkludert i analysene. Alle besvarelser er anonymisert.

Informasjon om rehabiliteringstilbudet for personer med KOLS og luftveissykdommer finner du på [vår hjemmeside](#).

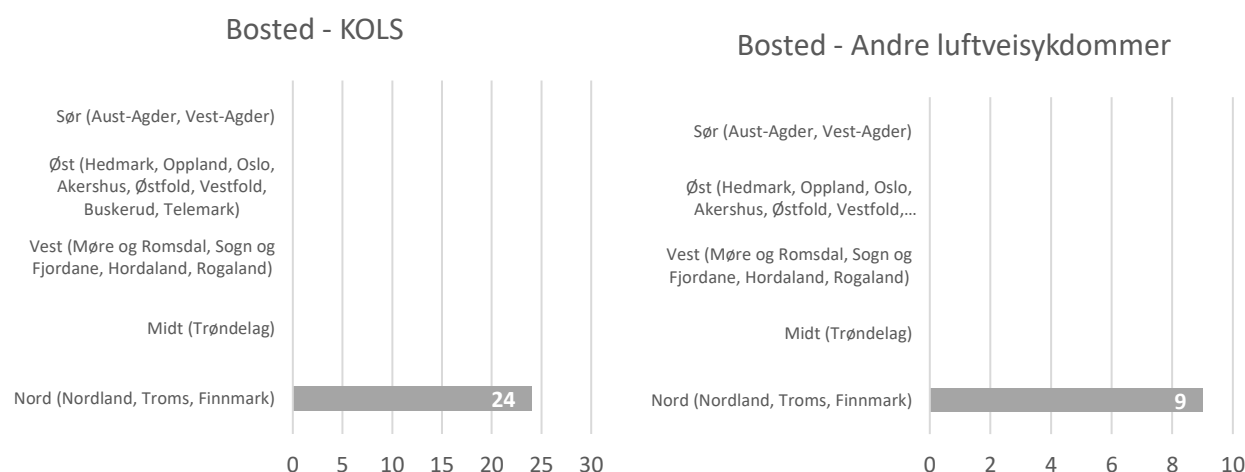
Demografiske data - oversikt

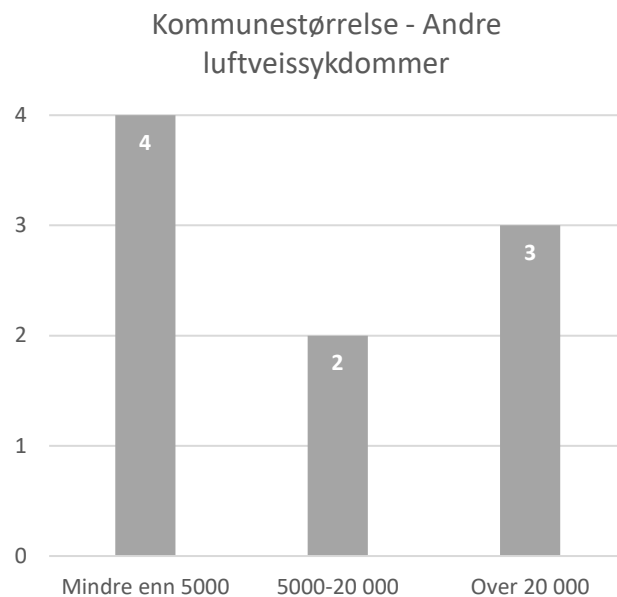
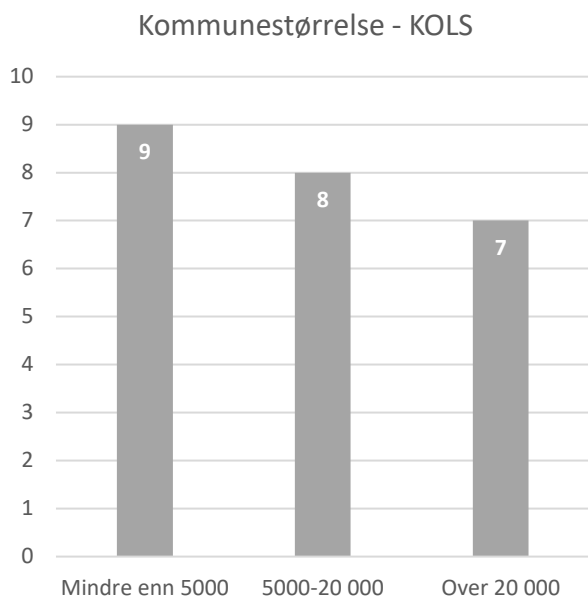
Grafene i dette avsnittet gir en fremstilling av demografiske kjennetegn for hele utvalget av respondenter med KOLS (N = 24) og andre luftveissykdommer (N = 9) ved oppstart av rehabiliteringsforløpet, blant annet hvordan fordelingen av utvalget ser ut med hensyn til kjønn, alder og bosted. Oversikten omfatter alle som mottok et tilbud innen denne ytelsen i 2019.

Kjønn- og aldersfordeling

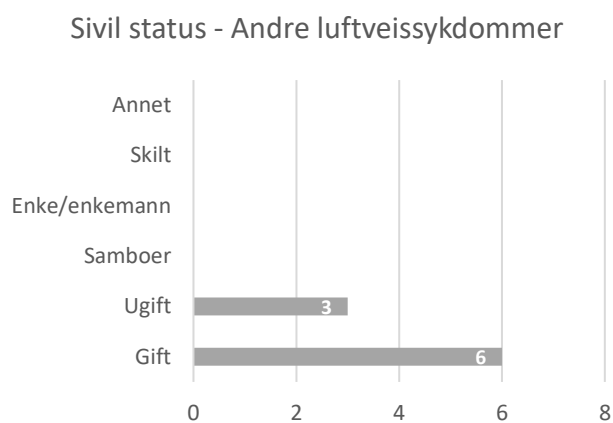
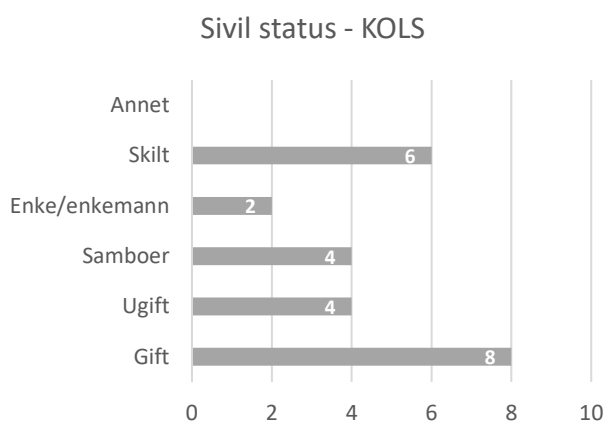


Bosted oversikt

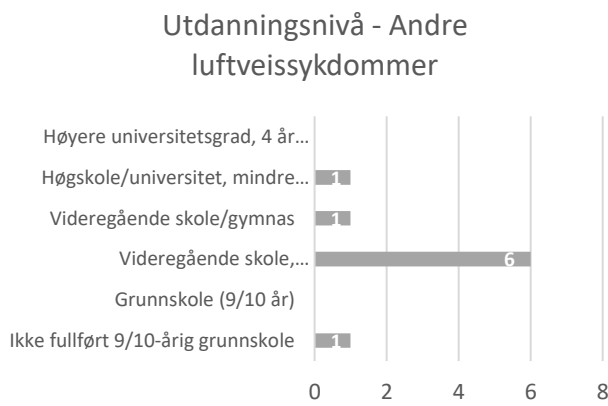
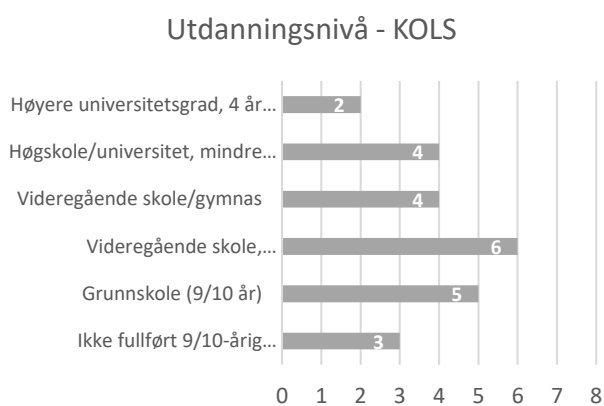




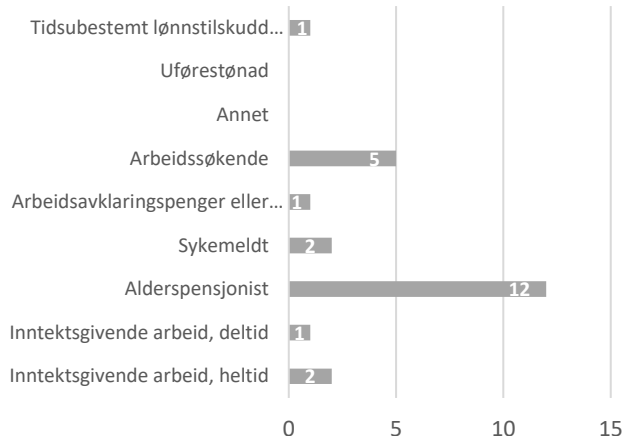
Sivil status



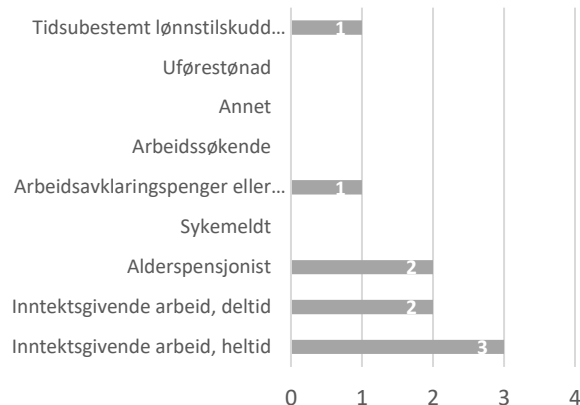
Arbeid og utdanning



Arbeids- og stønadssituasjon - KOLS



Arbeids- og stønadssituasjon - Andre luftveissykdommer



Resultater fra oppstart til avreise

I denne delen presenteres en oversikt over resultater som beskriver endringer fra oppstart av rehabiliteringen til hjemreise.

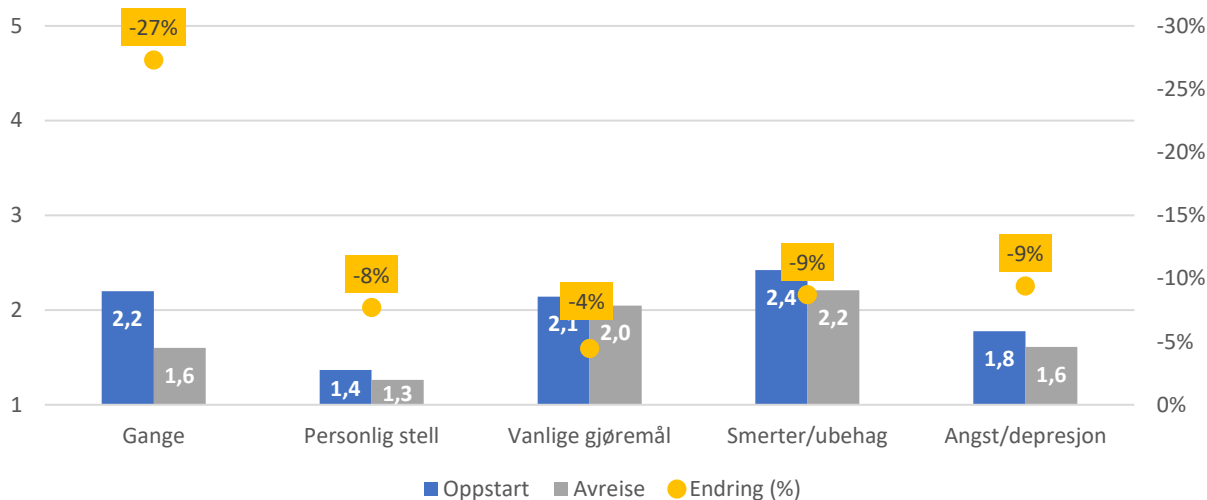
EQ-5D-5L

EQ-5D-5L er et generisk (diagnose-uavhengig og preferansebasert) spørreskjema som måler helserelatert livskvalitet. Skjemaet tar for seg 5 ulike områder (spørsmål) som spør hvordan pasientene opplever sin helse knyttet til mobilitet (gange), personlig stell, daglige aktiviteter, smerter/ubehag og til slutt angst/depresjon. Hvert av spørsmålene har 5 svaralternativer (1-5 skala), hvor 1 representerer best helse/minst problemer, og 5 dårligst helse/størst problemer. I tillegg til de 5 områdene spørres det også om hvordan pasientene, alt i alt, opplever sin egen helse i dag. Dette gjøres ved hjelp av EQ VAS skala, som er en skala fra 0-100, hvor 100 representerer best tenkelig helse og 0 er verst tenkelig helse.

Kun de som har besvart både oppstart- og avreiseskjema er inkludert i oversikten.

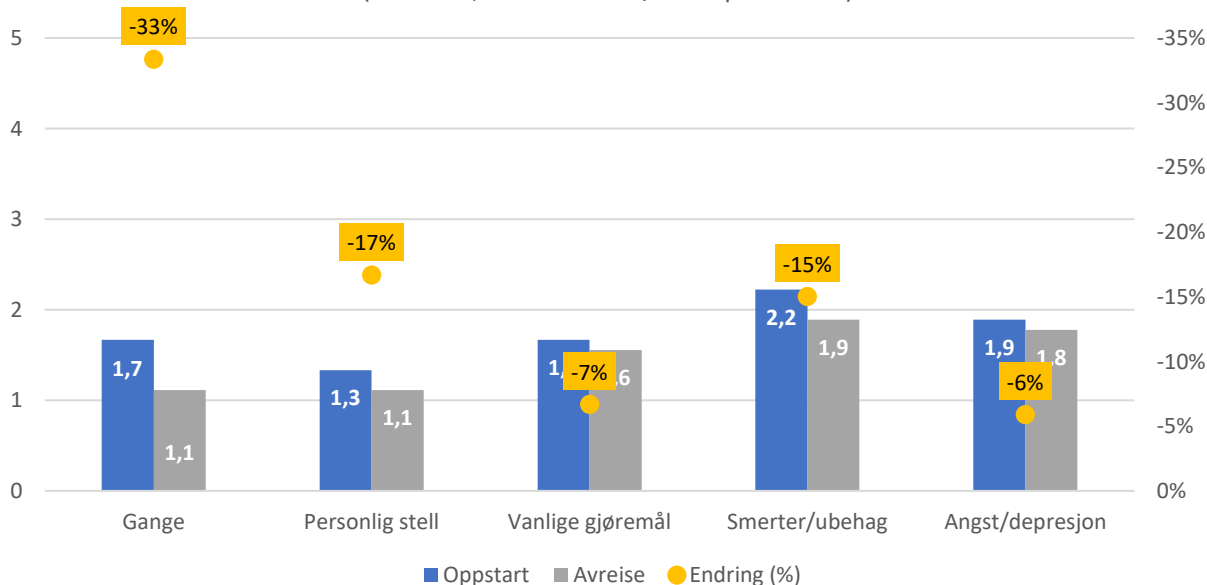
Figuren øverst på neste side viser endring i gjennomsnittlig score på EQ-5D-5L fra oppstart til avreise for pasienter med KOLS som har svart på skjemaet ved begge måletidspunktene (N = 18-21). Det er en positiv endring på alle områder, men det området som skiller seg klart mest ut er mobilitet (gange). Her er gjennomsnittlig score på hele 27% lavere ved avreise sammenlignet med oppstart.

Gjennomsnittsscore EQ-5D-5L - KOLS
Endring fra oppstart til avreise
(Skala 1-5, hvor 1 er best/minst problemer)



Om vi ser på utvalget blant pasientene med andre luftveissykdommer (N = 9) er tendensen noe den samme (se figur nedenfor). Området mobilitet (gange) skiller seg klart ut med en reduksjon i gjennomsnittlig score på 33%. I tillegg er det en relativ stor endring på områdene «personlig stell» og «smerter/ubehag», med henholdsvis 17% og 15% reduksjon i gjennomsnittlig score. Det er verdt å nevne at utvalgsstørrelsen her er liten!

Gjennomsnittsscore EQ-5D-5L - Andre luftveissykdommer
Endring fra oppstart til avreise
(Skala 1-5, hvor 1 er best/minst problemer)



Om COPD Assessment Test (CAT)

CAT er et kartleggingsverktøy som gjør det mulig å tallfeste påvirkningen KOLS har på pasientenes helse. Kartleggingen inneholder 8 elementer som til sammen omfatter et bredt spekter av kjente symptomer for pasienter med KOLS. Hvert av elementene har scorealternativer fra 0-5, hvor 0 er fravær av symptomer og 5 er høy grad av symptombelastning. Totalscore for CAT kan følgelig være mellom 0 og 40 når hele kartleggingen er utfylt.

CAT er utviklet for å gi et enkelt og pålitelig mål på helse relatert livskvalitet ved KOLS og for å hjelpe helsepersonell og pasient med å måle hvilken innvirkning KOLS har på pasientens helse. Skjemaet er validert har vist seg å være sensitivt for endring og behandling¹.

Pasientene fyller selv ut CAT ved oppstart av rehabiliteringsoppholdet og før avreise. Resultatene benyttes først og fremst klinisk i kartlegging og oppfølging av den enkelte under oppholdet. Den enkeltes totalscore kan klassifiseres ut fra en tabell som angir noen grenseverdier for grad av påvirkning av sykdommen (se Tabell 1). En endring i 2 enheter eller mer på individnivå er anslått å indikere en klinisk betydelig endring i helsetilstand hos den enkelte (www.catesonline.org).

I denne oversikten presenteres imidlertid kun resultater av kartleggingen på gruppenivå.

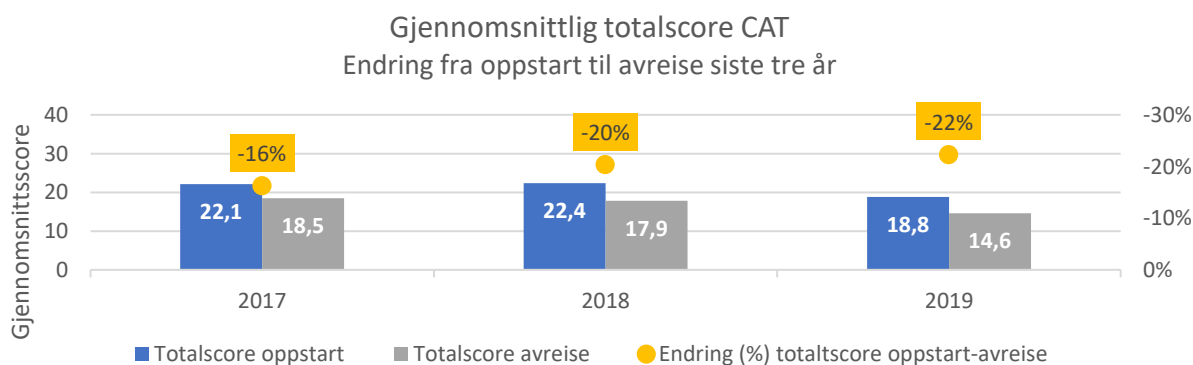
CAT totalscore	<5	<10	10-20	>20	>30
Påvirkningsgrad (symptomnivå)	Ingen	Lavt	Medium	Høy	Meget høy

Tabell 1: CAT-score og grad av påvirkning av sykdommen (Kilde: [catesonline.org](http://www.catesonline.org))

Resultater fra CAT (2017-2019)

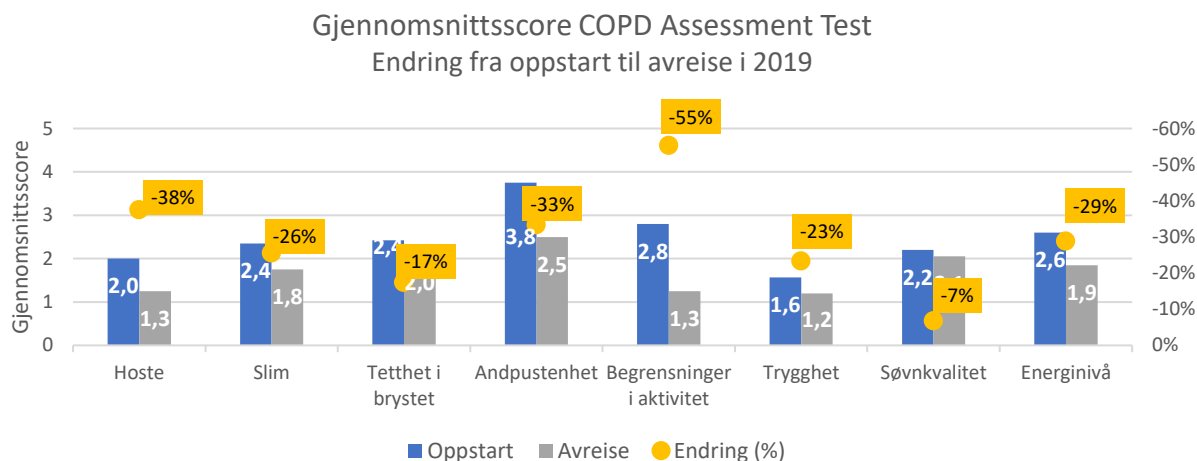
Et rehabiliteringsopphold for pasienter med KOLS og andre lungesykdommer varer omtrent i 3 uker. Tidsrommet mellom utfylling ved oppstart og avreise er derfor relativt kort med tanke på å påvirke symptomene av KOLS. Vi synes likevel det er interessant å undersøke i hvilken grad- og hvilke symptomer som påvirkes som følge av rehabiliteringsoppholdet.

Figuren under viser endring i gjennomsnittlig totalscore på CAT fra oppstart til avreise hos pasienter i 2017 (N = 29), 2018 (N = 20) og 2019 (N = 21). I 2017 og 2018 ser man at symptomnivået ved oppstart i gjennomsnitt var noe høyere (>20) enn i 2019 (<20). Samtidig er endringen i gjennomsnittsscore fra oppstart til avreise større i 2019 (-22%) sammenlignet med både 2018 (-20%) og 2017 (-16%). Alt i alt ser det ut som om symptomnivået hos pasienter med KOLS reduseres i løpet av rehabiliteringsoppholdet, og endringen synes å være større der hvor symptomnivået er middels (<20) ved oppstart sammenlignet med der hvor symptomnivået er høyt (>20) ved oppstart.

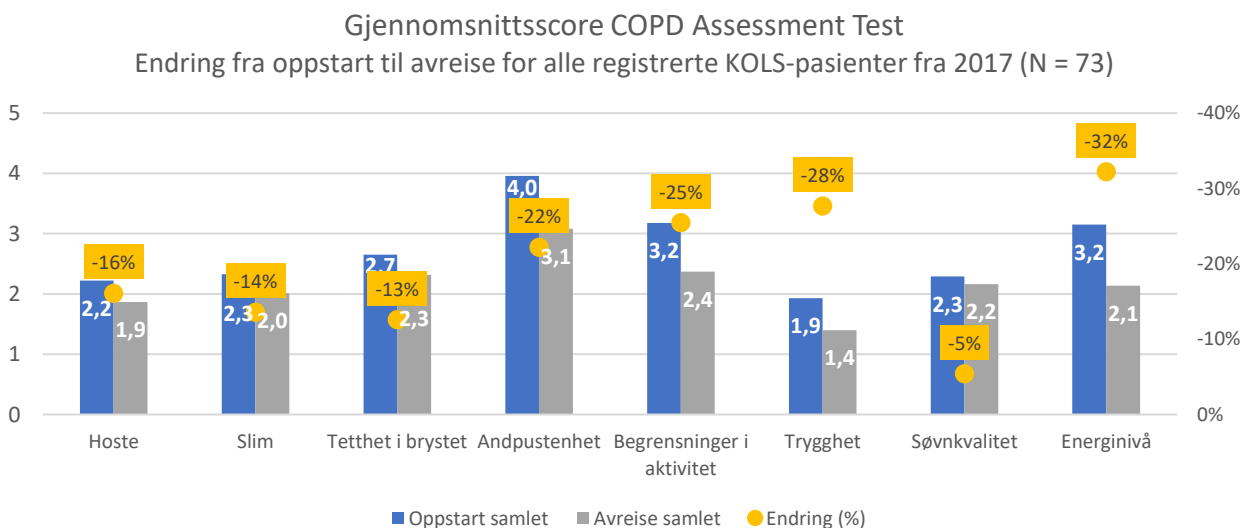


¹ <http://www.catesonline.org> (15.02.2019)

Dersom vi ser på hvordan gjennomsnittsscore på de ulike områdene i kartleggingen endret seg mellom oppstart og avreise for pasienter i 2019 (N = 20) er det en positiv endring på alle områder. Den største bedringen er å finne på «Begrensninger i aktiviteter som gjøres hjemme», med hele 55% reduksjon (Figur 4). Også «Grad av hoste» (-38%), «Grad av andpustenhet» (-33%) og «Energivivå» (-29%) hadde en betydelig positiv endring i gjennomsnittsscore fra oppstart til avreise i 2019.



Figuren under viser endring i gjennomsnittlig score fra oppstart til avreise for de ulike områdene for alle registrerte KOLS-pasienter siden 2017, noe som gir et mer robust bilde (større utvalg). Også her sees en lavere gjennomsnittsscore på alle spørsmål ved avreise sammenlignet med oppstart, noe som indikerer en positiv utvikling med tanke på symptom bildet for utvalget samlet. «Energivivå» (-32%), «Følelse av trygghet når de går ut» (-28%) og «Begrensninger i aktiviteter som gjøres hjemme» (-25%) er de tre områdene med størst endring i gjennomsnittlig score fra oppstart til avreise.



Fysiske tester

Under rehabiliteringsoppholdene for voksne gjennomføres det som regel en eller flere fysiske tester for å kartlegge fysisk kapasitet og funksjon hos den enkelte. Testene gjennomføres både ved oppstart og avreise, slik at det er mulig å måle endring, og dermed utbytte av rehabiliteringen når det gjelder fysisk kapasitet.

Valg av fysiske tester gjøres på bakgrunn av en faglig vurdering i det tverrfaglige teamet rundt pasientene, og baseres blant annet på funksjonsnivå og den enkeltes mål for rehabiliteringen.

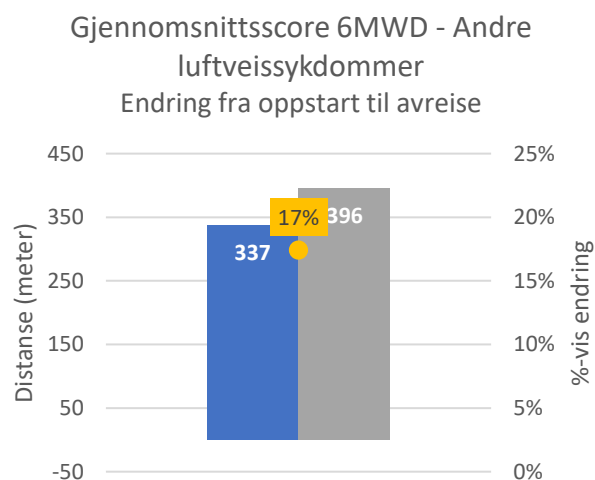
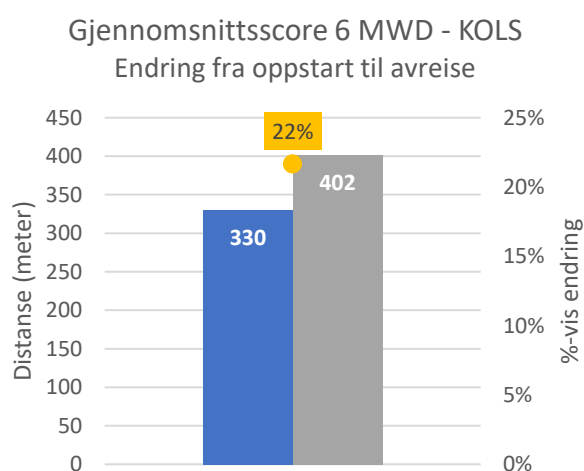
Hos pasienter med KOLS og andre luftveissykdommer teste vanligvis **aerob kapasitet** ved hjelp av en *6 minutters gangtest (6MWD)*, hvor man undersøker hvor lang distanse pasientene klarer å gå på en oppmerket bane (frem og tilbake) i løpet av 6 minutter. Gangdistansen registreres som resultat.

I tillegg gjennomføres en **test av maksimal beinstyrke** (1RM²) i beinpress-apparat, hvor antall kg (beste resultat av 3-5 forsøk) registreres.

6 minutters gangtest (6MWD)

Av de som har gjennomført 6 minutters gangtest i 2019 er utvalget relativt lite både for KOLS (N = 10) og Andre luftveissykdommer (N = 3), noe som gjør resultatene usikre. Vi har likevel valgt å ta med en oversikt for å vise hvordan tendensen ser ut for de to ulike gruppene.

Som vi ser av figurene under er endringen i gjennomsnittlig gangdistanse fra oppstart til avreise relativt lik for pasienter med KOLS (22%) og de med Andre luftveissykdommer (17%). Tendensen for begge grupper er at pasientene er i stand til å tilbakelegge en lengre gangdistanse ved rehabiliteringsoppholdets slutt, sammenlignet med oppstart.



For å konkludere med en betydelig forverring eller forbedring i gangkapasitet ved 6 minutters gangtest bør det imidlertid være en endring på minimum 50 meter³. **Blant KOLS-pasientene var det 7 av 10 (70 %) som hadde en økning på ≥50 meter på re-test ved avreise sammenlignet med første test ved oppstart, mens det ikke var noen blant Andre luftveissykdommer.**

² 1RM står for «en repetisjon maksimum», det vil si det tyngste en person klarer å løfte en gang. 1RM kalles gjerne for maksimal styrke.

³ Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I. Health-related physical fitness measures: Reference values and reference equations for use in clinical practice, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2014.

Test av maksimal beinstyrke (1RM beinpress)

Når vi ser på test av maksimal beinstyrke (1RM) er endringen fra oppstart til avreise også her ganske lik mellom gruppen av pasienter med KOLS (N = 14) og de med Andre luftveissykdommer (N = 7).

Figurene under viser at KOLS-gruppen i gjennomsnitt klarer noe lavere belastning både ved oppstart og avreise, men at endringen (16%) er noe større sammenlignet med gruppen med Andre luftveissykdommer (14%). Tendensen er likevel at beinstyrken ser ut til å økes i løpet av rehabiliteringsoppholdet for begge gruppene, noe som er et positiv utvikling.

