

En oppsummering av kunnskap

Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer

Jim Skarli



Forskning viser at personer med nevrologiske tilstander ofte har sammensatte behov, noe som styrker forståelsen av at personer i målgruppen har behov for tverrfaglig tilnærming og individuelle tilpasninger.

En oppsummering av kunnskap

Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer

Jim Skarli



Forskning viser at personer med nevrologiske tilstander ofte har sammensatte behov, noe som styrker forståelsen av at personer i målgruppen har behov for tverrfaglig tilnærming og individuelle tilpasninger.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeid knyttet til ulike emner. Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Dreamstime.com

Tittel på oppsummeringen: Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer

Emne: Neurologiske tilstander

Delemne: Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer

Forfattere: Jim Skarli

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, øst

Emneredaktør: Jim Skarli

Kontaktperson (er): Jim Skarli

Oppsummering nr 9

Februar 2018

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-083-0

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHold

SAMMENDRAG	7
ABSTRACT IN ENGLISH	9
INNLEDNING	11
1.1 Formål og problemstilling	11
1.2 Bakgrunn	11
1.3 Rammer og avgrensning	11
1.4 Nytteverdi	12
1.5 Politisk og faglig sammenheng	12
METODISK TILNÆRMING OG SØKESTRATEGIER	15
2.1 Forståelsen av forskning og utviklingsarbeid	17
2.2 Analyse og prosess	17
2.3 Ekspertgruppens rolle	18
OFFENTLIGE DOKUMENTER, LOVER OG FORSKRIFTER	19
FORSKNING	25
4.1 Om hjernens plastisitet	25
4.2 Sammensatte behov	26
4.3 Fysisk aktivitet og effekt av tilbudene	26
4.4 Tjenesteutforming og brukerbehov	28
4.5 Oppsummering av forskningen	30
UTVIKLINGSARBEID OG PROSJEKT- ERFARINGER FRA KOMMUNER	31
5.1 Masteroppgaver	31
5.2 Kommunale prosjekterfaringer	33
5.2.1 Overordnet beskrivelse av de kommunale utviklingsprosjektene	33
5.2.2 Videre disposisjon	34
5.3 Suksesskriterier – generelle erfaringsbaserte tips for å lykkes med tilbudet	34
5.3.1 Ledelsesforankring	35
5.4 Målsetning med tilbudet	35
5.5 Målgruppe	36
5.5.1 Homogene eller heterogene grupper?	36
5.5.2 Diagnose og funksjonsnivå	37
5.5.3 Kognitive vansker	37
5.5.4 Krav om henvisning?	38
5.5.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	38
5.6 Trening, mestring og aktivitet	40
5.6.1 Et tilpasset tilbud	40
5.6.2 Mestring	42
5.6.3 Aktivitetstilbud	43
5.7 Rekruttering og forhold til andre tjenester	43
5.7.1 Kanaler og arenaer for rekruttering	44

5.7.2	Kommunikasjon og rekruttering	45
5.7.3	Profilering og informasjonsspredning	45
5.7.4	Kartleggingssamtale	45
5.7.5	Hjemmebesøk	46
5.8	Kompetanse	46
5.8.1	Kompetanse/verktøy	46
5.8.2	Tverrfaglighet	47
5.8.3	Faggrupper og profesjoner	47
5.8.4	Faglige tilnærminger og verktøy	48
5.8.5	Utviklingsfase og kompetanse	48
5.9	Organisering	48
5.9.1	Lokaler og utstyr	48
5.9.2	Transport og logistikk	49
5.10	Samarbeid og partnerskap	50
5.10.1	Internt i kommunen	50
5.10.2	Frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre	51
5.10.3	Brukerorganisasjoner	52
5.10.4	Offentlig/privat samarbeid (OPS)	52
5.10.5	Interkommunalt samarbeid	52
5.10.6	Frivillighet	53
5.10.7	Pårørende	53
5.11	Evaluering, avslutning og overgang til ordinær drift	53
5.11.1	Evaluering av tilbud og prosjektprosess	54
5.11.2	Evaluering av nytte for brukerne	54
5.11.3	Implementering og overgang til ordinær drift	55
	KONKLUSJON	57
6.1	Behov for tilføring av kunnskap	57
	REFERANSER	59

SAMMENDRAG

Denne oppsummeringen inkluderer offentlige styringsdokumenter og lovverk, forskning, kommunale utviklingsprosjekter og andre verktøy og ressurser. Formålet med oppsummeringen er å identifisere, samle og presentere praktisk kunnskap om etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålgruppen er beslutningstagere, ledere og ansatte i kommunene, som ønsker å etablere denne type tilbud. Følgende hovedspørsmål ligger til grunn:

- Hvilken praktisk kunnskap er av særlig betydning for kommuner som har etablert eller ønsker å etablere dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader eller sykdommer?

KOMMUNALE ERFARINGER OG VARIERENDE FORSKNINGSEVIDENS

Oppsummeringen illustrerer at det er gjennomført relativt mange studier som omhandler effekter av trening og aktivitet for brukergruppen. Noen neurologiske tilstander er særlig representert i denne sammenheng, spesielt Parkinsons sykdom og hjerneslag. Positive effekter av trening og aktivitetstilbud for disse gruppene synes godt dokumentert. Forskningen viser også at personer i denne målgruppen ofte har sammensatte behov, noe som kan inkludere kognitive og emosjonelle utfall, samt psykiatriske symptomer som angst og depresjon. Dette styrker forståelsen av at personer med neurologiske tilstander har behov for tverrfaglig tilnærming og individuelle tilpasninger i tjenestene. Det er også funnet forskning som omhandler etablering, organisering og gjennomføring av slike tilbud som er gjenstand for denne oppsummeringen, men det er få resultater på dette området.

Kommunale utviklingsprosjekter illustrerer at det er mange aktuelle problemstillinger det må tas stilling til ved etablering av tilbud til målgruppen. Disse erfaringene representerer nyttig kunnskap for andre kommuner som ønsker å etablere denne typen tilbud. Mange av problemstillingene som erfaringsmessig dukker opp er av praktisk art og relatert til tematikk som logistikk, transport og lokaler. Samtidig tydeliggjør utviklingsprosjektene også heterogeniteten innad i denne brukergruppen og hvordan dette blant annet har følger for behovet for tilføring av (spesialisert) kompetanse ved etablering av tilbud til brukergruppen.

BEHOV FOR TILFØRING AV KUNNSKAP

På bakgrunn av denne oppsummeringen synliggjøres det flere områder hvor det er behov for ytterligere kunnskapstilføring:

- Utviklingsprosjektene i kommunene rapporterer ofte positive resultater relatert til for eksempel bedret funksjonsnivå og brukertilfredshet. Samtidig mangler det større og mer systematiske undersøkelser av denne type data. Det underbygges av at det er funnet få forskningsstudier som omhandler etablering, organisering og gjennomføring av slike tilbud som er gjenstand for denne oppsummeringen.

- Det er behov for forskning på brukergruppen over tid. Hvordan utvikler brukerbehovene seg med og uten tilbud? Hvilken effekt har senrehabilitering og lærings- og mestringstilbud på gruppen over tid? I hvilken grad klarer kommunene som har igangsatt tilbud å videreføre disse?
- Det synes å være et behov for tilføring av kunnskap om brukermedvirkning i tjenesteutformingen. Dette kanskje spesielt på individnivå, i tråd med det identifiserte behovet for individuelt tilpassede tjenester. Tilbudenes betydning for pårørende er et annet område som forstås som lite dokumentert.
- Kunnskapsoppsummeringen synliggjør at kommunene ofte har behov for tverrfaglig kompetanse relatert til brukergruppen. Bruken av tverrfaglige team og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten på dette feltet er en annen tematikk hvor økt kunnskap hadde vært ønskelig.

ABSTRACT IN ENGLISH

This summary consists of public documents and laws, research, development projects and other tools and resources. The purpose of the summary is to identify, gather and present practical knowledge about the establishment and implementation of day care, activity and training services for persons with neurological disorders and diseases in the municipal health and care services. The main target group is decision makers, managers and employees in the municipalities who wish to establish this type of services. The following main question is in focus:

What practical knowledge is of particular importance to municipalities that have established or wish to establish day care, activity and training services for people with neurological disorders or diseases?

MUNICIPAL EXPERIENCE AND VARIED RESEARCH EVIDENCE

The summary illustrates that there have been conducted relatively many studies regarding the effects of exercise and activity for the user group. Some neurological conditions are represented especially often in this research, i.e. Parkinson's disease and stroke. Positive effects of exercise and activity for these groups seem well documented. Research also shows that people in this target group often have complex needs, which can often include cognitive and emotional manifestations, as well as psychiatric symptoms such as anxiety and depression. This reinforces the understanding that persons with neurological conditions need an interdisciplinary approach and individual adaptations in the services. There has also been found research on the establishment, organization and implementation of such services that are the subject of this summary, but there are few results in this field.

Municipal development projects illustrate that many relevant issues need to be considered when establishing services to the target group. These experiences represent useful knowledge for other municipalities who wish to establish this type of services. Many of the issues that emerge from experience are of a practical nature and related to themes such as logistics, transportation and premises. At the same time, the development projects also highlight the heterogeneity within this user group and how this can affect the need for new and more (specialized) expertise when establishing such services.

NEED FOR KNOWLEDGE

Based on this summary, there are several areas where there is a need for further knowledge:

- development projects in the municipalities often report positive results, both related to improved function and user satisfaction. At the same time, larger and more systematic investigations of this type of data are missing. This is supported by the fact that few research studies have been found on the establishment, organization and implementation of such services that are the subject of this summary.

- there is a need for research on the user group over time. How do the user needs develop with and without services? What effect do services have on the group over time? To what extent do the municipalities that have initiated the establishment of services, succeed in continuing these?
- there seems to be a need for more knowledge about user involvement in the service design. This especially apply at individual level, in line with the identified need for personalized services. The importance of the services for relatives is another area that is perceived to be weakly documented.
- the municipalities often need multidisciplinary expertise related to the user group. The use of interdisciplinary teams and cooperation between specialist and municipal health services in this field is another theme where increased knowledge would could be useful..

INNLEDNING

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap som omhandler etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med denne publikasjonen er å identifisere, samle og presentere praktisk kunnskap for å gi grunnlag for spredning og implementering av slike tilbud i andre kommuner. Oppsummeringen er bygget rundt erfaringer fra utviklingsarbeid i norske kommuner, i tillegg til relevant forskning. Det gis også en oversikt over overordnede politiske dokumenter som er førende for den aktuelle tematikken. Formålet er å presentere *praktisk anvendbar kunnskap* om slike tilbud. Hovedmålgruppen er beslutningstagere, ledere og ansatte i kommunene, som ønsker å etablere denne type tilbud. Men også brukere og pårørende vil kunne finne oppsummeringen nyttig. Følgende hovedspørsmål har ligget til grunn:

Hvilken praktisk kunnskap er av særlig betydning for kommuner som har etablert eller ønsker å etablere dag-, aktivitets-, eller treningstilbud til personer med nevrologiske skader eller sykdommer?

1.2 BAKGRUNN

Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c) hadde i tidsperioden 2012–2015 to 3-årige utviklingsprogram rettet mot personer med nevrologiske sykdommer eller skader, hvorav et program for dag- og aktivitetstilbud og et program for tilpasset treningstilbud. På bakgrunn av prosjekterfaringer fra disse programmene har Senter for omsorgsforskning på oppdrag fra, og i samarbeid med Helsedirektoratet, utviklet innhold til en veiviser for etablering og gjennomføring av slike tilbud. Dette arbeidet har ligget til grunn ved utarbeiding av denne kunnskapsoppsummeringen. Veiviseren finnes på nettsiden www.nevronett.no.

1.3 RAMMER OG AVGRENSNING

Nevrologiske skader og sykdommer omfatter både medfødte og ervervede tilstander, og fører ofte til svekkelse av funksjoner på flere områder. De hyppigst forekommende nevrologiske skadene og sykdommene blant omsorgstjenestens brukere er Multippel sklerose (MS), Cerebral parese (CP), Parkinsons sykdom, hjerneslag og epilepsi. Flere av sykdommene gir store funksjonsnedsettelse. Det er likevel stor variasjon mellom sykdommene og skadene med hensyn til berørte funksjoner og omfanget av slike nedsettelse. Livet med nevrologisk skade eller sykdom avhenger ikke bare av omfanget av funksjonsnedsettelse, men også av utforming av miljøet og samfunnet rundt (Helsedirektoratet, 2011).

Oppsummeringen omhandler *utforming av kommunale tjenester til personer med nevrologiske skader og sykdommer*, tilsvarende målgruppen som omhandles i Nevroplan 2015.

Nevrologiske skader og sykdommer forstås som skader og sykdommer i det sentrale nervesystem (hjernen og ryggmargen) og i det perifere nervesystem (alle de av kroppens nerver som ligger utenfor hjernen og ryggmargen). Også enkelte muskelsykdommer faller inn under definisjonen (Den norske legeförening, 2007). Oppsummeringen er således i hovedsak avgrenset til å omfatte publikasjoner som er rettet mot tilbud til denne gruppen. Dette betyr for eksempel at det er avgrenset mot målgruppen for Demensplan 2020. Videre er også oppsummeringen avgrenset mot litteratur som først og fremst omhandler behandling eller organisering i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis rehabiliterings- eller slagenheter ved sykehus. Det påpekes i denne sammenheng at det kan være uklare skiller mellom både de ulike plandokumentene og de ulike behandlingsnivåene. Det er derfor lagt en pragmatisk tilnærming til grunn ved vurdering i slike tilfeller: Hvis publikasjonene forstås å ha praktisk verdi for etablering og gjennomføring av relevante tilbud til personer med nevrologiske tilstander i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har de blitt inkludert i denne oppsummeringen.

1.4 NYTTEVERDI

Personer med nevrologiske skader og sykdommer har ofte et sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. For helsetjenesten generelt, og omsorgstjenesten spesielt, kan det innebære utfordringer å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede for denne brukergruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

Nyere forskning viser at hjernen er plastisk, det vil si at den kan endre seg etter en skade, og til stadighet endres i interaksjon med omverdenen. Det er vist at målrettet trening, etter for eksempel hjerneslag, bør starte så fort som mulig, ha tilstrekkelig mengde, intensitet, og varighet (Dietrich, 2007; Nelles, 2004). I Nevroplan 2015 påpekes det at med basis i kunnskapen om plastisitet, bør tjenestene legges opp i samsvar med betydningen av rehabilitering og kontinuerlig trening for å gjenvinne eller beholde viktige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Ny kunnskap om effekt av fysisk aktivitet og trening viser at det bør etableres tilgjengelige og tilpassede treningstilbud for personer med nevrologiske skader og sykdommer. Videre understrekes det at dagtilbud til yngre kronisk syke og personer med funksjonsnedsettelse er viktig. Dagtilbud kan gi mulighet til å leve et mer aktivt liv ut fra egne forutsetninger, delta i kulturell og sosial aktivitet og ha en mer meningsfull hverdag. Dagaktivitetstilbud kan også i mange tilfeller gi pårørende nødvendig avlastning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

1.5 POLITISK OG FAGLIG SAMMENHENG

Nevroplan 2015 er en delplan under Omsorgsplan 2015, forankret i Stortingsmelding 25, Mestring, muligheter og mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006a). Planen omfatter alle brukere med nevrologiske skader og sykdommer som mottar kommunale omsorgstjenester etter den kommunale helse- og omsorgslovgivningen.

Bakgrunnen for planen var at kommunene de siste tiårene har fått tilført svært mange nye oppgaver, og har måttet utvikle tjenester til brukergrupper som spesialisthelsetjenesten tidligere hadde ansvar for, eller som hadde et svært begrenset offentlig tjenestetilbud. Nesten halvparten av de yngre brukerne mottar omsorgstjenester i kombinasjon med andre tjenester (T. I. Romøren, 2001). Helsemessig består gruppen tjenestemottakere under 67 år av to store og to mindre grupper (T. I. Romøren, 2006).

Den største er mennesker som har én av mange ulike somatiske lidelser (39 prosent), og blant disse dominerer nevrologiske tilstander som MS, hjerneslag og hode- og ryggskader. Det anslås at om lag 110 000–150 000 personer i Norge har en nevrologisk skade eller sykdom, isolert eller som en del av en annen sykdom. Det er stor variasjon mellom sykdommene og skadene med hensyn til berørte funksjoner og omfanget av funksjonsnedsettelsene. Mye av veksten i de kommunale utgiftene de senere årene er knyttet til økningen i antall yngre brukere generelt, og personer med nevrologiske skader og sykdommer spesielt. Fra midten av 1990-tallet og frem til midten av 2000-tallet ble antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten nærmest fordoblet. Denne utviklingen kunne knyttes til tre forhold: endrede behov, endret etterspørsel og endrede tilbud (T. I. Romøren, 2006). Utviklingen fremover vil kreve økt kompetansenivå og større faglig bredde med blant annet vekt på rehabilitering, opptrening og aktiv omsorg. Statens Helsetilsyn (2005) mener utfordringene må møtes med videreutvikling av andre arbeidsformer, kompetansesammensetning og tiltak.

Forebyggende lavterskel- og mestringstilbud er viktig for å øke egenmestring og forhindre ytterligere funksjonssvikt. Kunnskap og innsikt i egen sykdom eller skade kan bidra til økt mestring og samfunnsdeltagelse. I Nevroplan 2015 skisseres dag-, aktivitets- og treningstilbud som noen av de viktigste grepene i en langsiktig kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet til personer med nevrologiske tilstander (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

Helsedirektoratets statusrapport om hjernehelse viser at det mangler forebyggende lavterskel- og mestringstilbud i kommunen, og det er behov for styrket kompetanse og tilbud til personer med lettere til moderat grad av kognitiv svikt. Hjernehelse forstås her som «et uttrykk for helsetilstanden knyttet til funksjoner, sykdommer, skader og tilstander i hjernen og øvrige deler av nervesystemet» (Helsedirektoratet, 2017, s. 2). I 2017 har regjeringen besluttet at det skal lages en egen strategi for hjernehelse for å utvikle bedre tjenester for disse pasientgruppene.

METODISK TILNÆRMING OG SØKESTRATEGIER

I det følgende presenteres fremgangsmåten for arbeidet med denne oppsummeringen. Her redegjøres det for søkestrategier, utvelgelse av publikasjoner og for hvordan data er hentet ut og analysert.

Som beskrevet, tar denne oppsummeringen utgangspunkt i veiviseren for etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer, publisert på www.nevronett.no. Denne bygger på erfaringer fra utviklingsprosjekter gjennomført i norske kommuner i tidsperioden 2012–2015, som helt eller delvis ble finansiert av Helsedirektoratet gjennom to 3-årige utviklingsprogram. Ett av disse var program for dag- og aktivitetstilbud, et annet program for tilpassede treningstilbud.

Videre i arbeidet er det søkt etter følgende dokumenter:

- offentlige styringsdokumenter
- rapporter fra utviklingsprosjekter, lokalt utviklede veiledere, håndbøker, informasjonsmateriell og brosjyrer
- fagfellevurdert forskning / vitenskapelige arbeider og masteroppgaver
- annen litteratur

Inklusjonskriterier som er lagt til grunn:

Offentlige styringsdokumenter:

- relevante for emnet
- gjeldende per dags dato
- belyser nasjonale og/eller faglige føringer som gjelder innenfor emnet

Forskning:

- relevant for emnet
- publisert i et fagfellevurdert tidsskrift, eller publisert som vitenskapelig monografi, antologi eller artikkel i antologi, eller en godkjent doktorgradsavhandling

Utviklingsprosjekter:

I tillegg til prosjektene fra Helsedirektoratets utviklingsprogram, er masteroppgaver også inkludert i kategorien utviklingsarbeid. I tillegg er det inkludert andre prosjekter, med følgende kriterier:

- relevante for emnet
- mål og metode for prosjektet er presentert
- rapporten beskriver hvilke tiltak som har vært gjort som en del av prosjektet
- rapporten inneholder beskrivelse av resultater og/eller refleksjoner rundt måloppnåelse

Formålet har vært å frembringe praktisk kunnskap som kommunene kan dra nytte av og som gjenspeiler forholdene i norske kommuner. Det er derfor ikke gjort søk etter publikasjoner og forskning som ikke direkte er rettet mot eller omhandler etablering eller gjennomføring av slike tilbud. Hovedandelen av søkene er gjort på norsk, supplert med engelske søk. Dokumenter og publikasjoner på andre språk enn nordiske eller engelsk er ekskludert.

Både systematiske og usystematiske søkestrategier er benyttet. Det er gjennomført søk i ulike databaser, nettsted og søkemotorer. Både enkeltord og søkestrenger er benyttet for slike søk. Søk på enkeltord gir et større antall treff enn bruk av søkestrenger. Samtidig blir søkene mindre presise med hensyn til den aktuelle tematikken, og gir mange lite relevante treff. Bruk av søkestrenger gir flere relevante treff, men medfører også en større risiko for at en avgrenser for mye. I tillegg til søk på fellesbetegnelser som «neurologiske sykdommer» eller «neurologiske skader» er det gjennomført søk rettet direkte mot enkelt diagnoser, som for eksempel Parkinson eller hjerneslag. Grunnen til dette er at mange relevante studier og prosjekter er rettet mot spesifikke diagnoser og ikke gruppen neurologiske sykdommer eller tilstander som helhet.

Databaser, nettsteder og søkemotorer det er søkt i:

- Cochrane Library, Pubmed/MedLine, Google, Google Scholar, Cristin, Helsebiblioteket, Utviklingssenter.no, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester enkeltvis, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, ulike brukerorganisasjoner på feltet.
- Publikasjoner er videre identifisert gjennom søk i elektroniske eller trykte referanselister, gjennom kontakt med fagpersoner/eksperter på feltet, gjennom forfatterens allerede tilegnede kjennskap til feltet. Søkene er hovedsakelig gjennomført med norske søkeord og strenger, men også supplert med engelskspråklige søk.

Benyttede søkeord:

- nevroplan, omsorgsplan, dagtilbud, aktivitetstilbud, treningstilbud, tilpasset treningstilbud, neurologiske sykdommer, neurologiske skader, neurologiske tilstander, kommunale tjenester, omsorgstjenester, rehabilitering, implementering, etablering, habilitering, rehabilitation, exercise, training, neurological diseases

Benyttede søkestrenger:

- dagtilbud and neurologiske skader or sykdommer or tilstander
- aktivitetstilbud and neurologiske skader or sykdommer or tilstander
- mestringsstilbud and neurologiske skader or sykdommer or tilstander
- treningstilbud and neurologiske skader or sykdommer or tilstander
- dagtilbud or treningstilbud or mestringsstilbud and cerebral parese

- dagtilbud or treningstilbud or mestringstilbud and multipel sklerose
- dagtilbud or treningstilbud or mestringstilbud and epilepsi.
- dagtilbud or treningstilbud or mestringstilbud and Parkinson or Parkinson's or Parkinsons
- dagtilbud or treningstilbud or mestringstilbud and hjerneslag
- dagtilbud or treningstilbud or mestringstilbud and slagrammede
- neurological and rehabilitation or exercise or training
- cerebral paretis and rehabilitation or exercise or training
- multiple sclerosis and rehabilitation or exercise or training
- parkinson's or Parkinson's and rehabilitation or exercise or training
- stroke and rehabilitation or exercise or training

2.1 FORSTÅELEN AV FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning (2015) sin definisjon av forskning er lagt til grunn for utvelgelse og inklusjon av forskning. Her heter det dessuten at forskning forventes å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent, eller ha intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må alle fire kriterier nedenfor være oppfylt:

- presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- være i en publiseringskanal (tidsskrift, nettsted) med rutiner for fagfelleevaluering

For definisjonen av forskning har vi under det siste punktet om fagfelleevaluering også inkludert publikasjoner fra forskningsinstitusjoner med intern fagfelleevaluering.

Utviklingsarbeid forstås på følgende måte: systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015)

2.2 ANALYSE OG PROSESS

Analysene og kunnskapsoppsummeringene er utført på grunnlag av følgende prosess:

1. En kritisk vurdering av kunnskapskildene ut fra inklusjonskriteriene og vurderinger av kildenes relevans og kvalitet.
2. En beskrivelse og oppsummering av kunnskapen på en slik måte at den er anvendbar for klinisk praksis og organisatorisk planlegging.

Utvalgte dokumenter er presentert separat for offentlige styringsdokumenter, forskning, utviklingsprosjekter samt verktøy og ressurser. Alle identifiserte funn ble vurdert mot inklusjonskriteriene av forfatteren. Først ble titler, sammendrag og dokumentenes hovedinnhold vurdert. Relevante dokumenter ble deretter vurdert i fulltekst etter omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring. Forfatteren har hatt ansvar for alle deler av denne prosessen.

2.3 EKSPERTGRUPPENS ROLLE

Oppsummeringen er kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for dette emnet i Omsorgsbiblioteket. Gruppen er satt sammen av representanter fra kommuner som har gjennomført utviklingsprosjekter, forskningsinstitusjoner og statlige myndigheter. Samtlige av deltagerne i gruppen har god kjennskap til tematikken som omhandles. Medlemmene i ekspertgruppen har gitt mange konstruktive og gode innspill, som har vært til stor hjelp i arbeidet. Gruppen har bestått av

- Grete Dagsvik, rådgiver, Virksomhet Helsefremming og Innovasjon, Kristiansand kommune
- Maren Sogstad, førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU i Gjøvik
- Kristin Refsdal, Seniorrådgiver, Avdeling omsorgstjenester, Helsedirektoratet
- Randi Klemetsen, koordinator, Lærings- og mestringssenteret, Drammen kommune.
- Torbjørn S. Jacobsen, høskolelektor, NTNU i Gjøvik (tidl. prosjektleder Utviklingssenter for sykehjem i Oppland)

Videre er oppsummeringen fagfellevurdert av forsker og emneredaktør i Omsorgsbiblioteket Rita Sørly, ved Senter for omsorgsforskning, nord, ved UIT Norges arktiske universitet. Før publisering er teksten vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, Torunn Hamran, også ved Senter for omsorgsforskning, nord.

OFFENTLIGE DOKUMENTER, LOVER OG FORSKRIFTER

I dette kapitlet beskrives offentlige dokumenter, lover og forskrifter som er sentrale i etablering og drift av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

St.meld. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening, og Omsorgsplan 2015
Framtidas omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i fokus i denne meldingen. Med denne meldingen ville regjeringen gi en oversikt over de framtidige hovedutfordringene, og fastlegge både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. De nye brukergruppene, herunder personer med neurologiske sykdommer og skader, stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. Den skisserer at den største behovsveksten vil komme om 15–20 år, og regjeringen ser det derfor som spesielt viktig å utnytte perioden fram mot 2020 til å forberede og gjennomføre en gradvis utbygging av tjenestetilbudet – særlig med tanke på utdanning og rekruttering av helse- og sosialpersonell, og investeringer i bygningsmasse og teknologi. Meldingens tiltak oppsummeres i Omsorgsplan 2015, som omfatter delplaner og tiltak som følger av St.meld. nr. 25, herunder Nevroplan 2015. I tillegg består Omsorgsplan 2015 av blant annet 12 000 nye årsverk, kompetanseløftet 2015, investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser, og Demensplan 2015.

Nevroplan 2015

Nevroplan 2015 er en delplan under Omsorgsplan 2015, forankret i St.meld. 25, Mestring, muligheter og mening. Nevroplan 2015 handler om de kommunale tjenestenes nye brukere: personer med neurologiske skader eller sykdommer. Målet med planen var å understøtte egenmestring og brukerinnflytelse ved å bidra til meningsfulle hverdager for den enkelte gjennom bistand og assistanse til å delta i arbeidsliv, rehabiliterings- og habiliteringstiltak, og ved tilrettelegging av aktivitets- og treningstilbud:

- kompetanse- og rekrutteringstiltak
- dagaktivitetstilbud
- avlastning
- treningstilbud
- forebyggende tjenester og lavterskeltilbud

Nevroplan 2015 hadde to 3-årige utviklingsprogram: et program for dag- og aktivitetstilbud og et program for tilpasset treningstilbud. For å gi mening og økt livskvalitet for den enkelte bruker ønsket man å fremme utvikling av tilpassede dagtilbud gjennom et utviklingsprogram for utprøving av ulike modeller for slike tilbud til målgruppen. Når det gjelder tilpasset trening het det at dette kan forebygge livsstilssykdommer og sekundære komplikasjoner, inaktivitet og sosial isolering, og at det derfor skulle utvikles tilrettelagte treningstilbud i kommunen, gjennom et treårig modellkommuneprogram. Det er prosjektrapportene fra disse to utviklingsprogrammene som utgjør kjernen av utviklingsprosjekter i denne oppsummeringen. Planen beskrev følgende relevante resultatmål, når denne var gjennomført i 2015:

- dag- og aktivitetstilbud bør ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden til personer med neurologiske skader og sykdommer og deres pårørende.
- tilrettelagte treningstilbud for personer med neurologiske skader og sykdommer bør være bygget ytterligere ut.
- omsorgstjenesten skal ha en større faglig bredde med økt vekt på aktivitetstilbud, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med neurologiske skader og sykdommer (2011)

Denne fagrapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og skulle tjene som grunnlag for politikktutforming og tiltak i departementets handlingsplan; "Nevroplan 2015". Bakgrunnen for departementets bestilling var behovet for å få vurdert om kommunens helse og omsorgstjenester i tilstrekkelig grad er tilrettelagt, dimensjonert og utformet for personer med neurologiske skader og sykdommer. Rapporten poengterer at brukere med neurologiske tilstander ofte trenger langvarige og omfattende tjenester både fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten, og at brukerens mulighet til å leve et aktivt liv også er avhengig av tilrettelegging og tilbud fra andre sektorer, som for eksempel arbeidsliv, utdanning og transport. Det er viktig at kommunen og de andre aktørene samhandler og skaper sammenheng og kontinuitet i tjenestene. Helsedirektoratet gjennomførte en bredt anlagt prosess med deltagelse fra brukerorganisasjoner, relevante fagprofesjoner og kompetansemiljøer, og rapporten gir anbefalinger om satsningsområder og tiltak for å bedre tilbudet til personer med neurologiske tilstander.

Meld. St. 29 (2012–2013) – Morgendagens omsorg, og Omsorg 2020

Morgendagens omsorg beskrives som en mulighetsmelding for omsorgsfeltet. Den skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skal den gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv. Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c) er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Her omtales blant annet kommunale mestrings- og dagtilbud.

NOU 2011: Innovasjon i omsorg

Med bakgrunn i St. meld. nr. 7 (2008–2009) (Nærings- og handelsdepartementet, 2008) ble det satt ned et utvalg for å utrede nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, herunder å vurdere nye løsninger og komme med forslag til utforming av framtidens sykehjem, boformer og tjenestetilbud, slik at de møter framtidig brukeres behov og tar i bruk deres ressurser. Utvalgets forslag bygger blant annet på at politikken for å bygge ned funksjonshemmedes barrierer i samfunnet videreføres og forsterkes. Det påpekes at yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne (herunder personer med nevrologiske skader og tilstander) blant annet vil lede an i å ta i bruk ny teknologi og hjelpemidler for å mestre dagliglivet på egenhånd og være mest mulig uavhengig, krav om universell utforming, brukerstyrt eierskap til tjenesteytende organisasjoner, gjennomføring av reformer med avvikling av institusjoner og oppbygging av lokale tjenestetilbud, selvstendige boliger og et mest mulig normalt liv.

Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

Nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b) legger den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Den tar utgangspunkt i at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen, samt at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Kommunene skal sørge for at helhetlige pasientforløp kan ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging. Felles for habiliterings- og rehabiliteringstiltak er at de er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Flere aktører samarbeider om å bistå i brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Rehabilitering forstås som tiltak spesielt rettet mot personer med medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Personer med ulike sykdommer, lidelser eller skader kan ha behov for rehabilitering. Det påpekes at mange som trenger slike tjenester, opplever brudd og svikt i flyten mellom nivåene og mellom tjenestene. Mange opplever også at tjenestene involverer flere aktører i og utenfor helsetjenesten, slik at prosessene må planlegges og gjennomføres med utgangspunkt i den enkeltes behov. Brukeren må delta aktivt, og prosessen må skje i dagliglivet til den det gjelder.

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Denne meldingen omhandler blant annet tjenester til brukere med store og sammensatte behov, hvor det beskrives at en liten andel av befolkningen har sammensatte og komplekse behov og er vesentlig hjelpetrengende. De har flere sykdommer samtidig, funksjonsnedsettelse og et stort tjenestebehov. Størstedelen av helse- og omsorgstjenestens ressurser brukes på disse gruppene. Mer enn fire femdel av de økonomiske og personellmessige ressursene i disse tjenestene benyttes til hjemmetjenester, dagtilbud og sykehjem for om lag fem prosent av befolkningen. Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov. Det beskrives at brukere med sammensatte behov finnes i alle aldre og at de har et bredt spekter av helseutfordringer. Det kan være personer

med utviklings- og/eller funksjonshemning, personer med kognitiv svikt og demens, personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblemer, personer med nevrologiske sykdommer og skrøpelige eldre mennesker med flere samtidige sykdommer. Videre beskrives tiltak for disse gruppene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019). Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017)

Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2016) retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Den skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal bidra til at brukerne kan motta gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der de bor, bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. Budskapet i planen er at det må jobbes annerledes enn i dag og at dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring.

Statusrapport Hjernehelse (Helsedirektoratet, 2017)

Statusrapport Hjernehelse ble utgitt av Helsedirektoratet i 2017. Hensikten med rapporten var blant annet å være et nyttig verktøy for aktører både i helsetjenesten, brukerorganisasjoner og samfunnet for øvrig. Hjernehelse er et uttrykk for helsetilstanden knyttet til funksjoner, sykdommer, skader og tilstander i hjernen og øvrige deler av nervesystemet. Rapporten handler mest om helsetjenester, men andre sektorer er også sentrale i tverrfaglige og koordinerte tjenestetilbud. Rapporten påpeker at det per i dag er vanskelig å si noe om helheten på kvaliteten i tilbudet som pasienter og pårørende mottar innen området hjernehelse, og viser til at resultater fra målinger av kvalitet imidlertid viser eksempler på svikt i tjenestene, og at det i tillegg er regionale forskjeller. Dette gjelder både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er en oppfatning at kvalitetsindikatorer kan bli mer meningsfulle om en ser på hjernehelse i et livsløpsperspektiv. Det er hensiktsmessig å se på om gjeldende metoder og verktøy i helse- og omsorgstjenestene leverer tilfredsstillende resultater, herunder brukererfart kvalitet. Resultater må sees i sammenheng for å få et godt og helhetlig bilde av tjenestene..

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunen eller private som har avtale med kommunen. Her defineres kommunens «sørge for-ansvar» som at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (§3-1). Formålet med loven er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, sikre tjenestetilbudets kvalitet, et likeverdig tjenestetilbud og samhandling, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (§1-1). Loven omhandler blant annet også plikten til å tilby koordinator i kommunen. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker.

Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) regulerer helsepersonells plikter og ansvar i sin yrkesutøvelse og gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge. Dens formål er å bidra til kvalitet i helsetjenesten og sikre befolkningens tillit til helsepersonell. Loven regulerer viktige områder i fagutøvelsen, slik som plikt til ivaretagelse av pårørende og informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. Loven inneholder også regler for organisering av virksomheten. Blant annet skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§16).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Her klargjøres pasienter og brukeres rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Formålet er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (§1-1). Loven spesifiserer en rekke rettigheter som blant annet pasienten og brukerens rett til individuell plan (§2-5), medvirkning (§3-1), informasjon (§3-2). Også retten til brukerstyrt personlig assistanse (§2-1d), en tjeneste som ikke er uvanlig blant personer med nevrologiske tilstander, stadfestes her (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b).

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

I denne forskriften fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) utdypes kommunens plikt til å tilby rehabiliteringstjenester for innbyggere med rehabiliteringsbehov, samt krav til innhold og metodikk. Her poengteres det at kommunene skal ha oversikt over innbyggernes behov for rehabilitering og at alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av boform, skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering (§5). Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, samt i en meningsfylt sammenheng for pasienten og brukeren.

Her defineres habilitering og rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (§ 3). Definisjonen avgrenser mot ordinær pleie- og omsorgstjeneste, blant annet gjennom fokus på brukerstyring og egeninnsats (Helsedirektoratet, 2012).

FORSKNING

I dette kapittelet oppsummeres forskning som er relevant for etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Mennesker med neurologiske tilstander utgjør en heterogen gruppe med ulike tjenestebehov. De neurologiske sykdommene og skadene kan være medfødte, eller kan ha oppstått senere i livet. Forskningen som er funnet reflekterer denne heterogeniteten og kjennetegnes av stor variasjon, på tvers av ulike fagområder. Så vel medisinsk og nevropsykologisk forskning, som tjenesteforskning er relevant for tematikken som omhandles i denne publikasjonen. Lite av forskningen kan sies å være direkte rettet mot selve kjernetematikken i denne publikasjonen. Likevel omhandler mye av forskningen viktige delområder og forutsetninger for vellykket gjennomføring og drift av dag-, aktivitets- og treningstilbud. Mange av studiene er gjennomført mot grupper med enkelt-diagnoser, som Parkinsons og MS, og i mindre grad gruppen «personer med neurologiske sykdommer og skader»..

4.1 OM HJERNENS PLASTISITET

Nevroplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c) påpeker at vi inntil for bare få år siden trodde hjernen hos voksne manglet evne til å forandre seg og at regenerering av hjerneskader derfor ikke kunne finne sted. Denne oppfatningen påvirket også klinisk praksis, slik at begrepet «nevrorehabilitering» ble lavt prioritert og møtt med pessimistiske holdninger. Men gjennom de siste tiårene har vi oppdaget at også hjernen har regenerative evner.

Dietrich (2007) viser at hjernen ikke bare kan endre seg f.eks. etter en skade, men at den faktisk til stadighet endrer seg i sin interaksjon med omverdenen. Et sentralt begrep her er plastisitet, altså hjernens evne til å endre sin oppbygging og funksjon. Vesentlig for plastisitet er at hjernen og dens ulike funksjoner brukes, dvs. at hjernen blir stimulert og at den er i aktivitet.

Det synes som om overføringsverdien av stimulering og aktivitet for andre områder enn akkurat de vedkommende blir stimulert for, henholdsvis er aktiv i, er begrenset. Det betyr at personen må trene på akkurat det han/hun vil bli bedre på. Derfor er det viktig at det trenes på funksjoner som er relevante for den enkeltes hverdag. En viktig konsekvens av dette er at personer kan avlære (learned non-use) funksjoner og ferdigheter (Taub et al., 1994). Dette kan for eksempel skje ved at pasienter som i utgangspunktet klarer å stelle seg selv, men som bruker lengre tid på dette og trenger noe tilrettelegging, daglig stelles av andre. Etter hvert vil vedkommende ikke lenger klare å stelle seg selv, fordi han/hun ikke lenger bruker denne funksjonen. Det er med andre ord avgjørende med aktivitet for å vedlikeholde ens funksjonsnivå.

Helsedirektoratet (2011) påpeker at selv om forskningsresultatene viser at funksjonsbedringen er størst de første 6 måneder etter ervervet hjerneskade, medfører den nye kunnskapen et nytt syn på rehabilitering og trening: Det finnes ikke noe fast tidspunkt hvorefter personer ikke lenger kan bli bedre etter f.eks. et hjerneslag. Ulike funksjoner slik som gang- eller språkfunksjon kan gjennom intensiv trening forbedres selv flere år etter slaget. Gjenlærte funksjoner etter en neurologisk skade må vedlikeholdes, ellers

kan de helt eller delvis avlæres igjen. Denne innsikten bør ha konsekvenser for tjenestetilbudet, herunder praktisk bistand, hjemmesykepleie og andre tjenestetilbud som skal støtte re-/habiliteringsprosessen. Treningsspektet bør i større grad inngå i den daglige oppfølgingen. Det sentrale punktet er stimulering og aktivitet gjennom hele livet. For pasienter med varig nedsatt funksjonsevne vil trening og vedlikehold av funksjoner kunne være en livslang prosess hvor enkelte tidsavgrensede rehabiliteringstiltak finner sted til ulike tidspunkter, tilpasset den enkeltes behov ut fra funksjonsnivå og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2011).

4.2 SAMMENSATTE BEHOV

Noen undersøkelser blant mennesker med nedsatt funksjonsevne viser at helseproblemene i disse gruppene delvis skyldes funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, men i stor grad også har sammenheng med miljø- og livsstilforhold som kan påvirkes (Molden, Wendelborg, & Tøssebro, 2007).

Figved (2007) fant i sin doktoravhandling høy forekomst av psykiatriske symptomer hos MS-pasienter, uavhengig av sykdomsvarighet. 80% av pasientene med tidlig sykdom og 84% av pasientene med langvarig sykdom hadde minst ett psykiatrisk symptom, og en stor andel av pasientene hadde flere symptomer samtidig. Depresjon var hyppigst forekommende symptom i begge pasientgruppene. Ved tidlig sykdom ble irritabilitet og apati funnet uavhengig av fysisk funksjonstap og kronisk sykdom, og det stilles spørsmål ved om disse symptomene representerer særegne psykiatriske manifestasjoner ved MS. MS-pasienter med tidlig sykdom hadde nedsatt prestasjon ved alle kognitive tester for arbeidsminne, psykomotorisk tempo og ulike aspekter ved hukommelse sammenlignet med friske kontroller, og det ble funnet sammenheng mellom apati og intrusjoner/konfabulering, samt mellom depresjon og redusert hukommelse og psykomotorisk tempo. Det ble også vist at psykiatriske symptomer og kognitiv svikt var større bidragsyttere enn nevrologisk funksjonssvikt til pårørendebelastning og at symptomer på depresjon, aggresjon, uforklarlig oppstemthet og søvnforstyrrelser var vanskeligere å takle enn symptomer på gangvansker og dårlig balanse. Fure (2008) omhandler kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag og beskriver afasi, depresjon og angst som vanlig forekommende hos denne gruppen.

Dette illustrerer at personer med nevrologiske sykdommer og skader ofte har sammensatte sykdomsbilder og behov for individuelle tilpasninger i tjenestene. Dette underbygges av resiliensforskning. Johansen Quale and Schanke (2010) viser at mennesker reagerer mer ulikt på påkjenninger enn tidligere antatt, og at noen er motstandsdyktige for påkjenninger og tåler det godt. Noen reagerer sterkt, men klarer å gjenfinne fotfeste, mens noen preges av vedvarende mismot.

4.3 FYSISK AKTIVITET OG EFFEKT AV TILBUDENE

Det er funnet flere studier relatert til trening og aktivitet hos ulike diagnosegrupper. Nevrologisk sykdom kan påvirke kroppslige funksjoner og organer som kan føre til redusert funksjonsnivå, samt gi andre symptomer som vanskeliggjør å være i fysisk aktivitet. Manglende fysisk aktivitet vil også, uavhengig av sykdom, gi redusert fysisk form og kunne føre til funksjonsfall. Tilpasset trening og fysisk aktivitet kan derfor være forebyggende med hensyn til funksjonsfall og livstilsrelaterte sykdommer hos personer med nevrologiske sykdommer. Pate et al. (1995) viser til at jo lavere aktivitetsnivå personen har fra før, desto større kan effekten forventes å bli ved høyere aktivitetsnivå.

Det innebærer at regelmessig, moderat fysisk aktivitet kan gi en betydelig helsegevinst blant personer som er fysisk inaktive eller er lite fysisk aktive. Fysisk aktivitet er vist å forbedre muskelfunksjon, utholdenhet og funksjonsnivå hos personer med multippel sklerose og Parkinson (Bahr, 2009). Forskning viser også til at fysioterapi og trening kan styrke fysisk funksjon, ganghastighet, benstyrke, bedre holdning og stillingskontroll hos personer med Parkinsons sykdom (V. A. Goodwin, Richards, Taylor, Taylor, & Campbell, 2008; Kwakkel, de Goede, & van Wegen, 2007), mens det er usikkert om fysioterapi og trening reduserer antall fall (Dibble, Addison, & Papa, 2009). Morris, Martin, and Schenkman (2010) fant at for pasienter med Parkinsons sykdom er det vist at fysisk trening kan bidra til å opprettholde motorisk funksjon, styrke, bevegelighet, utholdenhet, bedre balanse, gange og ADL-funksjon.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (Dahm & Reinar, 2009) gjennomførte på oppdrag fra Norsk Fysioterapeutforbund en undersøkelse av effekten av fysioterapi for pasienter med Parkinsons sykdom, som underbygger disse funnene. Rapporten baserer seg på resultater fra to systematiske oversikter med til sammen 22 studier og 819 pasienter med Parkinsons sykdom. Her påpekes det likevel at kvaliteten på tilgjengelig forskning er lav og at det er behov for større gode studier som også følger opp langtids-effekten av tiltakene (s.12).

For sykdommer som predisponerer for hjerneslag, som for eksempel høyt blodtrykk, diabetes II, hjerte/kar-lidelser, kan fysisk aktivitet og trening redusere risiko for hjerneslag (Hillsdon, Foster, & Thorogood, 2005; Hu et al., 2005; Myint et al., 2007). Ved et etablert hjerneslag reduseres nevrologiske utfall gjennom trening. Trening kan bidra til gjenoppretting av funksjon (French et al., 2007; Langhammer, Lindmark, & Stanghelle, 2007; Van Peppen et al., 2004) og gjennom dette forhindre sekundære komplikasjoner (Van Peppen et al., 2004). Fysisk aktivitet og trening må derfor forstås som en viktig behandling av akutte og kroniske utfall av hjerneslag. Randomiserte kliniske studier har vist betydningen for fysisk funksjon, selvstendighet, balanse og livskvalitet av regelmessig oppfølging med fysioterapi i året etter hjerneslag (Langhammer et al., 2007; Langhammer & Stanghelle, 2003, 2010; Langhammer & Verheyden, 2013). Martin Ginis, Jetha, Mack, and Hetz (2010) fant at nivået på den fysiske aktiviteten hos personer med spinale skader varierer som hos den øvrige befolkningen. Men også for personer med spinale skader finner man en sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og bedre ADL-funksjon og subjektivt velbefinnende. Det er også identifisert andre relevante forskningsarbeider som omhandler, underbygger og utdyper tematikken trening og aktivitet hos personer med Parkinsons sykdom (Ebersbach et al., 2010; Farley & Koshland, 2005; Fisher et al., 2008; Fox, Ebersbach, Ramig, & Sapiro, 2012; Janssens, Malfroid, Nyffeler, Bohlhalter, & Vanbellingen, 2014; Mehrholz et al., 2015), samt rehabilitering, trening og aktivitet etter hjerneslag (Ada, Dean, Morris, Simpson, & Katrak, 2010; Brazzelli, Saunders, Greig, & Mead, 2011; Cadilhac et al., 2011; English & Hillier, 2010; Gjellesvik, Brurok, Hoff, Torhaug, & Helgerud, 2012; Gordon et al., 2004; Hill et al., 2012; Kalra et al., 2005; Langhammer & Stanghelle, 2010; Nicholson et al., 2013).

Ål kommune, Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud og Høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap gjennomførte med tilskudd fra et av utviklingsprogrammene under Nevroplan 2015 et prosjekt for å utvikle, prøve ut og evaluere en modell for hverdagstrening for hjemmeboende personer med Parkinsons sykdom. Det overordnede målet her var å styrke helse og funksjon i dagliglivet og bidra til økt samfunnsdeltagelse for personer med Parkinsons sykdom. Hensikten med prosjektet var å utvikle kunnskap, prøve ut og evaluere individuelt tilpasset hverdagstrening

med aktiviteter for hjemmeboende personer med Parkinsons sykdom. Prosjektet ble evaluert av Høgskolen i Buskerud. Studien var tverrfaglig og omfattet i tillegg utvikling og utprøving av teknologiske (IKT) hjelpemidler som støtte for hverdagstreningen. Prosjektet hadde et medvirkningsbasert aksjonsforskningsdesign som innebar tett samarbeid med deltagere som er fysioterapeuter og hjemmetrenere, ledere i kommunen og forskere fra Høgskolen i Buskerud. Samarbeidet var organisert med prosjektgruppe og arbeidsgruppe. Alle personer med Parkinsons sykdom i Ål kommune ble invitert til å delta i treningsprogrammet. Resultatene fra evalueringen viste blant annet at treningsopplegget for personer med Parkinson hadde en positiv effekt for flere deltagere i ulike stadier av Parkinsons sykdom og at å fange opp personen med Parkinsons tidlig i sykdommen styrket gjennomføring og effekt av treningen. Erfaringene fra personlig tilpasset fysisk trening viste at effekten av treningen ble styrket når den ble fulgt opp av fagpersoner som bidro med faglige råd og instruksjon i både individuell trening og gruppetrening. Hjemmetrening fordret nye prioriteringer og tilpasninger i tjenestetilbudet med grunnlag i kunnskap og holdninger om personsentrert og aktiv omsorg (Eklund, Sando, Paulsen, & Jensen, 2015).

Neset and Sogstad (2014) evaluerte prosjektet «Ferdig rehabilitert, men ikke ferdig» i Bærum kommune. I dette prosjektet ble det utarbeidet og prøvd ut en modell for et helhetlig og koordinert rehabiliteringsforløp for brukere i yrkesaktiv alder med kognitive endringer, og deres pårørende. Dette var basert på innspill og erfaringer både fra pasienter, pårørende, interesseorganisasjoner og tjenesteapparatet. Tre grupper som ofte har utfordringer knyttet til kognitive vansker ble vektlagt. Dette var personer som har hatt hjerneslag, MS-pasienter og personer med traumatisk hjerneskade. Modellen som ble utviklet ble prøvd ut på 15 personer, og erfaringer ble samlet gjennom intervju med brukere, pårørende og ansatte. Undersøkelsen fant blant annet at målene i prosjektet i stor grad ble oppnådd, og brukerne uttrykte at de var fornøyd med rehabiliteringstilbudet de mottok. Rehabiliteringen viste også gode resultater målt på pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS). Brukergruppen oppnådde en funksjonsbedring på 31,7 prosentpoeng, målt på bakgrunn av brukernes egenvurdering av oppnådd funksjon, etter metoden i PSFS. Prosjektet konkluderte med at modellen var et godt utgangspunkt for å yte et godt tjenestetilbud til denne brukergruppen. Nye arbeidsmåter og et mer tilpasset tjenestetilbud har ført til gode resultater for målgruppen. Blant annet rapporterte flere brukere at de hadde god nytte av intensiv trening i nye stimulerende og sosiale treningsmiljøer, og åtte av 15 brukere hadde kommet i jobb eller var i arbeidsutprøving i løpet av prosjektperioden. Prosjektet avdekket også flere mangler og forbedringsområder som det var grunn til å arbeide videre med. Blant annet påpekte pårørende et behov for bedre samarbeid mellom kommune, fastlege, bruker, arbeidsgiver og NAV når arbeidsdeltagelse var målet.

4.4 TJENESTEUTFORMING OG BRUKERBEHOV

Selv om det gjennom Nevroplan 2015 har vært satt fokus på denne brukergruppen, ser det ikke ut til at dette har vært en utbredt satsning i kommunene (Tingvold & Romøren, 2015). I følge rapporten "Yngre personer med nevrologiske sykdommer eller skader" uttrykker hjemmetjenesteledere i 32 ulike kommuner at det til personer med nevrologiske skader og sykdommer er mangler i behovsdekningen for tjenester som er av stor betydning for tjenestemottakernes sosiale liv. Hvorav støttekontakt og voksenopplæring er de to tjenestene som er vurdert til å ha lavest behovsdekning (T.I. Romøren, 2009). Flere brukere etterspør mer praktisk hjelp for å ha muligheten til

å leve et sosialt, aktivt og selvstendig liv. De etterspør mer selvbestemmelse og færre hjelpere i eget hjem (Andersen, Askheim, Begg, & Guldvik, 2006; Myrvang, 2010). Skarli, Tingvold, and Sogstad (2015) påpeker at tilbud som kan avlaste pårørende til personer med nevrologiske skader og sykdommer i hverdagen, oppfattes som svært viktige tiltak av de pårørende selv.

Når det gjelder tilbud til unge og middelaldrende slagpasienter, Martinsen, Kirkevold, and Sveen (2015) at pasientene opplevde at hvorvidt de fikk systematisk oppfølging var mer tilfeldig enn planlagt, og at de dermed så ut til å være sårbare for å falle utenfor oppfølgingssystemet. Pasientene som mottok oppfølging opplevde denne som lite tilpasset deres individuelle behov. For å bli betraktet som støttende må oppfølgingsprogrammene være i tråd med pasientenes langsiktige behov, ta hensyn til deres spesielle utfordringer, og planlegges i nært samarbeid med den enkelte pasient. For å sikre systematisk oppfølging av helsetjenester skreddersydd for den enkelte, bør kompetent og engasjert helsepersonell spille en fremtredende rolle i tjenestene.

I en forskningsoversikt fra 2015 konkluderer Folkehelseinstituttet med at personer som har kroniske eller langvarige helseutfordringer trolig får større tro på egen mestring og færre depresjonssymptomer ved individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Videre at individuell behandlings- og oppfølgingsplan trolig øker mestringstroen hos personer med langvarige helseutfordringer, reduserer depresjonssymptomer hos personer med langvarige helseutfordringer (middels tillit til resultatet), gir små positive forskjeller i fysiske helseutfall som langtidsblodsukker og blodtrykk hos personer med langvarige helseutfordringer, og gir liten eller ingen forskjell i egenopplevd helse og kolesterol hos personer med langvarige helseutfordringer (Fønhus & Flottorp, 2015).

Folkehelseinstituttet publiserte i 2016 den systematiske oversikten «Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved nevrologiske tilstander», som omhandler organisering av tjenester til personer med akutt eller gradvis funksjonsfall pga. nevrologiske sykdommer og skader (eller der nevrologiske tilstander inngår som en majoritet av populasjonen som studien har undersøkt). Her er hovedfunnene at dagrehabilitering ved helsesenter i kommunen muligens er en like bra måte å organisere tjenesten på for å oppnå funksjonsendring i dagliglivets aktiviteter og bedret balanse hos voksne pasienter nylig utskrevet fra sykehus etter hjerneslag, sammenliknet med om tjenesten gis hjemme hos pasienten. Større mengde ukentlige rehabiliteringstjenester gir muligens en liten fordel sammenliknet med om tjenesten gis sjeldnere (færre ukentlige møter mellom pasient og tjenesteytere), målt som høyere skåre for pasientens deltakelse i samfunnet (Lidal, Underland, Straumann, & Dahm, 2016).

Takvam (2012) kartla tjenester rettet mot voksne personer med nevrologiske tilstander. Formålet med undersøkelsen ble beskrevet som «å kartlegge effekter av ulike modeller for samhandling mellom tjenestenivåene, som skaper forutsigbarhet og koordinerte tjenester for personer med nevrologiske lidelser» (s. 10). Denne undersøkelsen bygger på informasjon fremkommet gjennom intervju med ledere i 44 kommuner. Her beskrives det hvordan informantene understreker at tjenestemottaker skal være omdreingspunkt for aktuelle tjenester og at lovpålagte tjenester, som Koordinerende enhet (KE), Individuell plan (IP) og rehabilitering blir prioritert av tjenesteyterne. Tilbudene for å innfri tjenestene varierer avhengig av region og kommunestørrelse. Her fremkommer det også at fastlegen innehar en nøkkelrolle i samspill med tjenestemottaker, KE, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere. Små kommuner viser stor oppfinnsomhet med hensyn til å imøtekomme ønsker og behov for brukeren til tross for lite fagmiljø. Mangel på fagfolk vanskeliggjør etablering av systemer og rutiner. Store kommuner har utarbeidet gode retningslinjer for deler av tjenestetilbudet.

Det viser seg at tjenestemottaker og pårørende i økende grad er ressurssterke og krever mer fra tjenesteapparatet, og at det kan oppleves som en spennende utfordring for tjenesteyterne.

4.5 OPPSUMMERING AV FORSKNINGEN

Forskningen som er funnet gjennom arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen illustrerer flere viktige poeng relatert til utvikling av tilbud til personer med nevrologiske tilstander i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er funnet forholdsvis mange studier, fortrinnsvis internasjonale, som underbygger at personer i målgruppen har positiv helseeffekt av trening og aktivitetstilbud. Hovedandelen av disse studiene er gjennomført mot enkeltdiagnoser, snarere enn gruppen nevrologiske sykdommer og skader som helhet. Noen nevrologiske tilstander er særlig representert i denne sammenheng, spesielt Parkinsons sykdom og hjerneslag. Positive effekter av trening og aktivitetstilbud for disse gruppene synes godt dokumentert. Den identifiserte forskningen viser også at personer i denne målgruppen ofte har sammensatte behov, noe som gjerne kan inkludere kognitive og emosjonelle utfall, samt psykiatriske symptomer som angst og depresjon. Resultatene styrker forståelsen av at personer med nevrologiske sykdommer har behov for individuelle tilpasninger i tjenestene. Dette underbygges også av resiliensforskning.

Studier som er funnet indikerer også at brukere etterspør mer praktisk hjelp for å ha muligheten til å leve et sosialt, aktivt og selvstendig liv, samt at denne typen tilbud kan være positive som avlastning for pårørende. Omfanget av dokumentasjon er her dog svakere.

Det er funnet noen norske studier om etablering, organisering og gjennomføring av slike tilbud som denne oppsummeringen dreier seg om. Disse undersøkelsene viser til positive effekter for målgruppen, samt presenterer en del viktige erfaringer i forbindelse med denne typen tilbud. Antallet slike studier er dog lavt, og de er ikke publisert i kanaler med ekstern fagfelleevaluering. Den forskningsmessige dokumentasjonen på dette området forstås derfor som forholdsvis svak.

Dette illustrerer et behov for ytterligere studier og kunnskapstilføring på kjerneområdet for denne oppsummeringen, etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer i kommunale helse- og omsorgstjenester.

UTVIKLINGSARBEID OG PROSJEKT- ERFARINGER FRA KOMMUNER

I det følgende kapittelet redegjøres det for utviklingsarbeid og prosjekterfaringer fra utviklingsarbeid i norske kommuner. Innledningsvis redegjøres det for relevante masteroppgaver, så presenteres erfaringer fra kommunale utviklingsprosjekter.

5.1 MASTEROPPGAVER

Det er funnet elleve masteroppgaver som er særlig relevante for tematikken i denne oppsummeringen. Fire av disse omhandler tematikk direkte relatert til fysioterapi og fysioterapeutenes rolle. Lahelle (2014) gjennomførte en studie av førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag i kronisk fase. I studien fremkommer det at fysioterapiundersøkelsen kan foregå som en kartlegging der fysioterapeuten observerer hva pasienten kan og hvordan funksjonelle aktiviteter utføres, eller som samhandlingsprosess der pasientens endringspotensial utforskes. I Andresen (2016) ble det studert hvordan erfarne kommunale fysioterapeuter i Oslo og Akershus opplevde å ta prioriteringer i arbeidet med nevrologiske brukere. Oppgaven er basert på semistrukturerte intervjuer med tre erfarne fysioterapeuter, og trekker spesielt frem tre temaer: Fysioterapeutens identitet, ytre press og utilstrekkelighet. Her beskrives det at fysioterapeutens identitet besto av å opprettholde høy kvalitet på tjenesten, samt å være et medmenneske overfor brukerne. Temaet ytre press besto av både press fra brukerne og press fra kommuneadministrasjonen. Oppgaven konkluderer med at fysioterapeutene sto i et krysspunkt mellom disse to pressene og at det så ut til at fysioterapeutenes identitet var med på å ytterligere øke presset, hvilket igjen førte til det tredje temaet, en opplevelse av utilstrekkelighet.

I en studie av kommunefysioterapeuters erfaringer fra samhandling med ambulante rehabiliteringsteam (ART), beskrives det hvordan fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er sentrale i rehabiliteringsarbeidet, men at det er uklart hvilke behov de har for råd og veiledning, samt hva de oppfatter som viktig i samhandlingssituasjoner med spesialisthelsetjenesten. Her påpekes det at nevrologi er det området hvor kommunefysioterapeutene tydeligst fremhever behovet for at ART bidrar med kompetanse. Spesielt gjelder dette i forhold til kognitive utfall (Dragland, 2012, s. 54).

Storlid (2014) undersøkte hvordan personer med Hereditær spastisk paraparese (HSP) opplever fysioterapi, basert på seks semistrukturerte intervjuer av voksne personer med HSP. Her påpekes det at informanter rapporterer mangel på kunnskap

om HSP hos fysioterapeuter, samt begrenset tilgjengelighet både i kommunal- og spesialisthelsetjeneste, og at dette har innvirkning både på behandlingens kvalitet og omfang.

Fire av masteroppgavene er tematisk rettet mot rehabilitering og fysisk aktivitet i de kommunale tjenestene. Kupca (2015) gjennomførte en studie av erfaringer med fysisk aktivitet, ett til to år etter hjerneslag hos personer med selvstendig gangfunksjon, for å få økt forståelse for hva som ligger til grunn for fysiske aktivitetsvaner ett til to år etter hjerneslag. Undersøkelsen bygger på elleve individuelle intervjuer. Her beskrives det at informantene opplevde redusert mestring og lavere deltagelse i fysiske aktiviteter etter hjerneslaget. Dette til tross for lette motoriske utfall og selvstendig gangfunksjon. Kognitive vansker og nedsatt fysisk form ble blant annet identifisert som hemmende. Her påpekes det også at treningstilbud i individuelt tilpassede grupper er et manglende supplement til dagens oppfølgingstilbud. L. Goodwin (2016) studerte erfaringer med rehabilitering i kommunehelsetjenesten, hos yngre personer med hjerneslag. Studien påpeker hvordan pasienters forventninger påvirker opplevelsen av rehabiliteringstilbudet, og hvordan fysioterapeutene kan påvirke pasientenes forventninger. Her trekkes det også frem at fysioterapiens rolle var viktig i gjenvinning av bevegelsesfunksjon, spesielt på grunn av fokuset på bevegelseskvalitet.

Eldres motivasjon for deltakelse i organisert, gruppebasert trening ble undersøkt i Stødle (2011). Undersøkelsen er en kvalitativ intervjustudie basert på syv intervjuer med deltakere fra en ni måneders gruppebasert treningsintervensjon. Her ble det funnet at informantenes livssituasjon var viktig for oppstart. For videre deltakelse ble selvpålevde endringer som førte til mestring av rolleoppgaver, instruktørens faglige og personlige egenskaper, samt sosial støtte fra leger, andre deltakere og familie beskrevet som viktige motiverende faktorer.

En undersøkelse av erfaringer med regelmessig trening hos fysioterapeut for barn med cerebral parese ble gjennomført av Handeland (2010). Studien er basert på intervjuer med fire barn, og belyser blant annet erfaringer med å mestre oppgaver, eller en opplevelse av å ikke mestre, og hvilke konsekvenser dette kan få for motivasjon og selvpåfatning. To av masteroppgavene omhandler tematikk som oppfattes som særlig relevant for dag- og aktivitetstilbud. Bentsen (2013) undersøkte pasienters opplevelser med natur i spesialisert nevrologisk rehabilitering. Denne studien er gjennomført i spesialisthelsetjenesten, men både tematikk og resultater forstås som relevante også for kommunale tjenester. Oppgaven søker å få innsikt i hvordan pasienter med nevrologisk sykdom opplever uterehabilitering, spesielt om hvilke opplevelser som gir mestring og hvordan pasientene opplever den sosiale settingen ved uterehabilitering. Studien er basert på semistrukturerte intervjuer med 10 pasienter. Her beskrives det at å være ute i naturen sammen med andre pasienter gir en unik mulighet for fellesskap, glede, avledning, takknemlighet og opplevelse av å være til nytte igjen. I Hovde (2016) studeres ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Dette er en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerte intervju av åtte ergoterapeuter, ansatt i kommunale rehabiliteringsavdelinger og ved sykehus. Her påpeker informantene mangel på tid som vesentlig faktor og ramme ved planlegging og gjennomføring av observasjoner, samt ved valg av metode og redskap ved observasjoner på treningskjøkken.

Videre er det funnet en masteroppgave som omhandler pårørende til brukergruppen. Bakken (2016) gjennomførte en kvalitativ intervjuundersøkelse av pårørende til slagrammede, hvor temaet var deres erfaring med kommunehelsetjenesten etter at ektefelle er kommet hjem. Her fremkommer det blant annet at pårørende har

varierende erfaringer relatert til rehabiliteringsprosessen. Positive aspekter som beskrives er individuell plan, koordinator og tilrettelegging av hjelpemidler.

5.2 KOMMUNALE PROSJEKTERFARINGER

I det følgende presenteres erfaringer fra utviklingsarbeid i norske kommuner. Dette kapitlet bygger i stor grad på prosjekter som mottok tilskudd fra de to beskrevne utviklingsprogrammene under Nevroplan 2015. I tillegg er det vist til andre relevante prosjekter i tilfeller hvor slike er identifisert. Det vises i denne sammenheng også til den nettbaserte veiviseren for etablering og drift av slike tilbud, www.nevronett.no. Erfaringsoppsummeringen som presenteres i det følgende baserer seg på arbeidet som lå til grunn for denne veiviseren. Dette arbeidet ble gjennomført i samarbeid mellom Jim Skarli ved Senter for omsorgsforskning og seniorrådgiver Kristin Refsdal i Helsedirektoratet. Dette ble videre sendt ut til gjennomgang hos noen utvalgte relevante aktører i kommunene, for kvalitetssikring og tilbakemeldinger.

Under de to tilskuddsordningene var det til sammen 19 prosjekter, fordelt på 13 kommuner, som fikk tilskudd fra Helsedirektoratet. I Flekkefjord, Gjøvik og Ål ble prosjektene under de to tilskuddordningene slått sammen til ett, uten at det er av praktisk betydning for denne oppsummeringen.

Tabell 5.2.1 Prosjekter som mottok tilskudd fra utviklingsprogrammene under Nevroplan 2015.

Dag/aktivitetstilbud:	Tilpasset treningstilbud:
Flekkefjord	Flekkefjord
Molde	Molde
Porsgrunn	Porsgrunn
Gjøvik	Gjøvik
Ål	Ål
Steinkjer	Steinkjer
Drammen	Kristiansand
Nøtterøy	Bergen
Bærum	Røros
Tromsø	

5.2.1 OVERORDNET BESKRIVELSE AV DE KOMMUNALE UTVIKLINGSPROSJEKTENE

De 19 prosjektene som er gjengitt over er alle rettet mot personer med nevrologiske sykdommer og skader, og etablering av tilbud til disse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Prosjektene spenner vidt og illustrerer heterogeniteten i målgruppen som omhandles av Nevroplan 2015. Dette relatert til blant annet et mangfold av ulike diagnoser, aldersgrupper og funksjonsnivå. Prosjekterfaringene synliggjør også mangfoldet i norske kommuner når det kommer til størrelse, geografiske avstander og infrastruktur i form av for eksempel kollektivtrafikk, og at dette ofte er av betydning for vellykket etablering av slike tilbud. I bykommuner med stort innbyggertall er det eksempelvis enklere å rekruttere tilstrekkelig antall personer til å etablere diagnosespesifikke grupper, enn det er i kommuner med et lavere antall innbyggere og tilsvarende færre aktuelle personer i målgruppen(e). Prosjektene varierer også betydelig

i omfang og rapporteringsform. I noen prosjekter er det utarbeidet store rapporter og omfattende skriftlig materiell som ofte er tilgjengelig online. I andre prosjekter er dokumentasjonen begrenset til upubliserte rapporter til Helsedirektoratet, med følgen at den offentlige tilgjengeligheten er mindre. Begrenset offentlig tilgjengelighet medfører at det er vanskeligere å etterprøve de vurderingene som her er gjort på bakgrunn av disse rapportene.

5.2.2 VIDERE DISPOSISJON

Mangfoldet i prosjektene og heterogeniteten i målgruppen medfører at det i tillegg til generelle erfaringer kan være ønskelig med utdypende informasjon på konkrete områder. I dette kapittelet blir det derfor også gjengitt lenker til relevante rapporter og publikasjoner som er tilgjengelig online, og som kan gi mer utdypende informasjon og kunnskap. Erfaringene fra utviklingsprosjektene presenteres systematisk med bakgrunn i tematikk som er identifisert som nyttig og viktig i etableringen av slike tilbud. Tematikken som presenteres er i kronologisk rekkefølge: suksesskriterier, målsetting for tilbudet, valg av målgruppe, trening og aktivitet, rekruttering, kompetanse, organisering, samarbeid og til sist, evaluering av tilbudet.

5.3 SUKSESSKRITERIER – GENERELLE ERFARINGSBASERTE TIPS FOR Å LYKKES MED TILBUDET

I de følgende punktene gjengis en oppsummering av tips for å lykkes med etablering og gjennomføring av tilbudene. Momentene er basert på kommunale prosjekterfaringer og har vist seg viktige for å sikre faglig gode og tilgjengelige tilbud som treffer målgruppen(e).

Kartlegging:

- kartlegge hvilke brukergrupper som har behov for et kommunalt tilbud
- kartlegge allerede eksisterende tilbud for målgruppen, både i spesialist- og primærhelsetjenesten
- systematisk kartlegging av funksjon med anerkjente verktøy og samtale om motivasjon
- kunnskapsbasert praksis fordrer at fagpersoner har oppdatert kunnskapsgrunnlag og får tilrettelagt opplæring. Det kan derfor være viktig å kartlegge behovet for, og gjennomføre kompetansehevede tiltak for ansatte, rettet mot de aktuelle brukerne

Samarbeid:

- etablere samarbeid med aktuelle relevante instanser som spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner
- se tilbudet i sammenheng med andre kommunale tjenester og dra veksler på allerede eksisterende kompetanse

Infrastruktur:

- tilpassede lokaler

- transport
- nærhet til knutepunkt for kollektivtrafikk
- nærhet til bolig

Motivasjon:

- et miljø som oppmuntrer og stimulerer til trening og rehabilitering
- trening i grupper er nyttig både fysisk, psykisk og sosialt
- finne en form på tilbudet som kan virke motiverende for deltagelse
- det sosiale aspektet er ofte en viktig motivasjonsfaktor
- kontinuitet på gruppeledere
- forutsigbart opplegg
- tilrettelagt individuelt opplegg i kombinasjon med gruppeaktivitet
- humor for å ufarliggjøre deltagelse, humor blir brukt av både deltakere og personale

5.3.1 LEDELSESFORANKRING

Det er mange faktorer som er avgjørende for at etableringen av et tilbud eller et prosjekt skal lykkes. Erfaringsmessig strandede mange prosjekter i helsevesenet på grunn av for liten kunnskap om prosjektarbeid (Aasebø Hauken, 2009). En kritisk suksessfaktor er også hvorvidt man har laget en god plan for overgangen mellom prosjekt til vanlig drift av det igangsatte tilbudet. Kompetanse og motivasjon er ofte avgjørende for suksess. I tillegg er sterk og reell ledelsesforankring en svært viktig suksessfaktor. For å lykkes med prosjekter er man helt avhengig av ledere som legger til rette slik at prosjektmedarbeidere får tid til å jobbe med prosjektene, sikrer finansieringen og forankrer arbeidet i organisasjonen. God ledelsesforankring innebærer at ansvarsforholdene er avklart og at prosjektet har en planlagt og kontinuerlig oppfølging i hele prosjektperioden.

5.4 MÅLSETNING MED TILBUDET

Prosjekterfaringer illustrerer at det ved utvikling og etablering av tilbud til målgruppen er viktig å ha klare målsetninger med tilbudet, da dette ofte vil være av stor betydning for en rekke valg som må gjøres underveis i etablerings- og gjennomføringsprosessen.

Etablering av tydelige målsetninger og en klar hensikt med tilbudet er viktig å få på plass tidlig i utviklingsprosessen. Det gir en tydelig rettesnor for arbeidet, og er av betydning for en rekke viktige valg som må foretas underveis.

Hensikten med tilbudet vil blant annet være avhengig av, og ha betydning for hvem som er målgruppen, hvem som trenger et tilbud, hva innholdet i tilbudet består av, hvilken kompetanse, faglige verktøy, samt lokaler og utstyr det er behov for.

Som et ledd i prosessen med utvikling av klare målsetninger kan det være fornuftig å kartlegge hvilke grupper av brukere som har behov for et kommunalt tilbud, etablere samarbeid med aktuelle instanser som spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner, samt kartlegge behovet for å gjennomføre kompetansehevede tiltak for ansatte rettet

mot de aktuelle brukergruppene.

5.5 MÅLGRUPPE

Målgruppen for denne typen tilbud vil være ulike grupper av personer med nevrologiske skader og sykdommer. Ved valg av målgruppe er det flere forhold som spiller inn og bør tas med i vurderingene. Hva en ønsker å oppnå med tilbudet er en viktig faktor her. Behov for tilbudet og mulighet til å nyttiggjøre seg dette, diagnose, funksjonsnivå og alder, er andre faktorer som ofte ligger til grunn ved valg av målgruppe. Valg av målgruppe bør avspeile hvilke grupper som har størst behov for tilbudene. Hvem er det for eksempel som ikke kan nyttiggjøre seg andre tilbud? Disse vurderingene illustreres i en prosjektrapport fra Bergen kommune (2015, s. 2), hvor følgende beskrives:

- Det mangler et tverrfaglig tilbud i forlengelse av opphold i sykehus og MS-senteret i Hakadal
- Det er behov for et tverrfaglig team som kan møte pasienten hjemme etter nylig diagnose, som også kan være en støtte for familie og pårørende
- Det mangler kompetanse generelt om diagnosen og om behandling hos helsepersonell i kommunen
- Det er vanskelig å komme til behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter pga lang ventetid

Hos personer med nevrologiske skader og sykdommer vil graden av funksjonsnedsettelse variere. I oppstartsfasen kan det derfor være viktig å oppdatere kunnskapen om hva som skiller diagnosene fra hverandre, og hvilke individuelle hensyn det er viktig å ta. Mange brukere kan ha godt utbytte av et gruppetilbud, men det må vurderes om det er individuelle forhold som gjør et gruppetilbud mindre egnet. En del nevrologiske tilstander kan gi kognitive endringer. Det er derfor nødvendig å vurdere sammensetning av grupper for å kunne gi et mest mulig tilpasset tilbud.

5.5.1 HOMOGENE ELLER HETEROGENE GRUPPER?

Det kan være både fordeler og ulemper ved både homogene og heterogene grupper, med hensyn til diagnoser og funksjon. I en diagnosespesifikk gruppe vil en enklere kunne forstå hverandres utfordringer i hverdagen. Det kan gjøre det lettere å støtte hverandre og føle samhold. Personer med samme diagnose har ofte samme typer utfordringer, slik at kompetanse og innhold i tilbudet kan spisses mot disse utfordringene. Steinkjer kommune (2015) beskriver at de har best erfaringer med rene diagnosegrupper ved slag, da brukerne lettere føler fellesskap og at det er lettere å støtte hverandre når man gjenkjenner utfordringene i hverdagen. Kristiansand kommune beskriver at det i mange tilfeller kan være viktig med en diagnosespesifikk tilnærming for å kunne støtte pasientene best mulig i sin mestringsprosess. Dette særlig med tanke på undervisning og erfaringsutveksling, slik at pasientene skal kunne tilegne seg kunnskap og ferdigheter om sin tilstand (Høyåsen & Ringstad, 2015).

Samtidig er det ressurskrevende å ha tilbud til flere spesifikke diagnosegrupper, og det kan også være vanskelig i små kommuner som har få personer i hver gruppe. Heterogene grupper er mindre ressurskrevende og enklere gjennomførbare i mindre kommuner. Noen har også erfaring med at brukerne opplever det som nyttig å se

likheter og forskjeller på tvers av diagnoser. Drammen kommune beskriver at en spennende utfordring for prosjektet var at brukergruppen ikke bestod av mennesker med en bestemt diagnose. Her heter det at «deltakerne kunne ha ulike funksjonsnivå og forventning om prognose internt i gruppen og det kunne være variasjoner fra gruppe til gruppe. Det var derfor interessant i oppstartfasen å oppdatere kunnskapen om hva som skiller diagnosene fra hverandre og hvilke individuelle hensyn det var viktig å ta» (Drammen kommune, 2015, s. 9).

Mange nevrologiske tilstander har også de samme fysiske eller kognitive utfordringene. Det er likevel en mulighet for at tilbudet kan bli mindre treffsikkert i en heterogen gruppe. Det er heller ikke gitt at kompetanse om en nevrologisk tilstand nødvendigvis er overførbart til andre diagnosegrupper.

5.5.2 DIAGNOSE OG FUNKSJONSNIVÅ

Personer med samme diagnose kan ha svært ulikt funksjonsnivå. Hvor fremskredent sykdomsforløpet er, tilleggssykdommer og høy alder er eksempler på faktorer som kan medføre store variasjoner i funksjonsnivå innenfor samme diagnosegruppe (Eklund et al., 2015)). Ulikt funksjonsnivå kan også påvirke deltagerens forventning om effekt av tilbudet som gis. Noen kommuner rapporterer at brukerne synes det er fint å trene sammen med andre som har noenlunde lik funksjon. I Steinkjer kommune (2015) påpekes det blant annet at mange i målgruppen ikke vil benytte treningssentre fordi de føler seg annerledes. Samtidig viser noen prosjekterfaringer at deltagere med samme diagnose ønsker å delta i samme gruppe, på tross av ulikheter i funksjonsnivå. Erfaringer fra trening i gruppe og stemmetrening i Ål kommune viser for eksempel at deltagere med Parkinsons ønsket å samles og trene i grupper, til tross for store ulikheter i funksjonsnivå (Eklund et al., 2015; Ål kommune, 2015). Brukernes fysiske og kognitive funksjonsnivå vil også være av betydning for både utforming av innholdet i tilbudet og ressursbehovet for gjennomføring.

5.5.3 KOGNITIVE VANSKER

Kognitive funksjoner har med vår evne til tenkning og intellektuelle og mentale prosesser å gjøre. Kognisjon kan forstås som evnen til å ta imot, bearbeide og vurdere all informasjon som kommer til hjernen. Det gjelder også evnen til å lære og til å overføre og generalisere kunnskap og erfaring. Videre inngår blant annet overordnede mentale kontrollmekanismer som regulerer adferd og hjelper til med å utføre handlinger på en fornuftig og effektiv måte. Ved kognitive endringer kan disse funksjonene være skadet. Risikoen for uhell og uheldige misforståelser kan derfor være stor (Bærum kommune, 2015; Nettet & Sogstad, 2014). Andre kognitive endringer kan for eksempel være nedsatt hukommelse, redusert sykdomsinnsikt, redusert evne til å holde oppmerksomheten på flere ting samtidig, uttalt tretthet, redusert tempo i tankevirksomhet og bevegelser (Dalin et al., 2008; Hestad & Egeland, 2010).

Nevrologiske sykdommer og skader i hjernen kan medføre en eller flere kognitive endringer. Å leve med kognitive endringer kan gi store utfordringer i dagliglivets gjøremål. Det er viktig med kartlegging av hvilke kognitive funksjoner som er skadet og hvilke som er bevart. Kunnskap og innsikt i egen situasjon og utfordringer er avgjørende for å gjenoppta kontrollen over eget liv. Også for å ivareta brukermedvirkning i størst mulig grad, er det viktig å kartlegge brukers kognitive svikt.

Kognitiv rehabilitering innebærer at pasienten trener på konkrete oppgaver i aktuelle situasjoner og miljø/livsarenaer. Kognitiv rehabilitering legger også vekt på innarbeiding av kompenserende teknikker og mestringsstrategier, bruk av hjelpemidler og å etablere faste rutiner. Tverrfaglig rehabiliteringsteam i kommunen, mestringskurs, dagaktivitetstilbud og å lære av andre i samme situasjon er viktige bidrag i rehabiliteringen.

Prosjektet «Kognitive vansker – hvordan tilrettelegge for aktivitet og deltagelse» ble gjennomført i regi av Utviklingssenter for hjemmetjenester Troms og Tromsø kommune. Dette prosjektet skulle legge til rette for aktiviteter som personer med kognitive vansker synes er trivelig å holde på med, er utfordrende, skaper mestringsfølelse og er med på å opprettholde eller øke deltagelse i eget liv. For personer med kognitive vansker er dette spesielt utfordrende, og det kreves systematisk arbeid for å få det til. Det kan være kognitiv svikt i ulike sammenhenger - fra de som har store fysiske utfordringer til de som ikke har synlige problem. Ofte kan dette føre til store vansker med å fungere i dagliglivet og sosialt. Systematisk trening og tilrettelegging i miljøet kan føre til bedret funksjon, men dette krever kunnskap om de ulike kognitive utfallene og rehabiliteringsmetoder (Tromsø kommune, 2015a). Hensikten med prosjektet var å utvikle en struktur for hvordan jobbe målrettet med mennesker som har opplevd kognitive vansker. Kunnskapen som er ervervet gjennom å prøve ut forskjellige metoder er formidlet gjennom en nettstøttet kompetanseplattform, <http://helsekompetanse.no/kurs/kognitive-vansker> (Tromsø kommune, 2015b), som kan tas i bruk av andre kommuner både på dagsenter og i hjemmetjenesten. Plattformen inneholder informasjon om hvordan en kan gi et tilpasset dag-/aktivitetstilbud til personer med kognitive utfordringer, og retter seg først og fremst mot ansatte som arbeider med opptrening av mennesker med kognitiv svikt etter ervervet hjerneskade. Brukerne selv og deres pårørende vil også kunne ha nytte av tilbudet. Modellene i kompetanseplattformen beskriver relevant kunnskap, arbeidsmetoder og tips om tilrettelegginger og kompenserende tiltak. Det gis også teoretisk kunnskap om forskjellige diagnoser og utfall.

5.5.4 KRAV OM HENVISNING?

Hvorvidt henvisning kreves for deltagelse er også en faktor som må vurderes. Krav om henvisning fra for eksempel fastlege kan være fordelaktig da personene er treningsklarert, og flere har samme innfallsvinkel med hensyn til helseforbedring/livskvalitet. (Nøtterøy kommune, 2015). På den annen side kan krav om henvisning bidra til å øke terskelen for deltagelse, slik at flere som kunne nyttiggjort seg tilbudet kan falle utenfor. Dette illustreres i erfaringer fra Drammen, hvor det ikke var krav om henvisning for deltakelse i tilbudet. Her beskrives det at «lavterskeltilbud har en utfordring med å informere om hva tilbudet innebærer så tydelig, at det er de som vil ha størst utbytte som faktisk oppsøker det. Samtidig er det ikke ønskelig å lage rammene for deltakelse så smale at ingen melder sin interesse for å delta» (Drammen kommune, 2015 s.16).

5.5.5 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Inklusjonskriterier benyttes i forbindelse med innlemming i tilbudene og beskriver først og fremst egenskaper som må være til stede for at en person skal kunne delta. Ulike typer inklusjonskriterier legges gjerne til grunn for deltagelse. Noen kriterier går på selve behovet for tilbudet, mens andre går på evnen til å delta eller nyttiggjøre seg dette. Førstnevnte er for eksempel kriteriet om at deltagerne må ha en form for nevrologisk

sykdom eller skade, eller en nærmere bestemt diagnose. Sistnevnte vil ofte være kriterier som den enkeltes evne til kommunikasjon overfor resten av gruppa, eller at en er selvhjulpen ved forflytning og i toalettsituasjon.

Eksklusjonskriterier beskriver grunner til at en person ikke kan delta i tilbudet, selv om personen oppfyller inklusjonskriteriene som er satt. Slike kriterier benyttes i mindre grad enn inklusjonskriterier. Eksklusjonskriterier settes ofte med bakgrunn i erfaringer om at noen forhold medfører at en egner seg mindre godt til å delta i en gruppeprosess, eller som medfører at personen ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det aktuelle tilbudet (Nordby & Bus- Popova, 2014).

Mange personer med nevrologiske skader og sykdommer faller utenfor andre kommunale tilbud, og det er viktig å huske at mange personer med nevrologiske skader og sykdommer har språkbarrierer (afasi), kognitiv problematikk og fysiske begrensninger, og dermed også noen praktiske vansker med deltakelse i ordinære aktivitetstilbud. Når man setter inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltagelse er det derfor viktig å vurdere hvorvidt en faktisk fanger opp de som har størst behov for tilbudet. Dette illustreres godt av Porsgrunn kommune når bakgrunnen for utvikling og etablering av tilrettelagt aktivitetstilbud til målgruppen beskrives. I etterkant av opphold ved døgnrehabiliteringsavdeling fikk mange pasienter mulighet til å delta i Torsdagsklubben, et halvdagstilbud som besto av balansetrening, lunsj og sosialt samvær. I prosjektrapporten beskrives det at «en gruppe pasienter kunne ikke delta i deler av Torsdagsklubben fordi de var rullestolbrukere, hadde for dårlig balanse eller hadde kognitive utfall. De ble ofte passive og isolerte i hjemmesituasjonen» (Porsgrunn kommune, 2015, s. 5).

Utviklingsprosjektene illustrerer at det i praksis ofte vil være en avveining mellom å fange opp de med størst behov og den enkeltes mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudet, innenfor de rammene tilbudet driftes innenfor.

Eksempler på inklusjonskriterier som benyttes:

- nevrologisk sykdom eller skade
- spesifiserte diagnoser
- pasienter med behov for tverrfaglig rehabilitering i kommunehelsetjenesten
- pasienter med nylig gjennomgått attack
- pasienter som har fått diagnosen innen siste året
- ferdig diagnostisert og har ikke behov for akutt medisinsk behandling
- behov for oppfølging fra både fysioterapeut og ergoterapeut
- må oppfylle kriteriene for rekvisisjon for drosje til fysioterapibehandling
- evne til kommunikasjon, blant annet evne til å ta imot beskjeder og å gjøre seg forstått overfor resten av gruppa
- må kunne spise selv (eventuelt med noe tilrettelegging)
- selvhjulpen ved forflytning og i garderobe-/toalettsituasjon (eventuelt ved bruk av hjelpemidler)
- kunne ordne med egen transport til/fra oppmøtested
- hjemmeboende voksne

- henvisning fra lege
- samtykkekompetanse

Eksklusjonskriterier som er benyttet i prosjektene er blant annet store kognitive og språklige vansker, svært redusert hukommelse og innlæringssevne, frontale skader med personlighetsforstyrrelser, tung psykisk lidelse, rusavhengighet og vesentlig redusert innsikt.

5.6 TRENING, MESTRING OG AKTIVITET

Mestring av hverdagen og det å leve så selvstendige liv som mulig har stor betydning for livskvalitet hos personer med nevrologiske skader og sykdommer. Trening kan bidra til egenmestring og deltagelse i arbeids- og samfunnsliv. Fysisk aktivitet er et satsningsområde i forebygging og behandling både på samfunns- og individnivå. Det kan ha en forebyggende effekt og ha betydning for kommunal ressursbruk. Regelmessig fysisk aktivitet kan forebygge funksjonstap og livsstilsrelaterede sykdommer. Det kan forbedre muskelfunksjon, utholdenhet og funksjonsnivå hos personer med ulike nevrologiske tilstander, og det er også vist at slik aktivitet kan forbedre psykisk helse og livskvalitet.

Et tilpasset treningstilbud kan bidra til å opprettholde eller styrke fysiske funksjoner som er avgjørende for å klare dagliglivets aktiviteter. Tilbudet bør inneholde kunnskapsbasert og tilrettelagt trening. Dette gjelder både med hensyn til innhold, intensitet og varighet.

Prosjekterfaringer tilsier at treningen bør ledes av personell med treningsfaglig kompetanse, og gjerne med erfaring med brukergruppen. Dette for å sikre at treningen er tilpasset og i tråd med anbefalte retningslinjer for dosering. Tilbudet ledes av en til to personer, avhengig av innholdet i treningsøkten, samt antall deltagere og deres funksjonsnivå. Unntaket kan være treningssamlinger som gjennomføres ute, som kan ledes av personer uten treningsfaglig kompetanse dersom innhold/aktivitet tilsier dette. Dette kan eksempelvis være gåturer med lav til moderat intensitet. Utendørsaktiviteter kan dog kreve flere instruktører eller ledere enn aktiviteter innendørs (Gjøvik kommune, 2015).

5.6.1 ET TILPASSET TILBUD

For å bedre den fysiske kapasiteten til personer i målgruppen er det nødvendig å finne den mengden aktivitet som gir best effekt for den enkelte. Dette gjelder både med hensyn til type trening og intensitet på treningen. Det er viktig å unngå over- og feilbelastninger som følge av treningen, eller skader som følge av redusert balanse (Gjøvik kommune, 2015).

Det kan også være behov for spesiell tilrettelegging og tilpasning av de fysiske rammene for treningstilbudet, altså relatert til lokaler og utstyr, transport og logistikk, samt kompetanse.

Det kan legges opp til trening som skal stimulere styrke, utholdenhet, balanse, bevegelse og motorikk. Dette kan for eksempel gjøres ved tradisjonell styrketrening, stasjons- eller sirkeltrening, utholdenhetstrening, aktive bevegelser, statisk tøyning, balanseøvelser, øvelser med fokus på bevegelseskvalitet, eller musikkterapi og ryttestøttet trening.

Det vanligste er at treningstilbud tilbys over en avgrenset tidsperiode, for eksempel over tolv uker, med en til to samlinger per uke. Varigheten på øktene kan være en til to

timer, avhengig av innhold. Intensiteten kan variere, avhengig av målgruppens funksjonsnivå, ønsker og behov.

I utviklingsprosjektene er det gjort noen erfaringer som er sammenstilt under. Det er viktig å understreke at slike erfaringer ikke nødvendigvis er dekkende for hele målgruppen som sådan, men sier noe om utfordringer og behov som det gjerne må tas hensyn til. En erfaring er at utholdenhetstrening noen ganger kan være en utfordring. Dette skyldes blant annet at deltakerne på grunn av utfordringer med styrke og balanse kan ha utfordringer knyttet til å oppnå tilstrekkelig belastning til å øke pulsen i så stor grad at utholdenhet trenes. En annen erfaring er at for noen brukere vil en samling per uke være nok, da noen av deltagerne kan ha behov for lange treningsøkter med plass til mange pauser. De kan bli raskt slitne i forbindelse med utførelse av øvelser både individuelt og i gruppe, men de henter seg ofte raskt inn igjen ved en kort pause. Det kan altså være grunn til å beregne god tid til gjennomføring av treningsøktene. Brukere har også gitt tilbakemelding om at det har stor betydning å komme til lokaler med et friskt fokus, kontra lokaler tilknyttet sykehus eller sykehjem. Dette har betydning for mestringsfokus.

Eksempler på treningstilbud:

- styrke, balanse og utholdenhet, blandet gruppe med flere neurologiske tilstander i aldersgruppen 34–76 år. Varighet en time, to ganger per uke i prosjektperioden, fysioterapeut (Gjøvik kommune, 2015).
- styrke/stabilitet, balanse og bevegelighetstrening, pust og avspenningsteknikker. Blandet gruppe med flere neurologiske tilstander, 50–70 år, to timer, en gang i uka. Åtte eller tolv uker. Varighet ca. 45 min. med yogalærer, ca. 20–30 min. med informasjon/diskusjon etter behov, resten til trening med fysioterapeut og yogalærer (Steinkjer kommune, 2015: <http://www.steinkjer.kommune.no/tilrettelegging-av-trening-for-personer-med-nevrologiske-sykdommer-og-skader.5154973-74164.html>).
- I Molde kommune har musikkterapi har vært brukt til gangtrening og håndtrening i individuelle forløp, gjerne i samarbeid med pårørende, fysioterapeut eller hjemmetjeneste. Enkel rytme eller mer individuelt utvalgt og tilpasset musikk ble brukt i gangtrening, og flere deltagere brukte spillelister eller CD-er til egentrening utenom timene. Musikken fungerte motiverende samtidig som den kunne virke strukturerende for bevegelsesmønstre. I håndtrening spilte deltagerne på ulike instrumenter sammen med musikkterapeut. Selv om den motoriske treningen var formålet, ga dette samtidig mulighet for kognitiv stimulering og utvikling av musikalske ressurser (Moltubakk, 2016).
- Trygg og Slagsterk er et gruppetilbud som inneholder trening, undervisning og erfaringsutveksling. Tilbudet gis over tolv uker. I undervisningen tas det opp temaer som fysisk aktivitet, kosthold, kognitive utfordringer, sykdomslære og mestring av daglige aktiviteter (Kristiansand kommune, 2015: <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/Om-Frisklivssentralen/for-deg-som-har-vart-rammet-av-hjerneslag/>).
- Stemmetrening for personer med Parkinson i Ål kommune, 61–87 år. Varighet en time, en gang per uke, to ganger måneden. Styrketrening som oppvarming, to fysioterapeuter og tre hjelpepleiere med videreutdanning i rehabilitering, en musikkpedagog (Eklund et al., 2015; Ål kommune, 2015)
- Individuell hjemmetrening, personer med Parkinson i Ål kommune, 61–87 år, null til to ganger i uken, fire ukers intensiv trening på balanse, styrke (Eklund et al., 2015; Ål kommune, 2015).

- Musikkterapigruppe for personer med Parkinson i Molde kommune. En time per uke i åtte uker. En helhetlig tilnærming, der bevegelse, trommespill, sang og stemmeøvelser ble brukt (Moltubakk, 2016).

I denne sammenheng vises det også til www.omsorgsbiblioteket.no, hvor det finnes informasjon om gode ressurser på dette området, blant annet «Aktivitets håndboken» (Bahr, 2009), «Treningsøvelser for rullestolbrukere (Landsforeningen for ryggmargsskadde, 2015) og «Trening og multipel sklerose» (Dalgas, 2013).

5.6.2 MESTRING

Manglende kunnskap om egen sykdom eller tilstand, bekymringer, praktiske utfordringer og andre forhold, kan forverre situasjonen og gi redusert livskvalitet for den enkelte. Det kan derfor være viktig å sette fokus på hvordan en kronisk lidelse påvirker opplevelse av livskvalitet og helse, og hvilke erfaringer brukerne har når det kommer til det å takle dagliglivet, yrkesliv, sosialt nettverk og helsetjenester. Mestringstilbud bør legge til rette for at brukerne skal få bedre innsikt i egen situasjon slik at de blir styrket i å mestre hverdagen og livssituasjonen. Temaer som kan tas opp er bl.a. jobb/relasjoner, funksjonstap, fatigue, energiøkonomisering, metoder for hvordan man kan håndtere fysiske, psykiske og praktiske utfordringer, og medisinske forhold.

Det kan være hensiktsmessig å reflektere rundt metodevalg i møtet med brukerne. Prosjekterfaringer viser eksempelvis at om fagpersonene i for stor grad tar regien med hensyn til både temaer og gjennomføring av møtene, kan dette medføre at brukerne blir passive (Drammen kommune, 2015). Noe som igjen gjør det vanskelig å vite om de forstår budskapet og om det er mulig å relatere temaet til egen virkelighet.

Helsepedagogikk kan være en nyttig tilnærming og handler i stor grad om å forstå hvilke mønstre som fremmer og hemmer læring og mestring. Hvilke situasjoner framhever likeverdig kommunikasjon og dialog som arbeidsform mellom brukere og helsepersonell? Viktig kunnskap om hvordan det er å leve med og mestre tilværelsen med en sykdom eller skade finnes hos brukere og pårørende som har levd med sykdommen en stund, mens helsepersonell innehar fagkunnskapene. For å lykkes må opplæring skje i et nært samspill mellom disse (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2013).

Gruppestørrelse og kognitiv funksjon hos brukerne vil også ha betydning for metodevalg. Noen brukere vil ha behov for støtte til å dempes eller holde fokus, mens andre trenger støtte for å hente frem sine refleksjoner. Hensikten med en gruppetilnærming er at den er tidseffektiv, brukerne kan ha nytte av å høre andres erfaringer og refleksjoner samt andres spørsmål til det tverrfaglige teamet av gruppeledere. En forutsetning her er å finne en balanse mellom faglige innlegg og fokus på erfaringsutveksling. En annen sentral oppgave for gruppen er å skape et miljø for læring som støtter og stimulerer hver enkelt.

Prosjekterfaringer viser at mange brukere har et ønske om å bidra i gruppen og dele kunnskap med mennesker i samme situasjon for gjensidig læring. Mange brukere oppgir at utfordringer og endringer i livet er noe de har vilje og evne til å ta tak i. Muligheten for læring og utveksling av erfaring og kunnskap er avgjørende for mange. Også trivsel og sosialt fellesskap kan være svært viktig. Eksempler på temaer som erfaringsmessig appellerer til eller etterspørres av brukere er nettverk, fysisk aktivitet, kosthold, mindfulness, kognisjon og mestring av depresjon (Drammen kommune, 2015; Nesset & Sogstad, 2014; Tromsø kommune, 2015a, 2015b).

5.6.3 AKTIVITETSTILBUD

I tillegg til funksjonstap som følge av sykdom, kan den normale aldringsprosessen medføre tilleggsutfordringer. Aldring kan medføre endringsbehov slik at aktiviteter og roller man har hatt må tilpasses dette, samtidig som at det er viktig å fortsette med å være så aktiv som mulig. Aktiviteter kan være så mangt, fra turgåing til handling av dagligvarer. Hvilke aktiviteter som er aktuelle vil blant annet avhenge av det fysiske og kognitive funksjonsnivået hos brukerne. Muligheten er også til stede for å introdusere brukerne til aktiviteter som de kan fortsette med etter gruppens avslutning eller til å «fase inn» brukerne i aktiviteter som drives i regi av andre (f.eks. Turistforeningen, Idrettslag, Historielag osv.).

Turer og utflukter kan gi både opplevelse av mestring og fysiske gevinster hos deltagerne, og kan være basert på utfordringer som en eller flere i gruppa har og som gruppa ønsker å bidra til å gjennomføre. Det kan også være en sosial tur for å sveise gruppa mer sammen og for å bidra til en bedret gruppedynamikk. Et tips er at gruppen selv planlegger turen for slik å bidra til økt mestring. Hensikten er å motvirke negative tanker og praktiske hindringer som gjør at brukerne velger inaktivitet, eller opplever å være prisgitt hjelp fra andre til å bli mer aktive i egen hverdag. Enkel hjernetrim kan også kombineres med slike aktiviteter. Med hjernetrim forstås her aktiviteter for å trene opp evne til problemløsning og hukommelse. Enkle former for hjernetrim som quiz, sudoku og kortspill kan bidra til viktig mental stimulering (Nordby & Bus- Popova, 2014; Tromsø kommune, 2015a).

5.7 REKRUTTERING OG FORHOLD TIL ANDRE TJENESTER

Prosjekterfaringer viser at det ofte er behov for mer fokus på informasjon, kommunikasjon og forventningsavklaring, samt rutiner og system som fanger opp de aktuelle brukerne i tilbudenes målgruppe. Det kan derfor være nyttig å huske på at både hensikten med, og målgruppen for tilbudet vil være av betydning for hvor det er hensiktsmessig å rekruttere deltagere. I noen tilfeller vil det være naturlig å rekruttere personer i forbindelse med utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. I andre tilfeller vil målgruppen være personer som i liten eller ingen grad mottar tjenester fra det offentlige tjenesteapparatet. For å fange opp disse personene kan fastlegen og brukerorganisasjonene være gode samarbeidspartnere. Mange vil også kunne rekrutteres via eller ved hjelp av andre kommunale tjenester, som for eksempel hjemmetjeneste, NAV, frisklivs-sentral eller tildelingskontor. Rekruttering av deltagere kan gjøres gjennom mange ulike kanaler og i samarbeid med andre tjenester og aktører. Hvor og hvordan man rekrutterer deltagere bør gjenspeile hvem som er målgruppen for tilbudet. I Kristiansand kommune (2015, s. 40) påpekes noen faktorer som ofte vil være av betydning for rekrutteringsarbeidet. Dette er tidsperspektivet ved etablering av nye tilbud, forbedringspotensial relatert til informasjon ut til samarbeidspartnere og publikum, fokus på å finne «den rette bruker» inn i målgruppen og fokus på «rett tid» relatert til rekruttering til kursdeltakelse og nasjonale anbefalinger.

5.7.1 KANALER OG ARENAER FOR REKRUTTERING

SPELIALISTHELSETJENESTEN

I noen tilfeller kommer personen i målgruppen direkte fra behandling i spesialisthelsetjenesten, og det vil da være naturlig at de rekrutteres i tilknytning til dette. Et eksempel er etablering av dagrehabilitering for personer med MS i Bergen, som ble gjort i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Målgruppen her var pasienter med MS med behov for tverrfaglig rehabilitering i kommunehelsetjenesten, med nylig gjennomgått attack, og hvor diagnosen MS er satt innen siste året. I forkant og ved oppstart av tilbudet ble det gitt informasjon til nøkkelpersonell på sykehuset som har som oppgave å henvise pasienter til kommunen. Det er også avholdt møter med samarbeidspartner som har en viktig rolle i forbindelse med henvisning til kommunehelsetjenesten (Bergen kommune, 2015).

KOMMUNALE TJENESTER

Andre målgrupper kan være vanskeligere å fange opp, og det kan være nyttig å vurdere om det er mulig å rekruttere disse via andre kommunale tjenester. I noen tilfeller vil det for eksempel kunne være naturlig å rekruttere personer etter at hverdagsrehabilitering er avsluttet, slik at en sikrer opprettholdelse av det økte aktivitetsnivået og brukernes motivasjon. Andre kan for eksempel rekrutteres inn via hjemmesykepleie/hjemmetjeneste, rehabiliteringstjeneste, psykisk helsearbeid, fysio- og ergoterapi, voksenopplæring, miljøarbeidertjeneste, tildelingskontor, NAV eller frisklivssentral. Ofte vil det kunne være en god ide å informere eksempelvis alle kommunale fysio- og ergoterapeuter, samt soneledere i hjemmetjenesten ved oppstart av nytt gruppetilbud, for å fange opp personer i den aktuelle målgruppen. Private fysioterapiinstitutter med kommunal avtale kan også være en aktuell samarbeidspartner i rekrutteringen. Erfaringsvis har mange av brukerne i brukergruppen kontakt med privat fysioterapeut.

FASTLEGEN

Fastlegen kan ha en viktig rekrutterings- og informasjonsfunksjon. Noen personer har lite kontakt med tjenesteapparatet utenom nettopp fastlegen. De kan derfor være utfordrende å fange opp andre steder. Utarbeiding av skriftlig informasjon til fastlegene, for eksempel i form av brosjyrer, kan være et nyttig rekrutteringstiltak. I tilfeller hvor det stilles krav om henvisning for deltagelse i tilbudet, vil fastlegen også kunne spille en viktig rolle.

BRUKERORGANISASJONER

Brukerorganisasjonene vil ofte kunne være svært nyttige samarbeidspartnere, ikke minst med hensyn til rekruttering av deltagere og spredning av informasjon til målgruppene. God forankring hos disse kan være en vesentlig suksessfaktor. I prosjektrapport fra Gjøvik kommune (2015) beskrives det at de hadde dialog med brukerorganisasjoner under hele arbeidsprosessen, og at dette var fordelaktig både med hensyn til innspill og tilpasning av treningstilbudet til målgruppen, samt ved rekruttering av deltagere til treningstilbudet. Her beskrives det at «det ble tidlig tatt initiativ for å kontakte aktuelle brukerorganisasjoner for å informere om prosjektet og for å få innspill og forankring. I

neste fase inviterte prosjektledelsen seg inn på medlemsmøter/årsmøter for å informere medlemmer av brukerorganisasjonene. I etterkant av disse møtene ble det sendt ut brev/epost med informasjon om prosjektet til medlemmene» (Gjøvik kommune, 2015, s. 3).

5.7.2 KOMMUNIKASJON OG REKRUTTERING

Ulike faktorer kan være av betydning for hvor hvordan en skal rekruttere deltagere, og det kan være lurt å tenke gjennom hvordan en best kan nå målgruppen. Informasjonsspredning og rekrutteringsarbeid vil ofte oppleves som en kontinuerlig og noen ganger tidkrevende prosess (Høyåsen & Ringstad, 2015).

Erfaringer viser at rekrutterings- og kommunikasjonsstrategier kan variere etter kommunistørrelse og demografiske forhold. Røros kommune (2015, s. 4) påpeker at «siden vi opererer i et område med relativt få innbyggere, finnes det en nokså god oversikt over aktuelle deltagere. Alle aktuelle har blitt forespurt, flere har takket nei». Dette illustrerer hvordan en i mindre kommuner ofte vil ha bedre oversikt over personene i målgruppen, enn i større kommuner.

5.7.3 PROFILERING OG INFORMASJONSSPREDNING

Hvordan en profilerer og sprer informasjon om tilbudet kan være en viktig faktor for å lykkes med å gjøre tilbudet kjent og dermed rekruttere deltagere. Her er det viktig å tenke på hvordan en skal treffe den aktuelle målgruppen for tilbudet. Er målgruppen aktiv på Facebook, eller treffer avisannonser bedre? Kanskje bør man informere i møter i regi av brukerorganisasjonene? I mindre kommuner hvor en kanskje har god oversikt over målgruppen, er det kanskje bedre å kontakte de aktuelle personene direkte? Som hovedregel viser prosjekterfaringene at det ofte vil være lurt å kombinere ulike former for informasjonsspredning og materiell, for å nå flest mulig. Informasjon er ferskvare, og erfaring fra prosjektene tilsier at det kan være hensiktsmessig å oppsøke de samme aktørene flere ganger for å holde kunnskapen om tilbudet ved like. Det kan også være lurt å sørge for at en har et system for å motta henvendelser og besvare spørsmål fra brukere pr telefon og eventuelle andre kanaler.

Eksempler på kanaler som benyttes for profilering og informasjonsspredning er avisannonser, egen hjemmeside, brosjyrer, foldere, oppsøkende virksomhet, muntlig informasjon, sosiale medier, informasjonsmøter og nyhetsbrev.

5.7.4 KARTLEGGINGSSAMTALE

I forbindelse med oppstart av tilbudet, vil det ofte være hensiktsmessig å gjennomføre en kartleggingssamtale. Hensikten med en slik samtale vil være å avklare brukerens ressurser og utfordringer, samt å kunne tydeliggjøre brukerens mål med deltagelse i tilbudet. I noen tilfeller vil det også være viktig å få et inntrykk av brukers evne til å utveksle og dele erfaringer med andre. Samtalen bør ta høyde for å møte den enkelte der han/hun er og iverksette tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livssituasjon. Brukeren kan også oppfordres til å ha med seg en pårørende i samtalen. Fokus i samtalen kan være behov og mål, motivasjon, å tydeliggjøre realistiske forventninger både fra deltaker og fagperson, bevisstgjøring hos bruker, samt fysisk og kognitiv funksjon.

En kartleggingssamtale kan for eksempel gjennomføres av to medarbeidere, hvor den ene er aktiv og den andre tar notater. Ved å gjenfortelle de oppsummerte punktene blir det enklere å konkretisere en målsetning eller et fokusområde brukeren er opptatt av å forandre eller utfordre. Standardiserte tester og kartleggingsverktøy kan også benyttes i forbindelse med kartleggingssamtalen. Slik kartlegging gjøres gjerne både ved oppstart og ved avslutning av tilbudet. Slik får både bruker og fagpersoner målbare resultater som i seg selv kan være motiverende (Tromsø kommune, 2015b).

5.7.5 HJEMMEBESØK

For å få et bedre kartleggingsgrunnlag og mulighet for å opprette god kontakt med pårørende tilstede, kan hjemmebesøk være et aktuelt tiltak. Ved å møte brukeren i forkant får denne muligheten til å formidle sine interesser, slik at personalet får et bedre innblikk i brukers funksjonsnivå, og kan legge forholdene til rette på en god måte.

Tromsø kommune (2015b) påpeker at det ved kognitive problemer hos brukeren kan være fornuftig å gi seg god tid til samtalen, være oppmerksom på den andres forståelse og oppmerksomhet, kommunisere på en enkel måte, sørge for at samtalen er strukturert, lage klare avtaler og tilby hjelpemidler som kan fremme det gode møtet, herunder huskehjelpemidler. Her finner du et eksempel på hvordan en samtale- og kartleggingsmal med utgangspunkt i COPM (Canadian Occupational Performance Measure) kan se ut, og hvordan en kartlegging kan legges opp: <http://kurs.helsekompetanse.no/kognitivevansker/45504>

5.8 KOMPETANSE

Prinsipper for en god fagutøvelse og helhetlige pasientforløp må være utgangspunkt for hvordan tjenestetilbudet til brukergruppen utformes. For å sikre kvalitetsmessig gode tilbud tilpasset brukergruppene, er en avhengig av god kompetanse hos utøverne. Både målgruppe, målsetning og type tilbud er av betydning for hvilken kompetanse en trenger. Det samme gjelder hvorvidt en befinner seg i en prosjektutviklingsfase eller har implementert tilbudet som en del av kommunens daglige drift.

5.8.1 KOMPETANSE/VERKTØY

Når kompetansebehovet vurderes vil det være naturlig å knytte dette opp mot generell profesjonskompetanse. Ofte vil kommunen allerede inneha mye av den kompetansen som behøves. Samtidig viser erfaringer at det også kan være behov for kunnskapstilføring, for eksempel knyttet direkte til nevrologiske sykdommer. Ofte er det også behov for tilleggskompetanse på spesielle faglige tilnærminger og verktøy. Videre trenger helsepersonell ofte kompetanse på å samarbeide med brukerrepresentanter. Dette først og fremst for å se verdien av slikt samarbeid og tilegne seg forståelse for hvordan en kan tilrettelegge for reell brukerrepresentasjon. Gjøvik kommune (2015) beskriver i denne sammenheng at det var utfordrende å finne personer med riktig kompetanse og som hadde mulighet til å bidra aktivt. Det påpekes at dette fikk konsekvenser for fremdriften, og viktigheten av det blir gjort et godt arbeid med å rekruttere personer med riktig kompetanse og arbeidskapasitet, helt fra starten. Bærum kommune (2015) påpeker hvor viktig det er med kompetanse på kognitiv svikt. Her anbefales det å sikre god kompetanse hos ansatte når det gjelder kognitive endringer, spesielt rettet mot yngre brukere. Dette begrunnes både i behovet for å avdekke brukere som har behov

for diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten, samt for å kunne følge opp anbefalinger for videre behandling etter opphold der.

Områder hvor mer spesialisert kompetanse ofte behøves:

- nevrologiske sykdommer
- kognitive utfordringer
- fysisk aktivitet
- kunnskap fra forskning vedrørende utfordringer som målgruppen står overfor. F.eks. fallforebygging, ensomhet, behov for mental og fysisk trening
- helsepedagogisk kunnskap om metoder og verktøy som virker fremmende for gruppeprosesser og individuell læring og mestring
- kunnskap om brukermedvirkning
- rehabiliteringskompetanse
- sykdomslære og mestring
- kartleggingsverktøy
- stemme og kommunikasjon
- medisinbruk
- kosthold

5.8.2 TVERRFAGLIGHET

Tverrfaglighet er viktig for å ivareta pasienten eller brukeren som helhet. Dette er særlig aktuelt for personer som har diagnoser som påvirker flere funksjoner, og der det er viktig å se skader i sammenheng med brukerens psykiske og sosiale situasjon. Skal man tilrettelegge for at brukeren skal få et tilbud som dekker alle viktige behov, og der de ulike tiltakene koordineres som en helhet, er det nødvendig at flere yrkesgrupper trekkes inn. Ulik kompetanse muliggjør at en får det beste ut av tilbudet ved å hente ut aktuell og utfyllende fagekspertise. Steinkjer kommune (2015) illustreres det hvordan tverrfaglighet kan se ut i praksis, når det beskrives at «kommunal og privat fysioterapeuter og yogalærer har ledet treningsgruppene. Fysioterapeut og ergoterapeut vil lede ei treningsgruppe for kognitiv og fysisk trening til høsten. Sykepleier fra hjemmetjenesten og fysioterapeut har utarbeidet "Øvelsesbanken" for hjemmetrening».

5.8.3 FAGGRUPPER OG PROFESJONER

Fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere er mye benyttede profesjonsgrupper i denne sammenhengen. Også andre faggrupper kan være relevante, som for eksempel musikkterapeuter, idrettspedagoger, vernepleiere og aktivtører.

For eksempel vil fysioterapeuten med sin spesifikke kompetanse kunne bidra med kunnskap om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom, og legge til rette for og yte tjenester som bidrar til utvikling, opprettholdelse og gjenvinning av optimal bevegelses- og funksjonsevne. Ergoterapeuten vil blant annet kunne

vurdere kognitiv funksjon, samt avdekke, veilede og undervise om kognitive utfordringer, samt anvende kunnskap fra anatomi og fysiologi relatert til aktivitetsutføring og mestring. Sykepleiere vil med sin kompetanse eksempelvis kunne bidra med ekspertise på sykdomslære og medikamenter, samt bistå med hjemmetrening eller trening på ADL-funksjoner.

5.8.4 FAGLIGE TILNÆRMINGER OG VERKTØY

Ulike faglige tilnærminger og verktøy kan være nyttige og aktuelle i forbindelse med etablering og gjennomføring av tilbudene. Kartleggingsverktøy kan være nyttige hjelpemidler både for å klargjøre forutsetninger og forventninger, og for å måle utvikling over tid. Kartlegging av fysisk funksjon bør ofte suppleres med kartlegging av kognitiv funksjon, for eksempel gjennom samtaler. Ved etablering er det derfor viktig å være bevisst på hvilke tilnærminger og verktøy det kan være hensiktsmessig å benytte, og hvorvidt en har eller behøver kompetansetilføring relatert til disse. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes en oversikt over relevante faglige tilnærminger og verktøy.

5.8.5 UTVIKLINGSFASE OG KOMPETANSE

Både i utviklingsfasen og i permanent drift vil det være behov for sterk fagkompetanse relatert til brukergruppen. I en utviklingsfase, som ofte vil være prosjektorganisert, vil det i tillegg være behov for kompetanse på prosjektledelse og organisering. Det kan også være verdt å merke seg at det både i en utviklings- og en driftsfase vil kunne være behov for en merkantil funksjon eller støtte. Veiledning kan være hensiktsmessig med tanke på prosjektets fremdrift, men også med hensyn til utvikling og evaluering av tilbudet som er igangsatt. En faglig støttespiller eller en «kritisk venn» kan være nyttig for fagpersonene som skal drifte et gruppetilbud over tid.

5.9 ORGANISERING

Erfaringer fra utviklingsprosjektene illustrerer at organisering og lokalisering av aktiviteter og tilbud kan være avgjørende for hvorvidt tiltaket blir vellykket. Tilpassede lokaler, utstyr og tilgjengelighet er viktige stikkord som går igjen her.

5.9.1 LOKALER OG UTSTYR

Tilbudet bør etableres i lokaler som er egnet for aktivitetene og målgruppen. I denne sammenhengen innebærer det blant annet krav til universell utforming og tilgjengelighet. Tilbakemeldinger fra brukere tilsier også at det kan være av stor betydning å komme til lokaler med et friskt fokus, kontra lokaler tilknyttet sykehus eller sykehjem og at dette har betydning for mestringsfokus. Prosjekterfaringer viser også at det kan være svært hensiktsmessig å benytte eller å ha tilgang til lokaler som gir mulighet for sosial omgang i forbindelse med aktivitetene, da den sosiale omgangen ofte beskrives som svært verdifull for brukerne. Trivsel og det sosiale fellesskapet beskrives som viktig (Drammen kommune, 2015). Porsgrunn kommune (2015) beskriver at det psykososiale miljøet betyr enormt mye for disse pasientene, siden de har liten mulighet for å delta i andre sosiale aktiviteter grunnet sitt funksjonsnivå, og at deltagerne ga uttrykk for at det sosiale aspektet var en viktig motivasjonsfaktor. I tillegg trekkes det frem at

det å gå på trening i fritid er noe alle gjør. Dette skaper en mer normalisert form på treningssituasjonen.

Ofte vil det også være naturlig med noe bevertning i forbindelse med samlinger og tilbud. Slik bevertning innbefatter gjerne kaffe, te og frukt. Prosjekterfaringer viser at forutsigbarhet og faste rammer kan være viktig for brukerne. Forutsigbarhet når det kommer til lokaler, tidspunkter, fagpersoner og bevertning er derfor et viktig moment å ta med seg inn i planleggingen av tilbudet.

Erfaringer viser at de følgende punktene ofte er viktige å ta i betraktning:

- lokaler tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse
- møterom for individuelle samtaler
- møterom for gruppeundervisning
- lokaler med tilgjengelige toaletter og mulighet for sosial omgang i for-/etterkant av trening
- sentral beliggenhet
- nærhet til knutepunkt for kollektivtrafikk
- tilgjengelig og gjerne gratis parkering
- nærhet til natur
- lys, lyd, støy

De fleste typer tilbud vil være avhengige av noe utstyr. Prosjekterfaringer viser at det er lurt å ha med seg dette inn i planlegging i forbindelse med lokalisering.

Utstyr som det ofte kan være behov for er projektor og bærbar pc til undervisning, kondisjonsapparater i treningssenter, diverse treningsutstyr i sal (f.eks. matter, kosteskaft, strikk, stepkasser, håndmanualer, medisnball, risposer, ballonger, Bobath-baller, Bosu og balanseputer) og kjøkkenutstyr til diverse forberedelser av mat og drikke.

5.9.2 TRANSPORT OG LOGISTIKK

Transport til og fra tilbudet kan representere en utfordring for brukerne. Mange kjører ikke egen bil, og det kan være utfordringer knyttet til bruk av offentlig transportmiddel eller å komme seg til og fra dette. Likevel vil det ikke alltid være nok at tilbudet ligger nært et kollektivt knutepunkt. For noen brukere kan det å ta kollektiv transport være så krevende at de takker nei til tilbudet. Hvordan tilbudet defineres vil også være førende for om tilbudet gir rett til pasienttransport eller ikke.

Utfordringer knyttet til transport kan medføre sosiale ulikheter relatert til hvem som kan benytte seg av tilbudet, avhengig av deres sosiale nettverk eller økonomi. I Kristiansand måtte deltagerne selv stå for transport til og fra kurset. Der erfarte man at det førte til flere utfordringer, da flere i målgruppen hadde midlertidig kjøreforbud. Dette skaper problemer for mange aktuelle deltakere. Her beskrives det at «noen klarer løse dette ved at de har pårørende, som kan og er i stand til å stille opp. Andre har ikke den muligheten. Med tanke på sosiale ulikheter, blir dette fort et 'luksustilbud' til deltakere som har et nettverk rundt seg, og/eller økonomi til å benytte offentlig eller privat transport» (Høyåsen og Ringstad, 2015, s. 41). Også i Gjøvik påpekes utfordringer relatert til transport. Her var et av inklusjonskriteriene i utprøvingen at deltagerne

selv måtte besørge transport. Kommunen påpeker at «det kan spekuleres i om dette har hatt innvirkning på hvilke deltagere som er rekruttert inn i prosjektet. Prosjektledelsen har ved flere anledninger mottatt spørsmål/kommentarer knyttet til transport» (Gjøvik kommune, 2015, s. 6).

5.10 SAMARBEID OG PARTNERSKAP

Personer med nevrologiske skader og sykdommer har behov for ulike tjenester og personell med forskjellig kompetanse, avhengig av funksjonsnedsettelse, ressurser og muligheter. Det kan ofte være hensiktsmessig med et nært samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten om behandling og oppfølging. Ofte vil det derfor være hensiktsmessig å etablere samarbeid med aktuelle instanser som spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner, kartlegge allerede eksisterende tilbud for målgruppen, både i spesialist- og primærhelsetjenesten, kartlegge hvilke grupper av brukere som har behov for et kommunalt tilbud, samt kartlegge behov for, og gjennomføre kompetansehevende tiltak for ansatte rettet mot de aktuelle brukergruppene.

Brukererfaringer underbygger også at samhandling og informasjonsflyt ofte vil være viktig for å lykkes med tilbudene. Skal rehabilitering i kommunen lykkes, er teamene avhengig av samhandling, informasjonsflyt, veiledning og kunnskapsoverføring mellom de ulike instansene og fagområdene som er involvert. Det er viktig å lære sammen med de andre man skal utføre tjenesten med (Neset & Sogstad, 2014).

I flere prosjekter påpekes også viktigheten av å benytte styrings- og planleggingsverktøy, som for eksempel Individuell plan (IP). Samtidig påpekes det at målgruppen ofte har varierende helse, hvilket kan medføre endringer i brukernes gjennomførings- evne underveis. Steinkjer kommune (2015) beskriver at de gjennom å benytte årshjul, ukeplaner og IP fikk kartlagt behov og ønsker hos brukerne. Disse planverktøyene bidro til å sikre at brukerne hadde medvirkningsmuligheter på sin hverdag. Det påpekes likevel at siden brukernes helse varierer, må det være muligheter for fleksibilitet slik at planene blir mulige å gjennomføre.

5.10.1 INTERNT I KOMMUNEN

Samarbeid på tvers av enheter internt i kommunen kan i mange tilfeller være svært fornuftig, både når det kommer til for eksempel rekruttering, kompetanse og logistikk, eller overgang til andre tjenester etter at tilbudet er avsluttet. Et eksempel her er Porsgrunn kommune (2015), som opprettet et tilbud som ble gitt i etterkant av opphold ved døgnrehabiliteringssenter.

Eksempler på nyttige samarbeidspartnere internt i kommunen:

- ergoterapeuter
- fysioterapeuter
- fastlege
- psykologer
- hjemmetjenesten
- miljøarbeidertjeneste

- tildelingskontor
- kommunal rehabiliteringstjeneste
- voksenopplæring
- aktivitørtjeneste
- frivillighetssentralen/Lions for transport

5.10.2 FRISKLIVSSENTRALER OG LÆRINGS- OG MESTRINGSENTRER

Frisklivssentralene kan være nyttige samarbeidspartnere i mange prosjekter (Høyåsen & Ringstad, 2015; Kristiansand kommune, 2015; Porsgrunn kommune, 2015).

Frisklivssentralene skal gi strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging basert på individuell veiledning og gruppebaserte tilbud. De skal primært gi støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud knyttet til psykiske belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk. Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet er for alle i målgruppen som bor og oppholder seg i kommunen, og spesielt for de som ikke finner andre egnede tilbud eller som trenger hjelp til å finne ut hva som passer for dem (Helsedirektoratet, 2016). Formålet med arbeidet i frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom.

I Veileder for kommunale frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016, s. 8), heter det at frisklivssentralen skal

- gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer
- gi veiledning som retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet
- understøtte brukerens egen læringsprosess
- gi tilbud så tidlig som mulig ved økt risiko for sykdom
- gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker
- styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse
- være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid

Et eksempel på et tilbud som er forankret i Frisklivssentralen, er «Trygg og slagsterk» i Kristiansand kommune. Dette er et tilbud til de som ønsker å mestre hverdagen bedre etter et hjerneslag, og hvor de får muligheten til å møte andre i samme situasjon. Trygg og slagsterk er et gruppetilbud som inneholder trening, undervisning og erfaringsutveksling, hvor målgruppen er personer som er rammet av hjerneslag og har beholdt gangfunksjonen (Kristiansand kommune, 2015; <https://www.kristiansand.kommune.no/frisklivssentralen>).

Lærings- og mestringssenteret finnes i både spesialisthelsetjenesten og i enkelte kommuner. I mange mindre kommuner er ofte frisklivssentraler og lærings- og mestringssenteret slått sammen. Lærings- og mestringssenteret skal gir tilbud til mennesker med langvarige helseutfordringer og deres pårørende. Lærings- og mestringssentrene gir i mange tilfeller også tilbud om kurs i helsepedagogikk for ansatte og brukerrepresentanter.

Et eksempel på et tilbud som er forankret i lærings- og mestringssenter er «Mestring av hverdagen» i Drammen kommune. Dette er et gruppetilbud for personer med nevrologiske sykdommer/skade/tilstander, som er i arbeidsfør alder, som har levd med skade, sykdom eller tilstand en stund og har gjort seg noen tanker om hvordan dette påvirker dem i hverdagen. Gruppen tar opp temaer som blant annet mestring og mestringsstrategier, hverdagsutfordringer, disponering av energi, det sosiale livet og livsstil. Erfaringsutveksling og refleksjon i gruppen ledes av erfarne fagpersoner (Drammen kommune, 2015, <https://www.drammen.kommune.no/helse-og-omsorg/helse-og-omsorg/laring-og-friskliv/larings--og-mestringssenter/mestring-av-hverdagen/>).

5.10.3 BRUKERORGANISASJONER

Brukerorganisasjonene er viktige samarbeidspartnere når en skal etablere og gjennomføre tilbud til denne målgruppen. Dialog og samarbeid med brukerorganisasjoner vil ofte være nyttig under hele arbeidsprosessen, med hensyn til innspill og tilpasning av selve tilbudet til målgruppen, ved rekruttering av deltagere og i forbindelse med støtte til aktuelle oppgaver og spredningsarbeid. På brukerorganisasjonenes hjemmesider finner en blant annet nyttig informasjon om de aktuelle nevrologiske sykdommene og skadene, samt kontaktinformasjon til lokalforeninger. En oversikt over nettressurser/lenker til aktuelle brukerorganisasjoner nasjonalt, finnes på www.omsorgsbiblioteket.no.

Her finner du nyttig informasjon om brukermedvirkning: <https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/brukermedvirkning/>

5.10.4 OFFENTLIG/PRIVAT SAMARBEID (OPS)

I noen tilfeller vil det også kunne være naturlig å inngå samarbeid med private aktører. Dette kan for eksempel være private fysioterapeuter, treningssentre eller andre aktører som kan bidra med kompetanse, lokaler, utstyr eller tjenester en trenger for å drive tilbudet. Steinkjer kommune (2015) har eksempelvis gjennomført treningsgrupper ledet av både kommunal og privat fysioterapeut.

5.10.5 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

I noen tilfeller kan det være verdt å vurdere å etablere samarbeid på tvers av kommuner. Dette kan være kostnadsbesparende, gi god utnyttelse av kompetanse og gjøre det enklere å rekruttere tilstrekkelig antall deltagere, spesielt i tilfeller hvor en ønsker å etablere homogene grupper. Ulemper som kan følge av slikt samarbeid kan i noen tilfeller være lengre reisevei og svakere kollektivtilbud, og en opplevd høyere terskel for deltagelse.

Lister Helsenettverk beskriver i sitt metodehefte at interkommunale grupper vurdert opp mot kommunale grupper ved oppstart. Her heter det at «med utgangspunkt i at modellen var tenkt spisset mot personer med nevrologisk sykdom og skade, kan man si at man optimalt burde igangsatt interkommunale grupper for å gjøre gruppen så homogen som mulig. Dette var også utgangspunktet ved første søknad om midler til Helsedirektoratet. Men med langstrakte kommuner, lange avstander og vansker med å få engasjert kommunale representanter på tvers av kommuner ble det konkludert med at modellen skulle utvikles og igangsettes i den enkelte kommune» (Damman Nordby & Bus-Popova, 2014, s. 11).

5.10.6 FRIVILLIGHET

Frivilligheten har en lang historie som velferdsinnovatører. Frivillig sektor representerer en viktig samfunnsnytte gjennom betydelig kapasitet og kompetanse, og vil i mange tilfeller kunne være svært gode samarbeidspartnere. Steinkjer kommune (2015) beskriver blant annet gode erfaringer med samarbeid med Røde kors besøkshundtjeneste, og at disse ble en positiv bidragsyter i prosjektet.

5.10.7 PÅRØRENDE

Den uformelle, i all hovedsak familiebaserte omsorgen, utgjør en innsats nesten på størrelse med den offentlige omsorgstje-nesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk. Pårørende utfører viktige omsorgsoppgaver og er en verdifull ressurs i omsorgsfellesskapet. Et godt samspill mellom pårørende og tjenesteytere, hvor de kjenner hverandres roller, behov og innsats, vil ofte være av betydelig nytteverdi. I mange tilfeller kan det være nyttig at pårørende deltar på hele eller deler av tilbudet, der dette er gjennomførbart. Dette for å sikre samarbeid, økt kompetanse og trygghet hos de pårørende. Pårørende har også god nytte av å få samme opplæring som deltageren om de ulike temaene underveis i tilbudet. Ved behov for endring av levevaner, vil dette svært ofte gjelde begge parter i et parforhold. Det kan derfor være viktig å ha tilbudet åpent også for pårørende (Kristiansand kommune, 2015).

5.11 EVALUERING, AVSLUTNING OG OVERGANG TIL ORDINÆR DRIFT

Oftestarter den vanskeligste og kanskje viktigste jobben når prosjektfasen er over og tilbudet skal implementeres som en del av kommunens faste tilbud. Ved overgang til permanent drift bør en se på hvordan tilbudet virker og hvordan det eventuelt kan forbedres. Før overgang til ordinær drift bør det derfor gjennomføres en evaluering av tilbudet. En slik evaluering bør både være relatert til dokumentasjon og vurdering av selve prosjektprosessen og organiseringen av tilbudet, samt til nytteverdi for brukerne. Evaluering innebærer måling i en eller annen form, og dokumentasjon av resultater bør vurderes opp mot de mål som ble satt for prosjektet.

5.11.1 EVALUERING AV TILBUD OG PROSJEKTPROCESS

Evaluering av tjenesten eller tilbudet kan ha ulike siktemål og ta ulike former. I denne sammenheng vil evaluering av tjenesten gjøres som grunnlag for revurdering eller endring av tilbudet, blant annet i forbindelse med overgang fra en prosjektfase til ordinær drift. Vanlige faktorer å dokumentere og evaluere er økonomi, fremdrift, kvalitet og måloppnåelse, og det vil være naturlig å evaluere om tilbudet er ressurseffektivt å drifte for kommunen. Det vil ofte være hensiktsmessig å bruke både kvantitative og kvalitative evalueringsmetoder. Både kvantitative og kvalitative data kan og bør samles underveis i prosjektet, da dette ofte vil være problematisk ved prosjektslutt. Aktuelle kvantitative data kan være økonomi, deltakervolum og ressursbehov, som personell og tidsbruk. Dokumentasjon kan dreie seg om alt fra enkle registreringsskjema for aktivitetene i prosjektet, til dagbøker og logger. I tillegg til oppsummering og dokumentasjon av resultater, kan det også være fornuftig å oppsummere selve prosjektforløpet og de ulike prosessene. Dette slik at organisasjonen kan lære av disse erfaringene, og at de kan komme andre til gode.

Viktige medarbeider- og organisasjonserfaringer som har fremkommet ved evaluering av prosjektene har blant annet vært at medarbeiderne har beskrevet en positiv personlig utvikling, større tverrfaglig forståelse og bedre samarbeid på tvers av virksomheter. Et annet viktig moment som beskrives er at ved overgang til permanent drift bør det fokuseres på kompetanseoverføring, økt kunnskap og gjerne hospiteringsmodeller, samt at det må jobbes med kunnskapsformidling og informasjon om tilbudet. Utfordringer som beskrives er blant annet at det er vanskelig å måle samfunnsmessig gevinst, at frigjøring av personressurser er sårbart ved endring av ledelse, at informasjon ikke formidles godt nok i egen organisasjon og at det kan være vanskelig å sikre eierskap til tilbudet.

Aktuelle spørsmål i forbindelse med evaluering av tilbud og prosjektprosess:

- Treffer vi målgruppen og lykkes vi med rekrutteringen?
- Er tilbudet kostnadseffektivt?
- Benytter vi de riktige kartleggingsverktøyene?
- Har vi den kompetansen vi trenger, og hvordan kan vi eventuelt tilføre kompetansen vi trenger?
- Er lokalene hensiktsmessige?
- Hvordan sikrer vi en god overgang fra og til andre tjenester?
- Har vi de samarbeidspartnerne vi trenger?
- Er det andre endringer vi kan eller bør gjøre for å forbedre tilbudet?

5.11.2 EVALUERING AV NYTTE FOR BRUKERNE

Hvilke effekter har de ulike tilbudene, hva betyr de for deltakerne og hvordan kan en måle dette? Erfaringer viser at det kan være vanskelig å vurdere nytteeffekt over tid. For å gi gode svar på dette vil det være nødvendig med lengre evalueringsperioder, og det vil være behov for å videreutvikle systematisk tenkning og klinisk kompetanse, gjerne tilknyttet forskning og følgeevaluering. Nytteeffekter for brukerne kan måles og

vrurderes på ulike måter, fra rent skjønnsmessige vurderinger til statistiske analyser av data samlet inn ved hjelp av kartleggingsverktøy.

Positive effekter som rapporteres fra de ulike kommunale tilbudene er blant annet økt selvtillit og mestring etter pasientkurs, forbedret kondisjon, styrke, balanse og koordinasjon, utvikling av vennskap og et sosialt fellesskap, treningsglede og økt trygghet i gruppen.

Forskjellige måleredskaper kan benyttes for å innhente ulike data, for eksempel kartleggingsverktøy, brukerundersøkelser/spørreundersøkelser/evalueringsskjema, avslutningssamtaler og workshops, eller evalueringsmøter. Måleredskapene i seg selv kan også fungere som en motivator og et verktøy både for personalet og brukerne. Systematisk bruk av kartleggingsverktøy kan for eksempel gi viktige data om nytteeffekt for brukerne. I hvilken grad ser en for eksempel en bedring i fysisk funksjon hos deltagerne? Hvordan kan vi eventuelt endre tilbudet for å øke de positive effektene? I mange prosjekter beskrives en betydelig sosial gevinst hos deltagerne, som en svært positiv effekt av tilbudet. For å fange opp denne type effekter vil sluttsamtaler eller brukerundersøkelser egne seg godt for datainnsamling.

Ved testing etter endt prosjektperiode kan det være viktig at man husker å notere eks. dagsform, tid på døgnet, og for noen brukere (for eksempel med Parkinsons sykdom) om man er i on/off-stadiet i medisinerings. Det er også viktig å huske på hvorvidt det er snakk om en progressiv sykdom ved evaluering av resultatene på de fysiske testene, slik at resultatene kan vurderes i lys av dette. En oppsummeringssamtale kan være et nyttig verktøy for å samle inn data i forbindelse med evaluering (Tromsø kommune, 2015). Hensikten kan være å evaluere om målene som ble satt ved oppstart ble oppnådd, samt å få generelle tilbakemeldinger på gruppetilbudet. Samtalen kan også inneholde en gjennomgang av de samme standardiserte kartleggingsskjemaene som ved oppstart av tilbudet. For å få mer informasjon om brukernes opplevelse av nytte i ettertid, kan det være lurt å invitere til en re-samling, for eksempel tre måneder etter at tilbudet er avsluttet.

Mange deltagere opplever det som vanskelig å skulle avslutte tjenesten. For mange blir gruppen eller tilbudet veldig viktig i hverdagen, og det er tøft å forestille seg veien videre uten. Erfaringer fra noen mestringstilbud viser at brukernes grad av samfunnsdeltagelse varierer. Selv om tilbudet har som mål å dyktiggjøre brukerne, kan noen brukere ha et behov for ytterligere oppfølging etter tilbudets avslutning. Enten i form av en ny gruppe, eller flere oppfølgingssamlinger. Det kan variere med i hvilken grad brukerne selv tar initiativ til å arrangere møtepunkter med hverandre i perioden etter tilbudets avslutning (Drammen kommune, 2015).

Kunnskap om tilgrensende tjenester som det kan være aktuelt for deltagerne å gå over i, kan derfor være svært nyttig i mange tilfeller. Det kan dreie seg om andre tilbud kommunen selv gir, eller tilbud som gis av andre, som brukerorganisasjoner, frivillige eller private aktører.

5.11.3 IMPLEMENTERING OG OVERGANG TIL ORDINÆR DRIFT

Overgangen fra prosjekt til permanent drift er ofte en utfordrende fase, og evalueringresultatene bør benyttes som grunnlag for eventuelle endringer for å bedre tilbudet i denne fasen. Hensikten med en god implementeringsprosess er å sikre at tilbudet integreres i drift på en god måte. For å sikre en vellykket overgang kan det lønne seg å utarbeide strukturerte og detaljerte planer for hele implementeringsløpet.

Planleggingen av en slik overgang bør begynne tidlig. Prosjekterfaringer peker også i retning av at det kan være hensiktsmessig å skille mellom utviklings- og implementeringsfasen. Helsenettverk Lister beskriver at det i prosjektperioden ble skissert en parallellkjøring av modellutvikling og implementering, men at det vist seg lite hensiktsmessig og lite gjennomførbart (Nordby & Bus-Popova, 2014). Gode rammer for implementeringsprosessen er en viktig suksessfaktor. Ofte vil slike prosesser avhenge av at det jobbes bredt i organisasjonen, og eierskap hos ansatte og forankring hos ledelse er viktige momenter for en vellykket overgang. Husk også at en overgang fra prosjekt til permanent drift ofte også vil innebære en overgang fra finansiering via eksterne prosjektmidler til kommunens driftsbudsjett. Kontinuitet i overgangen fra prosjekt- til driftsfase kan være viktig for å sikre en vellykket implementering. Slik kontinuitet kan sikres ved at ressurspersoner i prosjektperioden også blir det i implementeringsfasen.

Ved overgang til permanent drift må det tas stilling til hvor tilbudet skal plasseres og forankres i organisasjonen. I denne sammenhengen kan det ofte være lurt å vurdere om tilbudet kan knyttes opp mot andre eksisterende kommunale tilbud. Dette kan for eksempel være frisklivssentralen eller fysioterapitjenesten i kommunen. Gode tips og skjemaer for implementering av tilbud til personer med hjerneslag og Parkinson, finnes blant annet i Høyåsen og Ringstad (2015). Tips om implementering av mestringstilbud finnes i Drammen kommune (2015), mens Eklund et al. (2015) inneholder tilsvarende om implementering av hverdagstrening.

KONKLUSJON

Hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen har vært å identifisere, samle og presentere praktisk kunnskap om etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med nevrologiske skader og sykdommer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er funnet studier som omhandler effekter av trening og aktivitet for brukergruppen. Hovedandelen av disse studiene er gjennomført mot enkeltdiagnoser, snarere enn gruppen nevrologiske sykdommer og skader som helhet. Noen nevrologiske tilstander er særlig representert i denne sammenheng, og da spesielt Parkinsons sykdom og hjerneslag. Positive effekter av trening og aktivitetstilbud for disse gruppene synes godt dokumentert. Den identifiserte forskningen viser også at personer i denne målgruppen gjerne har sammensatte behov, noe som ofte kan inkludere kognitive og emosjonelle utfall, samt psykiatriske symptomer som angst og depresjon. Dette styrker forståelsen av at personer med nevrologiske tilstander har behov for en tverrfaglig tilnærming og individuelle tilpasninger i tjenestene. Det er også funnet studier som indikerer at brukere etterspør mer praktisk hjelp for å ha muligheten til å leve et sosialt, aktivt og selvstendig liv, samt at denne typen tilbud vil være positive som avlastning for pårørende. Omfanget av dokumentasjon er her dog svakere. Videre ble det også funnet noen få norske studier som omhandler etablering, organisering og gjennomføring av slike tilbud som er gjenstand for denne oppsummeringen.

I Evaluering av Omsorgsplan 2015 påpekes det at selv om det gjennom Neuroplan 2015 har vært satt fokus på denne brukergruppen, ser det ikke ut til at dette har vært en utbredt satsning i kommunene (Tingvold & Romøren, 2015). T.I. Romøren (2009) påpeker at personer med nevrologiske skader og sykdommer har størst mangler innen tjenester med betydning for deres sosiale liv. Dette peker i retning av et behov for styrket fokus på etablering av tilbud til denne målgruppen.

Samtidig illustrerer denne kunnskapsoppsummeringen at det gjøres mye godt arbeid i norske kommuner på dette feltet. Utviklingsprosjektene illustrerer at det er mange aktuelle problemstillinger det må tas stilling til ved etablering av tilbud til målgruppen. Disse erfaringene representerer nyttig kunnskap for andre kommuner som ønsker å etablere denne typen tilbud. Mange av problemstillingene som erfaringsmessig dukker opp er av praktisk art og relatert til tematikk som logistikk, transport og lokaler. Samtidig tydeliggjør utviklingsprosjektene også heterogeniteten innad i denne brukergruppen, og hvordan dette blant annet har følger for behovet for tilføring av (spesialisert) kompetanse ved etablering av tilbud til brukergruppen.

6.1 BEHOV FOR TILFØRING AV KUNNSKAP

På bakgrunn av de publikasjonene som er funnet i forbindelse med denne oppsummeringen, synliggjøres det flere områder hvor det er behov for ytterligere kunnskapstilføring:

- Utviklingsprosjektene i kommunene rapporterer ofte positive resultater, for eksempel relatert til bedret funksjonsnivå og brukertilfredshet. Samtidig mangler det større og mer systematiske undersøkelser av denne type data. Det underbygges av at det er funnet få forskningsstudier som omhandler etablering, organisering og gjennomføring av slike tilbud som er gjenstand for denne oppsummeringen.

- Det er behov for forskning på brukergruppen over tid. Hvordan utvikler brukerbehovene seg med og uten tilbud? Hvilken effekt har senrehabilitering og lærings- og mestringstilbud på gruppen over tid? I hvilken grad klarer kommunene som har igangsatt tilbud å videreføre disse?
- Det er et behov for tilføring av kunnskap om brukermedvirkning i tjenesteutformingen. Dette kanskje spesielt på individnivå, i tråd med det identifiserte behovet for individuelt tilpassede tjenester. Tilbudenes betydning for pårørende er et annet område som forstås som lite dokumentert.
- Kunnskapsoppsummeringen synliggjør at kommunene ofte har behov for tverrfaglig kompetanse relatert til brukergruppen. Bruken av tverrfaglige team og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten på dette feltet er en annen tematikk hvor økt kunnskap hadde vært ønskelig.

REFERANSER

- Aasebø Hauken, M. (2009). Hva er godt prosjektarbeid? *Sykepleien*, 2009(17), 62-66.
- Ada, L., Dean, C. M., Morris, M. E., Simpson, J., & Katrak, P. (2010). Randomized trial of treadmill walking with body weight support to establish walking in subacute stroke: the MOBILISE trial. *Stroke*, 41(6), 1237-1242. doi:DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.569483
- Andersen, J., Askheim, O. P., Begg, I. S., & Guldvik, I. (2006). *Brukerstyrt personlig assistanse: kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andresen, T. K. (2016). *Jeg kan ikke prioritere deg: Kommunale fysioterapeuters opplevelse med prioriteringer i møte med nevrologiske brukere*. (Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning voksen), UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/10073/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bakken, A. (2016). *Det var som å lede en middels stor bedrift. Pårørende til slagrammede og deres erfaring med kommunehelsetjenesten etter at ektefelle er kommet hjem. En kvalitativ intervjustudie*. (Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning voksne), UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9616/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bentsen, L. S. (2013). *Ute i naturen lever jeg. Pasienters opplevelser med natur i spesialisert nevrologisk rehabilitering*. (Masteroppgave), Universitetet i Agder, Kristiansand. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/194493/ME-518%202013%20h%c3%b8st%20masteroppgave%20Live%20Skjeggedal%20Bentsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bergen kommune. (2015). *Rapportering på tilskudd. Til Helsedirektoratet*.
- Brazzelli, M., Saunders, D. H., Greig, C. A., & Mead, G. E. (2011). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(11). doi:Doi: 10.1002/14651858.CD003316.pub4
- Bærum kommune. (2015). *Rapportering på tilskudd. Til Helsedirektoratet*.
- Cadilhac, D. A., Hoffmann, S., Kilkenny, M., Lindley, R., Lalor, E., Osborne, R. H., & Batterby, M. (2011). A phase II multi-centered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. *Stroke* 2011; 42:1673-1679, 2011(42), 1673- 1679.
- Dahm, K., & Reinart, L. M. (2009). *Effekten av fysioterapi for pasienter med Parkinsons sykdom*. Retrieved from Oslo: <http://www.fhi.no/publ/eldre/effekten-av-fysioterapi-for-pasienter-med-parkinsons-sykdom>

- Dalgas, E. (2013). *Trening og multippel sklerose*. Retrieved from Århus: <http://www.ms-guiden.no/Global/Docs/MS-guiden.no/1/Trening%20og%20MS.pdf>
- Dalin, R., Hasli, E., Killi, E. M., Kjørstad, M., Mølmen, E., & Nygård, B. E. m. e. h., en veileder. Øverby kompetansesenter, ISBN 82-90847-21-1. (2008). *Eleven med ervervet hjerneskade – en veileder basert på nevropedagogisk tenkning*. Retrieved from Gjøvik: http://www.statped.no/globalassets/fagomrader/ervervet-hjerneskade/ervervet_hjerneskade-2.pdf
- Den norske legeförening. (2007). Hva er nevrologi? . Retrieved from <http://legeföreningen.no/Fagmed/Norsk-nevrologisk-förening/for-publikum/>
- Dibble, L. E., Addison, O., & Papa, E. (2009). The effects of exercise on balance in persons with Parkinson's disease: a systematic review across the disability spectrum. *J Neurol Phys Ther*, 33(1), 14-26. doi:10.1097/NPT.0b013e3181990fcc
- Dietrich, E. (2007). Hjernens plastisitet – perspektiver for rehabilitering etter hjerne-slag. *Tidsskrift Nor Legeförening*, no. 9, 3. mai 2007, 127(9), 1228-1231.
- Dragland, A. (2012). *Noen som vet hva de driver med, når andre ikke gjør det – kommunefysioterapeuters erfaringer fra samhandling med ambulante rehabiliteringsteam (ART)*. (Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning voksne), Universitetet i Tromsø, Tromsø. Retrieved from Universitetet i Tromsø. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4539/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Drammen kommune. (2015). *Prosjekt «Mestring av hverdagen» – en styrking av kompetanse og kvalitet på kommunens arbeid med brukere med ervervet nevrologisk skade eller sykdom, og evaluering av effekt av tverrfaglig gruppebasert mestringsmodell*. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20162/rapport_2016_kommunale-rehab_tjenester_orgv2.pdf
- Ebersbach, G., Ebersbach, A., Edler, D., Kaufhold, O., Kusch, M., Kupsch, A., & Wissel, J. (2010). Comparing exercise in Parkinson's disease—the Berlin BIG Study. *Movement Disorders*, 25(12), 1902-1908. doi:10.1002/mds.23212
- Eklund, M. L., Sando, M. K., Paulsen, S. H., & Jensen, L. H. (2015). *Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom : rapport fra utvikling av tilpasset treningsmodell*. Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/278142/Eklund_2015_Skriftserien_10.pdf?sequence=1
- English, C., & Hillier, S. L. (2010). Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(7).
- Farley, B. G., & Koshland, G. F. (2005). Training BIG to move faster: the application of the speed-amplitude relation as a rehabilitation strategy for people with Parkinson's disease. *Experimental Brain Research*, 167(3), 462-467. doi:10.1007/s00221-005-0179-7
- Figved, N. (2007). *Neuropsychiatric aspects of multiple sclerosis* (Ph.d.), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Fisher, B. E., Wu, A. D., Salem, G. J., Song, J., Lin, C. H., Yip, J., . . . Petzinger, G. (2008). The effect of exercise training in improving motor performance and corticomotor excitability in people with early Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(7), 1221-1229. doi:10.1016/j.apmr.2008.01.013

- Fox, C., Ebersbach, G., Ramig, L., & Sapiro, S. (2012). LSVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral Treatment Programs for Speech and Body Movement in Parkinson Disease. *Parkinson's Disease*, 2012, 391946. doi:10.1155/2012/391946
- French, B., Thomas, L. H., Leathley, M. J., Sutton, C. J., McAdam, J., Forster, A., . . . Watkins, C. L. (2007). Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cdo06073. doi:10.1002/14651858.CD006073.pub2
- Fure, B. (2008). Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag. *Demens & alderspsykiatri*, 12(4).
- Fønhus, M. S., & Flottorp, S. (2015). *Individuell behandlings- og oppfølgingsplan kan gi større tro på egen mestring*, Folkehelseinstituttet. *Forskningsoversikt 2015*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2015/individuell-behandlings--og-oppfolgingsplan-kan-gi-storre-tro-pa-egen-mestr/>
- Gjellesvik, T. I., Brurok, B., Hoff, J., Torhaug, T., & Helgerud, J. (2012). Effect of high aerobic intensity interval treadmill walking in people with chronic stroke: a pilot study with one year follow-up. *Top Stroke Rehabil*, 19(4), 353-360. doi:10.1310/tsr1904-353
- Gjøvik kommune. (2015). *Rapporteringsmodell – tre-årig utviklingsprogram - utarbeiding av modeller med nasjonal overføringsverdi – Neuroplan 2015*.
- Goodwin, L. (2016). *Pasienterfaringer med rehabilitering i kommunehelsetjenesten. En intervjuundersøkelse hos yngre personer med hjerneslag*. (Masteroppgave i helsefag, studieretning klinisk neurologisk fysioterapi, fordypning voksne), UiT, Norges arktiske universitet, Tromsø. Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9594/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Goodwin, V. A., Richards, S. H., Taylor, R. S., Taylor, A. H., & Campbell, J. L. (2008). The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 23(5), 631-640. doi:10.1002/mds.21922
- Gordon, N. F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B. A., Roth, E. J., & Shephard, T. (2004). Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. *Circulation*, 109(15), 2031-2041. doi:DOI: 10.1161/01.CIR.0000126280.65777.A4
- Handeland, H. (2010). *Barn med cerebral parese – erfaringer med regelmessig trening hos fysioterapeut. En kvalitativ intervjustudie*. (Masterprogram i helsefag. Studieretning fysioterapivitenskap), Universitetet i Bergen, Bergen. Retrieved from http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5844/69435029.pdf;jsessionid=453462A87226F436C184EF712CEB2B1B.bora-uib_worker?sequence=1
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64 C.F.R. (1999a).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63 C.F.R. (1999b).

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006a). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St. Meld. nr. 25 (2005-2006)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006b). *Omsorgsplan 2015*. (Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007-2008)). Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/sartrykk_omsorgsplan_2015.pdf.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, FOR-2011-12-16-1256 C.F.R. (2011a).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Nasjonalt helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld. St. 16 (2010-2011)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c). *Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, 24.06.2011 nr. 30 C.F.R. (2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5c-d43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec-72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a-24858c8340edaf78a77e2fbegcb7/omsorg_2020.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptrappingsplanRehabilitering.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Fleksible tjenester – for et aktivt liv. Fagrapport om tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer* (IS-1875). Retrieved from
- Helsedirektoratet. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. (IS-1896). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf.

- Helsetilsyn, S. (2005). *Pleie- og omsorgstjenester på strekk*. Retrieved from <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2005/Pleie-omsorgstjenester-strekk/>.
- Hestad, K. A., & Egeland, J. (Eds.). (2010). *Klinisk nevropsykologi. Undersøkelse av voksne pasienter*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Hill, T. R., Gjellesvik, T. I., Moen, P. M., Tørhaug, T., Fimland, M. S., Helgerud, J., & Hoff, J. (2012). Maximal strength training enhances strength and functional performance in chronic stroke survivors. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(5), 393–400. doi:10.1097/PHM.0b013e31824ad5b8
- Hillsdon, M., Foster, C., & Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cdo03180. doi:10.1002/14651858.CD003180.pub2
- Hovde, L. M. (2016). *Erfaringer med bruk av treningskjøkken for pasienter med kognitiv funksjonssvikt: en kvalitativ studie av ergoterapeuters erfaringer fra observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken*. (Masteroppgave), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425931/Masteroppgave%20Lene%20Hovde%20NTNU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1280/Statusrapport%20hjerneehelse%20endelig.pdf>, H. S. h. I.-. (2017). *Statusrapport hjerneehelse*. (IS-2588). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1280/Statusrapport%20hjerneehelse%20endelig.pdf>
- Hu, G., Sarti, C., Jousilahti, P., Silventoinen, K., Barengo, N. C., & Tuomilehto, J. (2005). Leisure time, occupational, and commuting physical activity and the risk of stroke. *Stroke*, 36(9), 1994–1999. doi:10.1161/01.STR.0000177868.89946.0c
- Høyåsen, C., & Ringstad, L. (2015). *Prosjektrapport Neuroplan 2015*. Retrieved from
- Janssens, J., Malfroid, K., Nyffeler, T., Bohlhalter, S., & Vanbellingen, T. (2014). Application of LSVT BIG Intervention to Address Gait, Balance, Bed Mobility, and Dexterity in People With Parkinson Disease: A Case Series. *Physical Therapy*, 94(7), 1014–1023. doi:10.2522/ptj.20130232
- Johansen Quale, A., & Schanke, A. (2010). *Resilience in the Face of Coping With a Severe Physical Injury: A Study of Trajectories of Adjustment in a Rehabilitation Setting* (Vol. 55).
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Knapp, M., Swift, C., & Donaldson, N. (2005). A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care. *Health Technol Assess*, 9(18), iii–iv, 1–79.
- Kristiansand kommune. (2015). *Rapportering på tilskudd til Helsedirektoratet*.
- Kupca, A. (2015). *Jeg er den samme, men på en litt annen måte. Erfaringer med fysisk aktivitet, ett til to år etter hjerneslag hos personer med selvstendig gangfunksjon*. (Masterprogram i helsefag, fysioterapivitenenskap), University of Bergen, Retrieved from <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/11682/139333959.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kwakkel, G., de Goede, C. J., & van Wegen, E. E. (2007). Impact of physical therapy for Parkinson's disease: a critical review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord*, *13 Suppl 3*, S478-487. doi:10.1016/S1353-8020(08)70053-1
- Lahelle, A. F. (2014). *Førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag i kronisk fase – om motivasjonsskapning og betydning av undersøkelsesfokus*. (Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, for-dypning voksne), UiT Norges arktiske universitet, Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9173/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Landsforeningen for ryggmargsskadde. (2015). *Treningsøvelser for rullestolbrukere: LARS*.
- Langhammer, B., Lindmark, B., & Stanghelle, J. K. (2007). Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. *Clin Rehabil*, *21*(6), 495-510. doi:10.1177/0269215507075207
- Langhammer, B., & Stanghelle, J. K. (2003). Bobath or motor relearning programme? A follow-up one and four years post stroke. *Clin Rehabil*, *17*(7), 731-734. doi:10.1191/0269215503cr6700a
- Langhammer, B., & Stanghelle, J. K. (2010). Exercise on a treadmill or walking outdoors? A randomized controlled trial comparing effectiveness of two walking exercise programmes late after stroke. *Clin Rehabil*, *24*(1), 46-54. doi:10.1177/0269215509343328
- Langhammer, B., & Verheyden, G. (2013). Stroke Rehabilitation: Issues for Physiotherapy and Physiotherapy Research to Improve Life after Stroke. *Physiotherapy Research International*, *18*(2), 65-69. doi:10.1002/pri.1553
- Lidal, I. B., Underland, V., Straumann, G. H., & Dahm, K. T. (2016). *Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved nevrologiske tilstander*. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20162/rapport_2016_kommunale-rehab_tjenester_orgv2.pdf
- Martin Ginis, K. A., Jetha, A., Mack, D. E., & Hetz, S. (2010). Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord*, *48*(1), 65-72. doi:10.1038/sc.2009.87
- Martinsen, R., Kirkevold, M., & Svein, U. (2015). Young and Midlife Stroke Survivors' Experiences With the Health Services and Long-Term Follow-Up Needs. *Journal of Neuroscience Nursing*, *47*(1), 27-35. doi:10.1097/JNN.000000000000107
- Mehrholz, J., Kugler, J., Storch, A., Pohl, M., Hirsch, K., & Elsner, B. (2015). Treadmill training for patients with Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD007830.pub4
- Molden, T. H., Wendelborg, C., & Tøssebro, J. (2007). *Analyse av levekårsundersøkelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne 2007 (LKF)* Retrieved from Trondheim: <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Levek%C3%A5rsanalyse%2015%20april.pdf>
- Moltubakk, A. D. (2016). *Musikkterapi i kommunal nevrorehabilitering. Prosjektrapport*.

- Morris, M. E., Martin, C. L., & Schenkman, M. L. (2010). Striding out with Parkinson disease: evidence-based physical therapy for gait disorders. *Phys Ther*, 90(2), 280-288. doi:10.2522/ptj.20090091
- Myint, P. K., Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Luben, R. N., Welch, A. A., Bingham, S. A., . . . Khaw, K.-T. (2007). Physical health-related quality of life predicts stroke in the EPIC-Norfolk. *Neurology*, 69(24), 2243-2248. doi:10.1212/01.wnl.0000296010.21252.78
- Myrvang, V. H. (2010). *Samliv med sykdom: en studie av personer med multipl sklerose*. Tønsberg: Aldring og Helse.
- Nelles, G. (2004). Cortical reorganization--effects of intensive therapy. *Restor Neurol Neurosci*, 22(3-5), 239-244.
- Nesset, G., & Sogstad, M. (2014). *Evalueringsrapport fra prosjektet Ferdig rehabilitert, men ikke ferdig. Utprøving av modell for et helhetlig og koordinert rehabiliteringsforløp for brukere i yrkesaktiv alder med kognitive endringer*. Retrieved from Gjøvik: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224869/1/Rapport_8_2014_web.pdf
- Nicholson, S., Sniehotta, F. F., van Wijck, F., Greig, C. A., Johnston, M., McMurdo, M. E. T., . . . Mead, G. E. (2013). A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *International Journal of Stroke*, 8(5), 357-364. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00880.x
- Nordby, T. D., & Bus- Popova, K. (2014). *Aktiv hverdag. Metodehefte*. Retrieved from <http://www.lister.no/helse/rehabilitering/672-gruppetilbud-metodeperm>
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). *FOU- statistikk 2015: Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/2480522>
- Nærings- og handelsdepartementet. (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. (St. meld. nr. 7 (2008-2009)).
- Nøtterøy kommune. (2015). *Rapporteringsmodell tre-årig utviklingsprogram. Utarbeiding av modeller med nasjonal overføringsverdi – Nevroplan 2015. Rapportering til Helsedirektoratet*.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., . . . et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 273(5), 402-407.
- Porsgrunn kommune. (2015). *Personer med nevrologiske skader og sykdommer. Beskrivelse av tilbudet i Torsdagsklubben i perioden 2012 —2014, samt planlagt drift av Torsdagsklubben når prosjektperioden utløper. Prosjektrapport*.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Romøren, T. I. (2006). *Yngre personer som mottar hjemmetjenester: Hvem er de, hva slags hjelp får de, og hvorfor øker antallet så sterkt?* . Retrieved from

- Romøren, T. I. (2009). *Yngre personer med neurologiske sykdommer eller skader: Hvem er de som mottar hjemmetjenester, og hva slags hjelp får de?* Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144208/elektroniskversjonklar_rapporto1_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Røros kommune. (2015). *Rapporteringsmodell – tre-årig utviklingsprogram – utarbeiding av modeller med nasjonal overføringsverdi – Neuroplan 2015. Rapportering til Helsedirektoratet*. Prosjektrapport.
- Skarli, J., Tingvold, L., & Sogstad, M. (2015). *En må jo ha ei hånd: en kvalitativ undersøkelse av hvordan pårørende til personer med neurologiske lidelser opplever sin hverdag, hvilke behov og ønsker de har*. Retrieved from Gjøvik: <http://hdl.handle.net/11250/300514>
- Steinkjer kommune. (2015). *Rapportering vha. rapporteringsmodell for neurologiprojektet*. Prosjektrapport.
- Storlid, S. (2014). *How do people with Hereditary Spastic Paraparesis experience Physical Therapy?* (Master thesis in Clinical Neurological Physical Therapy Adults), University of Tromsø, Tromsø. Retrieved from <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9176/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Stødle, I. V. (2011). *Eldres motivasjon til deltakelse i organisert, gruppebasert trening. En kvalitativ intervjustudie med deltakere fra en ni måneders, gruppebasert treningsintervensjon*. (Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre), Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Oslo og Akershus. Retrieved from <https://oda.hioa.no/nb/eldres-motivasjon-til-deltakelse-i-organisert-gruppebasert-trening-en-kvalitativ-intervjustudie-med-deltakere-fra-en-ni-maneders-gruppebasert-treningsintervensjon>
- Takvam, A. I. (2012). *Tjenestetilbudet til voksne personer med neurologiske lidelser. Mange tuer i kupert terreng*. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144324/1/rapport5.2012.pdf>
- Taub, E., Crago, J. E., Burgio, L. D., Groomes, T. E., Cook, E. W., DeLuca, S. C., & Miller, N. E. (1994). AN OPERANT APPROACH TO REHABILITATION MEDICINE: OVERCOMING LEARNED NONUSE BY SHAPING. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 61(2), 281-293. doi:10.1901/jeab.1994.61-281
- Tingvold, L., & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015, Tjenestens innhold og fordeling*. Retrieved from Gjøvik: <http://hdl.handle.net/11250/301423>
- Tromsø kommune. (2015a). *Kognitive vansker- Hvordan tilrettelegge for aktivitet og deltagelse*. Retrieved from Tromsø: <https://www.custompublish.com/getfile.php/3051642.1308.ecebdbbbqy/Rapport+kognitive+vansker+30.4.15.pdf?force=1&3&>
- Tromsø kommune. (2015b). *Kognitive vansker. Hvordan tilrettelegge for aktivitet og deltagelse*. Retrieved from <http://kurs.helsekompetanse.no/kognitivevansker/44576>
- Van Peppen, R. P., Kwakkel, G., Wood-Dauphinee, S., Hendriks, H. J., Van der Wees, P. J., & Dekker, J. (2004). The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? *Clin Rehabil*, 18(8), 833-862. doi:10.1191/0269215504cr8430a

Ål kommune. (2015). *Rapportering på tilskudd. Til Helsedirektoratet. Prosjektrapport.*

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om Etablering og gjennomføring av dag-, aktivitets- og treningstilbud til personer med neurologiske skader og sykdommer. Forsker Jim Skarli ved Senter for omsorgsforskning, øst, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen og Siri Andreassen Devik,
Senter for omsorgsforskning, midt
- **Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom**
Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og
Terje Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør

