

# Prosjekt Nevroplan 2015

---

Kristiansand kommune

Cecilie Høyåsen & Lisa Ringstad

01.05.2015



## Sammendrag

Prosjektet «Nevroplan 2015» startet våren 2013 og avsluttes våren 2015. Det er gjennomført fem grupper for personer med hjerneslag og tre grupper for personer med Parkinsons sykdom i perioden.

Det anslås at om lag 110 000- 150 000 personer i Norge har en nevrologisk skade eller sykdom. Det er stor variasjon mellom sykdommene/skadene med hensyn til berørte funksjoner og omfanget av funksjonsnedsettelse. Å innføre og videreutvikle lærings- og mestringstiltak nevnes i handlingsprogrammet som mål for å forebygge, endre og redusere etterspørselen av andre tjenester.

Målgruppen for prosjektet har vært personer som har hatt et hjerneslag og personer diagnostisert med Parkinsons sykdom. Gruppetilbudet har bestått av trening, undervisning og erfaringsutveksling. Deltakerne har fått undervisning om sykdomslære, kognitive utfordringer, fysisk aktivitet m.m. Deltakerne har også hatt nytte av å dele erfaringer med hverandre om ulike utfordringer de har i hverdagen knyttet til det å leve med en kronisk sykdom, eller følgesymptomer fra hjerneslaget. Alle deltakerne er testet i forkant og i etterkant av tilbudet, med gode resultater.

Det har de første rundene av gruppetilbudet for personer med hjerneslag vært mellom 5- 8 deltakere. Den siste runden var det imidlertid 11 deltakere. På gruppetilbudet for personer med Parkinsons sykdom har det de to første rundene vært ca. 10 deltakere. Den siste runden var det imidlertid 6 deltakere på dette tilbudet.

Det anbefales at tilbudene for personer med hjerneslag og personer med Parkinsons sykdom videreføres som diagnosespesifikke tilbud, delt etter målgrupper. Det anbefales videre at følgende tilbud videreføres som et tilbud på fysikalske institutter:

- Treningsgrupper for personer med moderat- til alvorlig grad av hjerneslag
- Treningsgrupper for personer med Parkinsons sykdom grad 1 og 2

Og av følgende tilbud videreføres som kommunale tilbud:

- 12 ukers trenings- og mestringstilbud for personer med mild grad av hjerneslag
- 4 ukers trenings og mestringstilbud for personer med Parkinsonssykdom

I tillegg anbefales det at det etableres et innsatsteam eller en koordinatorfunksjon med særlig kompetanse innen nevrologi.

# Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| <b>1.0 Bakgrunn</b>  | 1  |
| 1.1 Nasjonal forankring  | 1  |
| 1.2 Lokal forankring   | 3  |
| 1.2.1 Helsefremmingsplanen Kristiansand kommune                          | 3  |
| 1.2.2 Handlingsplan: 2015- 2018  | 4  |
| <b>2.0 Kort beskrivelse av prosjektet</b>                                | 5  |
| 2.1 Oppstart   | 5  |
| 2.2 Formål   | 5  |
| 2.3 Mål  | 6  |
| 2.4 Kriterier for deltakelse   | 6  |
| 2.4.1 Inklusjonskriterier for tilbudet til hjerneslag                    | 6  |
| 2.4.2 Inklusjonskriterier for tilbudet til Parkinsons sykdom             | 6  |
| <b>3.0 Prosjektorganisering</b>  | 7  |
| 3.1 Styringsgruppe   | 7  |
| 3.2 Programområdet   | 7  |
| 3.3 Prosjektleder/ Prosjektmedarbeider                                   | 7  |
| 3.4 Prosjektgruppe   | 8  |
| 3.5 Samarbeid med brukerorganisasjoner                                   | 8  |
| 3.5.1 Lokallaget for Norsk forening for slagrammede                      | 8  |
| 3.5.2 Vest- agder Parkinsonforening                                      | 8  |
| 3.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten                               | 9  |
| 3.6.1 Sørlandet sykehus Kristiansand og slagenheten/poliklinikk          | 9  |
| 3.6.2 Sørlandet sykehus Arendal og Nevrologisk avdeling/poliklinikk      | 9  |
| 3.7 Kommunalt samarbeid  | 10 |
| 3.7.1 Frisklivssentralen   | 10 |
| 3.7.2 Flere virksomhetsområder i kommunen, hjemmetjenesten og fastlegene | 10 |
| 3.8 Interkommunalt samarbeid   | 10 |
| 3.9 Samarbeid med privat treningssenter, Aquarama                        | 11 |
| <b>4.0 Metode</b>  | 12 |
| 4.1 Gruppe og individuell tilnærming som metode                          | 12 |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.2 Grunnpilarene i et «lærings- og mestringstilbud»                  | 12        |
| 4.2.1 Pasientsentrert tilnærming og selvledelse                       | 13        |
| 4.2.2 Tverrfaglig tilnærming  | 14        |
| 4.2.3 Pårørende   | 15        |
| 4.3 Diagnosespesifikk tilnærming                                      | 15        |
| 4.4 To kurstilbud   | 15        |
| 4.5 Felles for kurstilbudene  | 16        |
| 4.5.1 Strukturen  | 16        |
| 4.5.2 Innkomst- og avslutningssamtale                                 | 16        |
| 4.5.3 Kartlegging ved oppstart og avslutning                          | 17        |
| 4.5.4 Innholdet på gruppetilbudene og gjennomføringen                 | 18        |
| 4.5.5 Dokumentasjon og datasystemer                                   | 21        |
| 4.5.6 Lokaler og utstyr   | 21        |
| <b>5.0 Erfaringer fra utprøvingen til personer med hjerneslag</b>     | <b>22</b> |
| 5.1 Inklusjonskriterier og inntakssamtale                             | 22        |
| 5.2 Gjennomføringen av treningen i gruppetilbudet                     | 22        |
| <b>6.0 Resultater fra tilbudet til personer med Hjerneslag</b>        | <b>23</b> |
| 6.1 Antall personer med Hjerneslag som har deltatt på tilbudet        | 23        |
| 6.2 Kartleggingsverktøy   | 24        |
| 6.2.1 COOP/ WONCA   | 24        |
| 6.2.2 6- minutt gangtest  | 25        |
| 6.2.3 Timed up and og (TUG)   | 26        |
| <b>7.0 Erfaringer fra tilbudet til personer med Parkinsons sykdom</b> | <b>27</b> |
| 7.1 Inklusjonskriterier og inntakssamtale                             | 27        |
| 7.2 Gjennomføringen av treningen i gruppetilbudet                     | 28        |
| <b>8.0 Resultater fra tilbudet til personer med Parkinsonssykdom</b>  | <b>29</b> |
| 8.1 Antall personer med Parkinsons sykdom som har deltatt på tilbudet | 29        |
| 8.2 Kartleggingsverktøy   | 29        |
| 8.2.1 COOP/ WONCA   | 29        |
| 8.2.2 6- minutt gangtest  | 30        |
| 8.2.3 Timed up and og (TUG)   | 31        |

|   |    |
|---|----|
| <b>9.0 Felles resultater på selvopplevd helse</b>                             | 32 |
| <b>10.0 Diskusjon</b>   | 33 |
| 10.1 Effekt   | 33 |
| 10.1.1 Hvilken effekt har tilbudet for brukeren?                              | 33 |
| 10.1.2 Hvilken betydning har tilbudet for brukerens aktivitetsnivå og hverdag | 34 |
| 10.1.3 Konsekvensene av et vellykket prosjekt?                                | 35 |
| 10.1.4 Kan vi måle noe?   | 37 |
| 10.1.5 Virker det på sikt? Nytteverdi?  | 38 |
| 10.2 utfordringer   | 39 |
| 10.2.1 Informasjonsspredning  | 39 |
| 10.2.2 Rekruttering   | 39 |
| 10.2.3 Transport  | 41 |
| 10.2.4 Lokaler  | 41 |
| 10.2.5 Det gode pasient forløp  | 42 |
| 10.3 Erfaringer fra prosjektgruppen vedrørende begge tilbudene                | 43 |
| 10.3.1 Egen mestring og undervisning  | 43 |
| 10.3.2 Et trening- og mestringstilbud til hver målgruppe blir til to hver     | 43 |
| 10.3.3 Frisklivssentralen og mestringstilbud                                  | 44 |
| 10.3.4 Samarbeidsarenaer  | 44 |
| 10.3.5 LINK- selvhjelp og mestring  | 44 |
| <b>11.0 Anbefalinger og forslag til implementering</b>                        | 46 |
| <b>12.0 Drift</b>   | 49 |
| 12.1 Hva er riktig kompetanse for å drifte tilbudet?                          | 49 |
| 12.1.1 Kompetansebehov og ansvarsfordeling                                    | 49 |
| 12.2 Ressurser og økonomi   | 52 |
| 12.3 Lokaler  | 54 |
| <b>13.0 Referanseliste</b>  | 55 |
| <b>Vedlegg 1</b>  | 60 |

# 1.0 Bakgrunn

## 1.1 Nasjonal forankring

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 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I flere nasjonale førende dokumenter viser til at det utvikles en ny og endret kommunerolle. Et av hovedmålene med dette er å muliggjøre forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Folkehelseloven har ført til at et større og mer helhetlig ansvar for det lokale folkehelsearbeidet legges til kommuner og fylkeskommuner. Kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Basert på denne informasjonen skal kommunen fastsette mål, strategier og iverksette nødvendige tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Folkehelseloven, 2011; St. meld 47, 2008-2009).

Gjennom Folkehelsemeldingen (2014-2015) sier regjeringen at de ønsker å utvikle en folkehelsepolitikk som gir muligheter til og forutsetninger for at hver enkelt kan mestre eget liv. Det å ha «god helse» er en viktig ressurs, ikke bare for den enkelte, men også for samfunnet. Med «god helse» menes ikke bare fravær av sykdom, men også om å være i stand til å mestre livets utfordringer. Mestring gir livsglede, mening og overskudd, også når en rammes av sykdom (St. meld 19, 2014- 2015).

I følge en rapport fra Kunnskapssenteret (Sjetne et al., 2014) kommer Norge dårligere ut sammenliknet med andre land til å lære personer med kroniske sykdommer, å mestre sykdommen, samt å iverksette helsefremmende tiltak.

I strategi for ikke smittsomme sykdommer er hjerneslag nevnt som den tredje vanligste dødsårsaken i Norge, hvor 75 % av tilfellene oppstår etter 70 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er gjort betydelige fremskritt i akuttbehandling, oppfølging og rehabilitering av hjerneslag noe som igjen har ført til en nedgang i dødsfall. Det vil si at mange overlever et hjerneslag og lever videre med eventuelle følgetilstander etter hjerneslaget. Noen av tiltakene som er nevnt i strategien er:

- Retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag revideres og implementeres
- Arbeide for at personer med vedvarende symptomer tilbys rehabilitering
- Videreføre trenings-, lærings- og mestringstilbud (ibid.).

Både for de progredierende nevrologiske sykdommene slik som Parkinsons sykdom og for de stasjonære nevrologiske sykdommer/ skader slik som hjerneslag vil sykdommene/ skadene ha en innvirkning på personenes hverdag. De vanligste utfallene ved nevrologiske skader og sykdommer er lammelser, sansetap og kognitiv svikt. I tillegg kommer en rekke komplikasjoner som smerter, spasmer, organsvikt og ligge-/sittesår men også andre komplikasjoner som mindre sosial kontakt og nettverk, som reduserer livskvaliteten for mange og fører til funksjonsnedsettelse over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Undersøkelser fra en rekke land viser at prevalensen av Parkinsons sykdom er mellom 100 og 150 personer pr. 100 000 innbyggere. Det antas å være 6-8000 personer med Parkinsons sykdom i Norge. Sykdommen debuterer vanligvis fra 50 til 70 års alderen og hyppigheten øker med stigende alder. Om lag 1 % av befolkningen over 65 år har Parkinsons sykdom og den er derfor en viktig årsak til funksjonshemning blant eldre (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2012).

I Handlingsplan for Parkinsons sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for bevegessykdommer, 2012) oppsummeres det at personer med Parkinsons sykdom skal ha bl.a. følgende tilbud:

- God og tilpasset informasjon
- Tverrfaglig vurdering og behandling/rehabilitering
- Lærings- og mestringskurs

I følge den nye primærhelsetjenestemeldingen må pasient- og pårørendeopplæringen forankres tydeligere i kommunen, for de vanlige kronikergruppene. Det pekes på at:

*«God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelige kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling» (St. meld 26, 2014-2015).*

## **1.2 Lokal forankring**

Styringsgruppen for prosjektet har bestått av Helse- og sosialdirektør, virksomhetsledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud (se også under prosjektorganisering). Prosjektet er forankret i kommunens Handlingsprogram og Helsefremmingsplan (Kristiansand kommune, 2013; Kristiansand kommune, 2015).

### **1.2.1 Helsefremmingsplanen i Kristiansand kommune**

Mål for rehabiliteringsarbeid tidlig etter funksjonsfall er:

- Gjenvinne funksjoner
- Motvirke sykdomsfokusering og passiv pasientrolle
- Fremme personlig ansvar og egenmestring
- Sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig.

Innføre og utvikle mestringskurs for personer med kroniske sykdommer og deres pårørende som et kommunalt tilbud (Kristiansand kommune, 2013).



### 1.2.2 Handlingsprogram: 2015-2018

Gjennom målrettet forebyggings- og rehabiliteringsarbeid utsettes innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester.

Flere innbyggere med kronisk sykdom opplever å mestre sin hverdag.

- Gjennomføre og videreutvikle tiltak i vedtatt handlingsprogram, som forebygger og utsetter den eldre befolkningens behov for institusjonsopphold, og omfattende omsorgstjenester. Dette gjelder særlig områdene hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og ernæring
- Gjennomføre tiltak som sikrer at flere innbyggere etablerer sunne levevaner tar ansvar for egen helse, og har et aktivt liv. Hovedtiltak er Frisklivssentralen, utvikling av lærings- og mestringskurs (Kristiansand kommune, 2015).

## 2.0 Kort beskrivelse av prosjektet

### 2.1 Oppstart

Prosjektet «Nevroplan 2015» er en direkte konsekvens og videreføring av kartleggingsprosjektet «Hjerneslag, -hvem, hva, hvor?» En kartlegging av hjerneslagpasienter i Kristiansand, utarbeidet juni 2012.

En av anbefalingene og tilhørende forslag til implementering som fremgikk var å «opprette kommunale pasient – og pårørendeopplæring, ved å etablere gruppebasert opplæring tilpasset personer med hjerneslag i samarbeid med brukerorganisasjoner» (Færestrand, Landèn & Dagsvik 2012).

Prosjektet ble utvidet til å gjelde flere nevrologiske undergrupper. Etter en gjennomgang valgte man i samarbeid med brukerorganisasjonen å prøve ut et tilbud til brukere med Parkinsons Sykdom. Dette var på bakgrunn av interesse og behov fra en brukerorganisasjon og ut ifra anbefalinger fra Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2012). Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser sier i sin Handlingsplan for Parkinsons sykdom at minste standard for behandling av Parkinsons Sykdom i Norge, er blant annet, et lærings- og mestringstilbud i nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene Samtidig var det nyttig å få erfaring med en gruppe med annet forløp, enn det akutt oppståtte som hjerneslag. Parkinsons sykdom er en progredierende nevrodegenerativ sykdom (ibid.).

### 2.2 Formål

Formålet med Prosjektet var å prøve ut et lavterskel tilbud organisert som et gruppetilbud, til personer med hjerneslag i Kristiansand kommune og et til personer med andre nevrologiske sykdommer eller skader (valgt til personer med Parkinsons sykdom på et senere tidspunkt i prosjektperioden).

## 2.3 Mål

- Gi personer som har gjennomgått hjerneslag eller diagnostisert Parkinsons sykdom, mulighet til å være fysisk aktive (igjen) i en trygg ramme
- Etablere muligheter for erfaringsutveksling og sosialt samvær med andre i samme situasjon
- Etablere muligheter for pasient – og pårørendeopplæring for å oppnå bedre helse og kunnskap til å mestre sykdommen
- Gi økt innsikt og kunnskap om konsekvenser av hjerneslaget, samt teknikker og metoder for å bedre mestre sykdommen til bruker og pårørende
- Forsøke å forebygge sekundære hjerneslag
- Gi et bedre helhetlig pasientforløp fra sykehus til kommune, slik at tilfeldighetene som råder minimaliserer
- Etablere rutiner for en mer aktiv hverdag for personer med hjerneslag, og deres pårørende
- Etablere kontakt og samarbeid med lokal brukerorganisasjon- likemannsarbeid

## 2.4 Kriterier for deltakelse

### 2.4.1 Inklusjonskriteriene for tilbudet til Hjerneslag

- Personer som er rammet av hjerneslag og har beholdt gangfunksjonen
- Personer som kan komme seg til og fra på egenhånd
- Innbyggere i Knutepunkt-Sørlandet kommunene (Birkenes, Lillesand, Vennesla, Iveland, Søgne, Songdalen og Kristiansand)
- Pårørende som har lyst til å bidra og delta

### 2.4.2 Inklusjonskriteriene for tilbudet til Parkinson Sykdom

- Personer som har fått diagnosen Parkinson Sykdom, med lette til moderate symptomer
- Må ha gangfunksjon og kunne ta imot instruksjoner
- Må selv komme seg til og fra på egenhånd
- Innbyggere i knutepunkt-Sørlandet kommunene (Birkenes, Lillesand, Vennesla, Iveland, Søgne, Songdalen og Kristiansand)
- Pårørende som har lyst til å bidra og delta

## 3.0 Prosjektorganisering

### 3.1 Styringsgruppe

Prosjektet hadde fra oppstart Helse-sosial og omsorgsnettverket i Knutepunktet Sørlandet, som styringsgruppe. Deretter ble prosjektet overført til en felles styringsgruppe i programområdet forebygging og rehabilitering i Kristiansand.

### 3.2 Programområdet

Prosjektet er en del av programområdet «forebygging og rehabilitering» i Kristiansand kommune. Underveis i prosjekt perioden ble prosjektgruppen «Puls og kols» og Nevroplan 2015 slått sammen. Bakgrunnen for sammenslåingen var at flere av deltakerne i prosjektgruppen var representert begge steder, og det var flere likhetstrekk mellom prosjektene og dermed hensiktsmessig å ha en felles prosjektgruppe.

### 3.3 Prosjektleder/prosjektmedarbeider

Prosjektmedarbeiderne har blitt frikjøpt i prosjektperioden. Det har vært tilstrebet en tverrfaglig sammensetning. Følgende prosjektmedarbeidere har vært involvert i løpet av perioden:

| <b>Periode</b>  | <b>Prosjektleder,<br/>Fysioterapeut (50-70 %)</b> | <b>Prosjektmedarbeider,<br/>Ergoterapeut (40 %)</b>            |
|---|---|--|
| Sesong 1: Våren 2013<br>Høsten 2013                         | Ingeborg Landèn                                   | Ingeborg van Frankenhuyzen<br>Cecilie Høyåsen (Fysiot.)        |
| Sesong 2: Våren 2014<br>Høsten 2014<br>Sesong 3: Våren 2015 | Cecilie Høyåsen                                   | Ingvild B. Saaghus (Fysiot.)<br>Lisa Ringstad<br>Lisa Ringstad |

## 3.4 Prosjektgruppe

Det har vært fokus på tverrfaglighet inn i prosjektet. Prosjektgruppen har bestått av:

- Fastlege, Kirsten Sola
- Aktivitetsleder Frisklivssentralen, Hanne Karin Nielsen
- Prosjektleder Puls og Kols, Birgitte Vabo
- Ergoterapeut, virksomhet for behandling og rehabilitering, Hildegunn R. Bøckmann
- Brukerrepresentant og leder LHL Kristiansand, Guro Bertelsen
- Brukerrepresentant og leder Slagforeningen i Kristiansand, AnWei Jensen
- Representant fra Lokalmedisinske tjenester, Grete Dagsvik (kun med i første del)
- Representant fra Sørlandets Sykehus Kristiansand, Siv Pettersen

## 3.5 Samarbeid med brukerorganisasjoner

Prosjektet har utviklet et godt samarbeid både med lokallaget for Norsk forening for slagrammede, i Kristiansand og Vest-Agder Parkinsonforening.

### 3.5.1 Lokallaget for Norsk forening for slagrammede

Leder i lokallaget i Kristiansand har i tillegg til å delta på møter i prosjektgruppen, fungert som en brukerrepresentant inn på kursene til Slagrammede, siden høsten 2013. Hun har bidratt ved å presentere foreningen og hva den kan tilby, samt fortelle hvordan det er å leve med nedsatt funksjon etter et hjerneslag.

### 3.5.2 Vest-Agder Parkinsonforening

Assisterende leder og nest-leder for Vest-Agder Parkinsonforening har bidratt inn på kursene til Parkinson rammede, siden oppstart våren 2014. De har bistått ved å presentere foreningen og hva den kan tilby, samt fortelle hvordan det er å leve med Parkinsons sykdom. Foreningen har også bidratt med markedsføring av tilbudet til sine medlemmer.

## 3.6 Samarbeid med Spesialisthelsetjenesten

### 3.6.1 Sørlandets sykehus Kristiansand og Slagenheten/poliklinikken

Dette samarbeidet startet ved prosjektet «Hjerneslag, - hvem, hva, hvor?». Representanten fra Sørlandets sykehus Kristiansand, har fulgt oss i det videre arbeid. Hun har fungert som et bindeledd og sparringspartner, i forbindelse med informasjonsspredning og rekruttering.

Tilbakemeldinger vedrørende informasjonsspredning og rekruttering fra slagpoliklinikken:

- Opplever at brukerne er litt tilbakeholdne ved å ta imot informasjon fra poliklinikken, noen har med pårørende, men ikke alle
- Brukerne er i krise/kaos, -noen sliter med fatigue og orker ikke ta stilling til en eventuell deltakelse på et «Trening- og mestringstilbud»
- Er det begrensende for de yrkesaktive, at tilbudet er på dagtid?

Ved eventuell overgang til drift anbefales:

- Utarbeiding av et enkelt informasjonsskriv som kan leveres ut til pasientgruppen, ved utskrivelse. Den må inneholde kortfattet informasjon om tilbudet og tillatelse til at spesialisthelsetjenesten kan videreformidle navn/nødvendige kontakt opplysninger til den/de aktuelle som skal drifte tilbudet og fungerer som koordinator
- Oppdaterte brosjyrer eller informasjon bør være tilgjengelig ute i venteværelsene hos fastleger. Det oppleves ikke som tilstrekkelig at fastlegen skal informere om tilbudet eller at brukeren selv finner frem til det på internett

### 3.6.2 Sørlandets sykehus Arendal og Nevrologisk avdeling/poliklinikk

Det ble også etablert et samarbeid med Sørlandets sykehus Arendal og Nevrologisk avdeling/poliklinikk, da avdelingen har opparbeidet en særlig kompetanse på Parkinsons sykdom. De tilbyr også et to dagers kurs for pasienter med Parkinson og deres pårørende (Sørlandet sykehus, 2012). Prosjekt Nevroplan 2015, i Kristiansand kommune ble invitert til å hospitere ved dette kurset. Erfaringene derfra bidrog til å danne grunnlaget for tilbudet.

Videre har representantene fra Sørlandets sykehus i Arendal bidratt som ambassadører i forhold til informasjonsspredning og rekruttering.

## **3.7 Kommunalt samarbeid**

### **3.7.1 Frisklivssentralen**

Prosjektet har også etablert et samarbeid med Frisklivssentralen i Kristiansand kommune, ved at tilbudene har vært samlokalisert og det har blitt utarbeidet en del felles rutiner.

Frisklivssentralen i Kristiansand inneholder også lærings- og mestringstjenester, flere drevet som prosjekt, og utviklingsarbeid.

### **3.7.2 Flere virksomhetsområder i kommunen, hjemmetjenesten og fastlegene**

Informasjonsmail har vært sent ut til alle kommunale fysio- og ergoterapeuter, samt soneledere ved oppstart av nytt gruppetilbud.

Fastlegene i kommunen har fått skriftlig informasjon i form av brosjyre, utsendt fra fastlegekontakten i virksomheten. Det er også gitt muntlig informasjon om tilbudet i forbindelse med informasjonsmøter med de ulike legesentre.

## **3.8 Interkommunalt samarbeid**

I løpet av prosjektperioden ble tilbudene åpnet for innbyggere i Knutepunkt Sørlandet:

- Birkenes Kommune
- Lillesand Kommune
- Songdalen Kommune
- Søgne Kommune
- Vennesla Kommune
- Iveland Kommune

| <b>Oversikt over antall deltakere fra de ulike kommunene</b> |    |
|--|----|
| Målgruppe: Hjerneslag og Parkinsons sykdom, samlet           |    |
| Periode: Våren 2014, Høsten 2014 & Våren 2015                |    |
| Søgne kommune  | 4  |
| Birkenes Kommune   | 2  |
| Lillesand kommune  | 1  |
| Songdalen Kommune  | 6  |
| Vennesla Kommune   | 3  |
| Iveland Kommune  | 0  |
| Kristiansand Kommune   | 55 |
| Totalt   | 71 |

Det kan også nevnes at Knutepunkt kommunene har inngått et treårig prosjektsamarbeid om lærings- og mestringstilbud.

### **3.9 Samarbeid med privat treningssenter, Aquarama**

Det har i prosjektperioden vært inngått en leieavtale med et treningssenter. De ansatte i resepsjonen har bidratt med tilgang til garderobe og bidratt til god stemning og start på dagen.



## 4.0 Metode

### 4.1 Gruppe – og individuell tilnærming som metode

Man har valgt gruppe som overordnet metode, fordi det har mange fordeler. Å være en del av et fellesskap er trygt. Det oppleves også ofte som mer forpliktende for den enkelte, samtidig som det kan være hyggelig og sosialt. Et fellesskap med likesinnede kan skape gode diskusjoner rundt bordet, og erfaringsutveksling. Man lærer av erfaringer på egen kropp, men også av andre- dersom man er i et stimulerende miljø.

Prinsipper for en god omsorgstjeneste og helhetlige pasientforløp må være utgangspunktet for hvordan tjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer utformes. Tilbudene som gjennomføres i prosjektperioden bør på sikt bli en del av det totale tjenestetilbudet til denne gruppen (Kristiansand kommune, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

### 4.2 Grunnpilarene i et «læring- og mestringstilbud»

Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), er læring en sosial prosess der deltakerne lærer av hverandre, og det gruppebaserte læringstilbudet er det foretrukne pedagogiske grepet (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, 2013). Læring er både en individuell personlig kunnskapsutvikling, og en sosial kollektiv prosess der deltakerne lærer av og med hverandre som en del av et større sosialt og kulturelt fellesskap (ibid).

Pasientopplæring kan defineres som strukturert undervisning til pasienter og eventuelt pårørende, oftest gruppebasert, i et planlagt pasientforløp, og oftest i umiddelbar tilknytting til at diagnosen er stilt. Pasientskoler er et treffpunkt for erfaringsutveksling, strategier og problemløsning relatert til spesifikk sykdom (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005). Det er ønskelig at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og redusere antall sykehusinnleggelses. Lærings- og mestringstilbud i kommunene blir trukket fram som gode tilbud for å sikre tidligere intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre

at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte. Læring og mestring bør foregå gjennom hele pasientforløpet (ibid.).

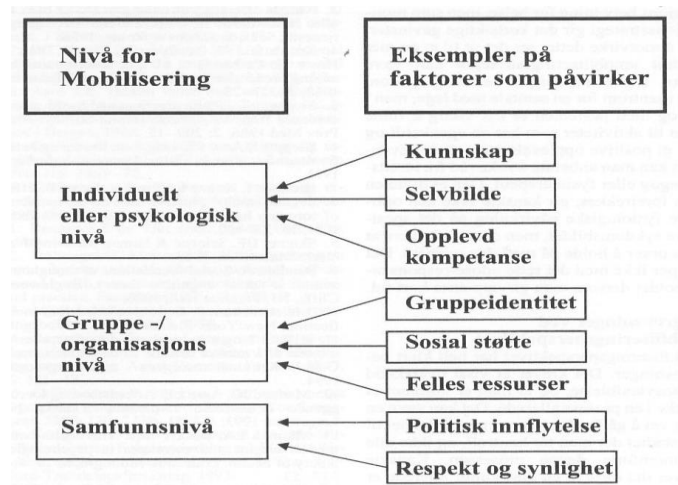
#### 4.2.1 Pasientsentret tilnærming og selvledelse

Et læring- og mestringstilbud må støtte opp om en *pasient sentrert tilnærming og selvledelse*. → *Selvledelse defineres som «et individs evne til å mestre symptomer, behandling, fysiske-psykiske og sosiale konsekvenser og livsstils endringer ved en kronisk tilstand».*

Det er derfor avgjørende at forholdet mellom pasient og kursledere hele veien bygger på god kommunikasjon, ser på samarbeidet som et partnerskap og møter hverandre med gjensidig tillit, og respekt. Dialogen og samarbeidet vil dermed kunne føre til at kursholderne via sin fagspesifikke kunnskap, gode undervisningsevner, evne til og «coache» og med sin tilstedeværelse i form av veiledning og støtte *bidra til* at pasienten i en eller annen grad opplever en personlig vekst, mestringsforventning, får økt kunnskap og ferdigheter- om sin tilstand (Keus et al., 2014).

Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? I teorien om selvledelse, er mobilisering («Empowerment») og motivasjon sentrale begreper i mestring av en tilstand og i forhold til endringsarbeid. Strategien for helsefremmende arbeid er å assistere individer og grupper til å være mer aktive og få bedre kontroll over sin egen situasjon, noe som blir betegnet som mobilisering. Mobilisering handler om å bruke egne ressurser, myndighet, kontroll og politisk makt til å råde over eget liv (Sørensen & Graff- Iversen 2001).

Figuren viser ulike nivåer av mobilisering:



(Sørensen & Graff- Iversen 2001)

Dette er i fokus og danner ramme rundt hele «lærings- og mestringstilbudet», og starter allerede ved inntakssamtalen. Undervisning er ofte med på å fremme refleksjon hos den enkelte. I undervisningssammenheng eller under treningen, er det derfor avgjørende at en støtter personen der han er og motiverer i endringsarbeidet. Kursholdere skal motivere til selvstendig tenkning og fokusere på fremme individuelle valg av prioriteringer og tiltak.

#### 4.2.2 Tverrfaglig tilnærming

Tverrfaglighet er viktig for å ivareta pasienten som helhet (Helsedirektoratet, 2015). Dette er særlig aktuelt med pasienter som har diagnoser som påvirker flere funksjoner i kroppen, og der det er viktig å se fysiske skader i sammenheng med pasientens 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 til en helhet, er det helt nødvendig at flere yrkesgrupper trekkes inn (ibid.).

Ulik kompetanse medfører at en kan få det beste tilbudet, ettersom en henter ut den aktuelle fagekspertisen og derav utfyller hverandre, samt kvalitets sikrer undervisningen. Et fremtidig team bør inkludere en fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, andre faggrupper

kan trekkes inn ved behov. En merkantil funksjon (resepsjonspersonell) vil også være viktig å ha med.

### 4.2.3 Pårørende

Pårørende har en sentral rolle i å støtte deltageren, både underveis i tilbudet og som en del av videreføringen. 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 har derfor vært viktig å ha dette tilbudet åpent også for pårørende.



## 4.3 Diagnosespesifikk tilnærming

For å kunne støtte den aktuelle pasient best mulig i sin mestringsprosess, kan det i mange tilfeller være viktig med en diagnosespesifikk tilnærming på «lærings- og mestringsstilbudene». Det er med særlig tanke på undervisningen og erfaringsutvekslingen slik at pasienten skal kunne tilegne seg kunnskap og ferdigheter om *sin* tilstand.

Brukere med diagnosen hjerneslag var avklart som målgruppe som et resultat og direkte konsekvens av kartleggingsprosjektet «Hjerneslag, -hvem, hva, hvor?».

## 4.4 To kurstilbud

Prosjekt Nevroplan 2015 i Kristiansand har prøvd ut to trenings- og mestringsstilbud, til to ulike målgrupper innen nevrologiske tilstander. Det ene gruppetilbudet "Trygg og slagsterk",

er til de som har hatt et eller flere hjerneslag. Det andre gruppetilbudet er til de som har fått diagnosen Parkinsons Sykdom. Mye er felles for disse to kurstilbudene og de presenteres derfor samlet nedenfor. Deler av innholdet er forskjellig og blir presentert hver for seg i neste avsnitt sammen med erfaringer og resultater.

## 4.5 Felles for kurstilbudene

### 4.5.1 Struktur

|  |   |  |
|--|---|--|
| <u>Innkomstssamtale, individuell</u><br>Formål: Finne den riktige bruker Motivere til deltakelse. Avklare mål og eventuelle begrensninger.                         | Utført på FLS<br>Tid: 30-40 min                         | Utfylling av registrerings skjema<br>Samtale ut i fra MI   |
| Testing ved oppstart/avslutning, gruppetilbud<br>Formål: Innhente målbare data   | Utført på AQ<br>Tid: 1 ½ t                              | Test/re-test via:<br>Coop Wonka<br>TUG(SPPB)<br>6 min gangtest<br>Evaluering i gruppesamtale   |
| Gjennomføring gruppetilbud<br>Formål: Økt kunnskap og innsikt om tilstanden, bedre fysisk helse og mestring.   | Utført på AQ<br>Tid: 3 t ukentlig<br>(12 ukers periode) | Fysisk trening 2 økter, 1 t per uke<br>En av treningsøktene utføres sammen med den andre målgruppen!<br><br>Undervisning/<br>erfaringsutveksling 1 økt, 1t per uke |
| <u>Avslutningssamtale, individuell</u><br>Formål: Videreføring, oppfølging av rutiner i hverdagen og gjennomgang av individuelle resultater evt. tilbakemeldinger. | Utført på FLS<br>(valgfritt)                            | Samtale ut i fra MI, fokus endring<br>Utfylling av registrerings skjema  |

### 4.5.2 Innkomst- og avslutningssamtale

Alle aktuelle deltakere som henvender seg blir innkalt til en obligatorisk innkomstssamtale. Den tar høyde for å møte den enkelte der han/hun er og iverksette de individuelle tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Brukeren blir oppfordret til å ha med en pårørende i denne samtalen.

#### Fokus i inntakssamtalen:

- Behov og mål
- Motivasjon
- Bevisstgjøring hos bruker
- Fysisk og kognitiv funksjon

Deltakere som ønsker, har fått tilbud om en avslutningssamtale. Også her er det fint om pårørende er med. Sluttrapport med testresultater tilsendes den enkelte i etterkant.

#### Fokus i avslutningssamtalen:

- Samtale omkring subjektive opplevelsen av kurset, og sammenligning med mål satt ved oppstart.
- Synliggjøring av resultater/Motivasjon.
- Veiledning på veien videre, hvis ønskelig.

### **4.5.3 Kartlegging ved oppstart og avslutning**

Følgende måleredskaper har vært benyttet de siste to kursrunder:

1. Coop Wonka: Selvopplevde helse
2. TUG (Timed Up and Go): Fysiske funksjonsnivå
3. 6 min gangtest

#### I tillegg har det blitt gjennomført:

- Evalueringssamtale i gruppe
- Midtveissamtale over telefon
- Loggføring av deltakernes subjektive kommentarer og erfaringer underveis i tilbudet

#### 4.5.4 Innholdet på gruppetilbudene og gjennomføringen

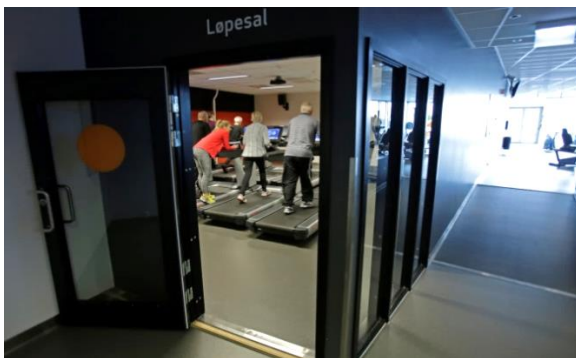
Gruppetilbudene varer totalt 12 uker, med oppmøte to ganger ukentlig. I prosjektperioden har det vært avholdt 2 gruppetilbud årlig, med oppstart i slutten av januar og i slutten av august. Egenandelen på 300 kroner dekker kaffe/te og frukt.

Gruppetilbudet er todelt. Det består av fysisk trening, ledet av fysioterapeut med god assistanse fra ergoterapeut, 2 timer ukentlig, fordelt på 2 økter. Undervisningen, samt erfaringsutvekslingen gjennomføres 1 time ukentlig.

#### *Trening*

Med utgangspunkt i Håndboken for fysisk aktivitet og nasjonale anbefalinger for hjerneslag og Parkinsons Sykdom, har det vært prøvd ut flere strukturerte opplegg i prosjektperioden (Helsedirektoratet, 2009; Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010; Helsedirektoratet, 2010).

Det ble hele veien tatt høyde for individuelle hensyn og justert på treningsprogrammene ut i fra hva som fungerte, i den enkelte gruppe. Oppbyggingen av treningsprogrammene inkluderer en oppvarmingsdel, - hoveddel og-avslutning. Treningen ble kjørt uten musikk de første ukene, til deltakerne var kjent med, og forholdsvis trygge på gjennomføringen. Musikk ble deretter benyttet som motivasjon.



Borg- skala ble benyttet til å finne den subjektive treningsintensiteten til den enkelte. Skalaen indikerer grad av selvopplevd anstrengelse, er lett å ta i bruk og krever ikke pulsbelte (se vedlegg 1). Borg-skala er sammen med en tabell fra Olympiatoppen i Norges

Idretts Forbund (som viser ulike intensitetsskala for utholdenhetstrening) gjennomgått i undervisningen og aktivt brukt under treningsøktene.

Formålet med bruk av Borg- skala har vært todelt. Først og fremst handler det om å skape trygge rammer rundt en treningsøkt, bevisstgjøre kursdeltakeren på hvordan de best kan gå i gang med trening utfra diagnosespesifikke anbefalinger, veilede individuelt i gruppesammenheng på de utvalgte øvelsene, og å gjøre deltakerne oppmerksomme på muligheter i hverdagen og valg av lystbetonte aktiviteter/treningsformer med effekt.



For det andre handler det om å ta høyde for de sekundære symptomer som kan oppstå som en følge av nedsatt funksjon etter et hjerneslag eller hos en person med Parkinsons Sykdom:

- Nedsatt kondisjon og utholdenhet
- Muskel svakhet og kontraktur
- Fallproblematikk
- Depresjon
- Tretthet



Det er fokus på at dette trenings- og mestringstilbudet er et lavterskel tilbud, som tilbys i kommunehelsetjenesten og er gruppebasert. Hvis det er behov for mer spesifikk rehabilitering eller behandling vil dette måtte foregå gjennom andre tjenestetilbud i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Gruppetilbudet kan imidlertid inngå som en del av et rehabiliteringsforløp.

Gruppelederne har faglig kompetanse på de primære symptomene til målgruppen, og tar høyde for dette under gjennomføringen av kurset. Dette sikrer kvaliteten på tjenesten og skaper trygge rammer for brukeren. Vedrørende andre innslag av trening, har deltakerne blitt utfordret til å ta ansvar for egentrening et par ganger i løpet av kursperioden. Trening har også blitt lagt til uteområdene utenfor treningssenteret, for å understreke at fysisk aktivitet er så mangt og kan være er spasertur i moderat tempo ute i nærmiljøet gjerne i ulendt terreng. Dette vil også kunne ivareta mangfoldet i en gruppe, hvor ikke alle er vant med eller interesserer seg for gruppetrening i sal.

### *Undervisning*

Følgende temaer har blitt tatt opp de siste tre kurs (våren 2014, høsten 2014 og våren 2015):

- Sykdomslære og mestring
- Fysisk aktivitet
- Energiøkonomisering
- Stemme og kommunikasjon
- Kognitive utfordringer
- Medisinbruk
- Kosthold
- Presentasjon av lokal forening og likemannsarbeid
- Temaer deltakerne ønsker å ta opp

Pårørende som har ønsket, har vært velkomne til å delta i undervisningen og erfaringsutvekslingen.



#### 4.5.5 Dokumentasjon og datasystemer

- Dokumentasjon i fagsystem ved oppstart (opprettet egen tjenestekode)
- Ved uforutsette hendelser, eller ved avslutning midt i tilbudet, journalføres dette
- Dokumentasjon i fagsystem ved avslutning (resultater og utvikling beskrives)
- Ved avslutning av tilbudet sendes elektronisk melding til fastlegen

#### 4.5.6 Lokaler og utstyr

Tilbudet er gjennomført i ulike lokaler i løpet av prosjektperioden. Det er byttet litt lokaler underveis i prosjektperioden. Begge målgruppene har benyttet lokaler som har inneholdt: møterom for individuelle samtaler, møterom for gruppeundervisning, treningssal, kondisjonsapparater i treningssenter og natur.

Til treningsdelen har vi benyttet oss av kondisjonsapparater inne på et treningssenter og diverse treningsutstyr i sal, som: matter, kosteskaff, strikk, stepp-kasser, håndmanualer, medisinball, risposer, ballonger, Bobath baller, Bosu og balansepute. Vi har også vært ute og brukt nærmiljøet for å stimulere til fysisk aktivitet og staver.

Til undervisning/erfaringsutvekslingen ble det benyttet: prosjektor, bærbar pc og kjøkkenutstyr til diverse forberedelser av frukt og drikke.

## **5.0 Erfaringer fra tilbudet til personer med hjerneslag**

### **5.1 Inklusjons kriterier og inntakssamtale**

Gruppelederne har erfart at det er behov for å kartlegge noe om den kognitive funksjonen under en eventuell inntakssamtale, slik at deltakeren kan mestre å gjennomføre kurs tilbudet, og med utbytte.

### **5.2 Gjennomføringen av treningen i gruppetilbudet**

Gruppelederne har prøvd ut ulike modeller for treningsdelen av tilbudet i løpet av perioden. Første tilbud (periode: våren 2013) bestod av et varierende opplegg med lengre gå turer ute i skogen med bakkeintervaller og styrkeøvelser med strikk. Gruppen ble delt inn i to nivåer: en langsom gå gruppe og en rask gå gruppe.

Andre tilbud (periode: høsten 2013) prøvde ut en kombinasjon av trening inne i sal og trening ute ved gåturer i skogen.

De siste tre tilbudene (periode: våren 2014, høsten 2014 og våren 2015) prøvde ut en kombinasjon av trening inne i sal og trening i helsestudio på kondisjonsapparater. I tillegg ble en av de to ukentlige treningsøktene slått sammen med den andre undergruppen i prosjektet, Parkinsons Sykdom, slik at de to gruppene ble til en stor. Denne gruppen hadde et annet treningsprogram.

Det anbefales at man legger opp til en kombinasjon av trening inne, ( gjerne en utprøving av littforskjellige programmer og utstyr) og trening ute (med tanke på en aktiv hverdag og bruk av de ressursene som er i naturen). Dette vil sikre både treningseffekt og overføringsverdi til hverdagen. I tillegg vil det nå et bredere publikum med tanke på interesser og vaner.

## 6.0 Resultater fra tilbudet til personer med hjerneslag

### 6.1 Antall personer med hjerneslag som har deltatt på tilbudet

| <b>Deltakere på «Trenings- og mestringstilbud til personer som har hatt hjerneslag»</b> |                             |           |           |           |           |                       |                  |
|---|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|------------------|
| Periode   | Antall deltakere            | Kjønn     |           | Alder     |           | Gjennomsnitt s- Alder | Ikke Gjennomført |
|   |                             | Kvinner   | Menn      | Yngst     | Eldst     |                       |                  |
| Våren 2013  | 7<br>(3 pårørende)          | 3         | 4         | 50        | 80        | 65,5                  | 0                |
| Høsten 2013   | 5                           | 2         | 3         | 53        | 74        | 61,2                  | 0                |
| Våren 2014  | 8                           | 3         | 5         | 54        | 83        | 70                    | 3                |
| Høsten 2014   | 6                           | 3         | 3         | 53        | 83        | 65                    | 2                |
| Våren 2015  | 11<br>(2 pårørende)         | 5         | 6         | 54        | 80        | 68                    | 1                |
| <b>TOTALT</b>   | <b>37<br/>(5 pårørende)</b> | <b>16</b> | <b>21</b> | <b>50</b> | <b>83</b> | <b>-</b>              | <b>6</b>         |

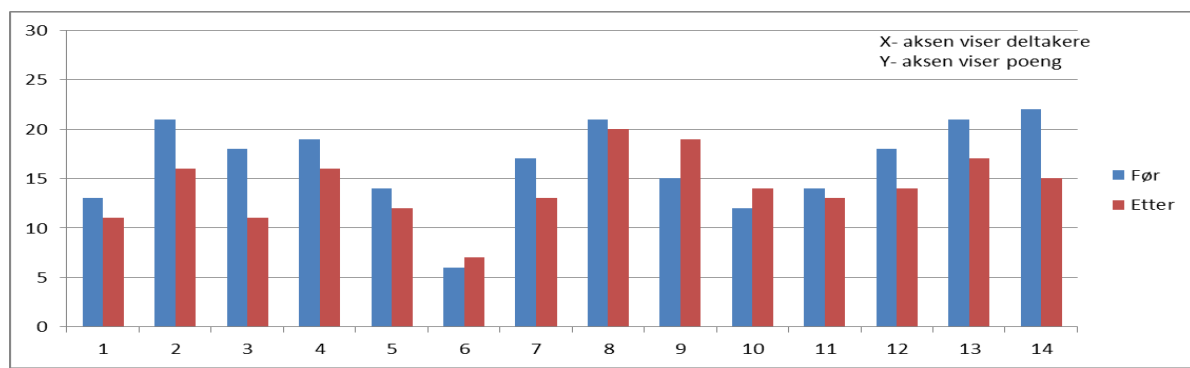
## 6.2 Kartleggingsverktøy

I følgende avsnitt presenteres resultater fra de siste to periodene (Høsten 2014 og Våren 2015). Årsaken til at det kun er resultatene fra de to siste periodene med kurs som presenteres er at det er prøvd ut forskjellige kartleggingsverktøy gjennom prosjektet, og det er kun de siste to periodene som har brukt TUG, COOP/WONCA og 6- minutter gangtest.

### 6.2.1 COOP/WONKA

COOP/ WONCA måler selvopplevd helse (Holm & Risberg, 2003). Testen inkluderer både de fysiske, psykiske og sosiale aspektene av en persons generelle helsetilstand. Testscoren går fra 0-30, hvor lav score indikerer god generelle helse.

#### Trygg og slagsterk



11 av 14 deltakere hadde en bedre score (lavere poengsum) på selvopplevd helse.

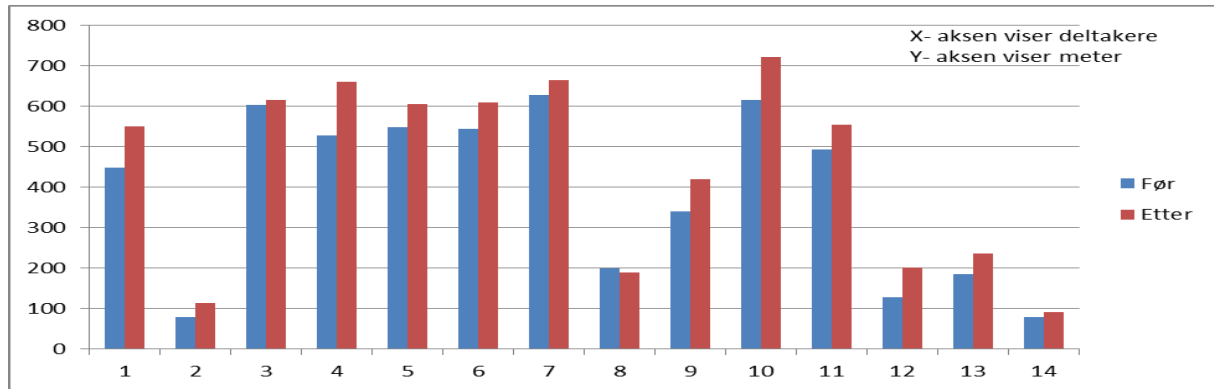
Poengsummen til den enkelte varierte fra 1-7 poeng. Tidligere forskning viser at en endring på 1-2 poeng på COOP/WONCA regnes for å være klinisk relevant (Holm & Risberg 2003). 3 av 14 deltakere hadde en dårligere score (høyere poengsum) på selvopplevd helse.

Poengsummen til den enkelte varierte fra 1-3 poeng.

### 6.2.2 6-minutt gangtest

6- minutter gangtest måler kondisjon og personens fysiske funksjonsnivå, evne til å bevege seg/ mobilitet (Perera, Mody, Woodman & Studenski, 2006).

#### Trygg og slagsterk



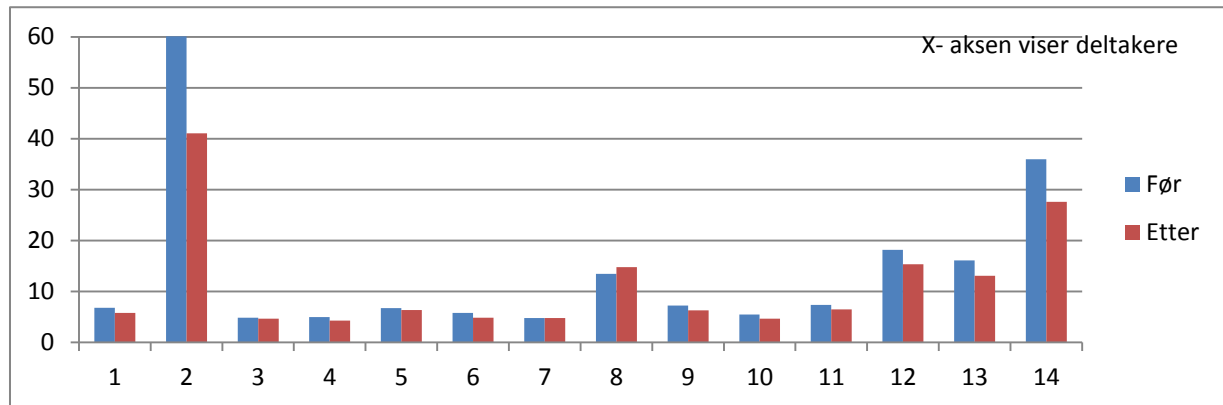
9 av 14 deltakere hadde en vesentlig bedre score (høyere poengsum) på gangdistansen. Poengsummen til den enkelte varierte med en økning fra 51- 132m. En forbedret gangdistanse på 50m eller lengre svarer til en vesentlig endring og derav betydning (Perera et al., 2006). 2 av 14 deltakere hadde en liten forbedring av score (litt høyere poengsum) på gangdistanse, poengsummen var henholdsvis en økning på 35m og 36m. En forbedret gangdistanse på mer enn 20m opptil 50m svarer til en liten meningsfull endring og derav betydning (ibid.).

3 av 14 deltakere hadde en endring på <20m, noe som ikke tilsvarer en meningsfullendring/ betydning. 1 deltaker gikk 10m kortere ved re-test.

### 6.2.3 Timed up and go (TUG)

TUG er et screeningverktøy for personer som kan ha en endret fysisk funksjon. Testen gir informasjon om balanse, hastighet og generell funksjonsevne (Botolfsen og Helbostad, 2010).

#### Trygg og slagsterk



9 av 14 deltakere hadde en gjennomsnittstid på <10 sekunder. Gjennomsnittstiden hos den enkelte varierte fra 0.09- 0.98 hundredelssekund. Ved en gjennomsnittstid på <20 sekunder indikerer dette at deltakeren er i stand til å forflytte seg selvstendig (Botolfsen & Helbostad, 2010). Disse deltakerne hadde minimale endringer fra pre- test til re-test.

3 av 14 deltakere hadde en gjennomsnittstid på >10 sekunder, men <20 sekunder. Her hadde 2 av deltakerne en forbedring på 2-3 sekunder og 1 deltaker 1 sekund mer ved re-test.

1 deltaker brukte >20 sekunder men mindre <30 sekunder, denne deltakeren hadde en forbedring på 8.4 sekund ved re- test. 1 av 14 deltakerne hadde en gjennomsnittstid på >30 sekunder ved re- test, denne deltakeren hadde en forbedring på 19 sekunder ved re- test.

Ved en gjennomsnittstid på >30 sekunder, indikerer dette at deltakeren kan ha behov for personhjelp ved forflytning og eller at deltaker er ute av stand til å gå i trapper/gå ute alene (Botolfsen & Helbostad, 2010). Disse deltakerne var de i gruppen som hadde størst endring i testresultater ved re- test, med 9 sekunder og 19 sekunder forbedring.

## 7.0 Erfaringer fra tilbudet til personer med Parkinsons Sykdom

### 7.1 Inklusjonskriterier og innkomstsamtale

Prosjektgruppen har erfart at det er behov for å kartlegge litt omkring den kognitive funksjonen til begge valgte målgruppene, for at deltakeren kan mestre å gjennomføre kurs tilbudet og med utbytte.

Det er av stor betydning å rekruttere den Parkinson rammede tidlig i forløpet, med tanke på «det terapeutiske vindu» og treningseffekt. Det kan derfor vurderes som hensiktsmessig å benytte Hoehn & Yahr klassifiseringsstadier (se tabell), i stedet for at man kun bruker betegnelsen lette til moderate symptomer (Hoehn & Yahr, 1967).

|                     |   |                   |
|---------------------|---|-------------------|
| Stage 0             | - no signs of disease   | Early phase       |
| Stage 1             | - symptoms on one side only (unilateral)  | Early phase       |
| Stage 1,5           | - symptoms unilateral and also involving the neck and spine   | Early phase       |
| Stage 2             | - symptoms on both sides (bilateral) but no impairment of balance   | Early phase       |
| Stage 2,5           | - mild bilateral symptoms with recovery when the 'pull' test is given (the doctor stands behind the person and asks them to maintain their balance when pulled backwards) | Early phase       |
| Stage 3             | - balance impairment. Mild to moderate disease. Physically independent  | Complicated phase |
| Stage 4             | - severe disability, but still able to walk or stand unassisted   | Complicated phase |
| Stage 5             | - needing a wheelchair or bedridden unless assisted.  | Late phase        |
| Hoehn & Yahr (1967) |   |                   |

Ut fra erfaringer i prosjektet og diskusjon med spesialister ved FRAM Helserehab, har dette videre betydning for hvor den enkelte befinner seg i sykdomsfasen og derav behov. En som befinner seg på Hoehn & Yahr stadiet 1-2, har behov for å lære hvordan han best kan trene på de aktuelle utfordringer og lære å leve med sykdommen, mens en som befinner seg på Hoehn & Yahr stadiet 3-5, kanskje har større behov for forutsigbarhet, trygge rammer, og et



individuell tilpasset tilbud som eksempelvis ansvarsgruppe og koordinator i kommunen.

Samtidig observerer vi, og får tilbakemeldinger på, at det foregår mye læring og mestring uavhengig av hvor personene er i sykdomsforløpet. Det som er viktig for alle deltakerne, uavhengig av tid etter hendelsen/diagnosen og alder, er at de er motiverte til å delta og har klare mål med kurset. Kriterier som *bør* tas stilling til, men som ikke alene ekskluderer fra deltakelse, er vurdering av den totale helsetilstanden.

## 7.2 Gjennomføring av trening

Opplegget har bestått av en kombinasjon av trening inne i sal og trening i helsestudio på kondisjonsapparater. I tillegg ble en av de to ukentlige treningsøktene slått sammen med



den andre undergruppen i prosjektet, hjerneslag, slik at de to gruppene ble til én stor. Denne gruppen hadde et annet treningsprogram. Sentralt i treningsprogrammet står prinsippene bak LSVT BIG. LSVT BIG er en forskningsbasert treningstilnærming som bygger på prinsippene fra den effektive stemmetreningen LSVT LOUD, utarbeidet for personer med Parkinsons sykdom (Norges Parkinsonforbund). Forskning gjort av National Institutes of Health i USA har vist at LSVT BIG forbedrer funksjonelle bevegelser opptil 3 måneder etter intervensjon, via økt ganghastighet med større skrittlengde, bedre balanse og økt rotasjon i kroppen (Norges Parkinsonforbund). Ingen av

kursholderne er sertifiserte instruktører i LSVT, men har forsøkt å benytte elementer av prinsippene.

Treningen har vært kjørt uten musikk de første ukene, til deltakerne er blitt kjent med øvelsene. Musikk ble deretter benyttet som verktøy til å øke ganghastigheten og koordinere samt til motivasjon.

## 8.0 Resultater fra tilbudet til personer med Parkinson Sykdom

### 8.1 Antall personer med Parkinsons sykdom som har deltatt på tilbudet

| Deltakere på Trenings- og mestringstilbud til «personer med Parkinsons sykdom» |                  |           |           |           |           |                         |                     |
|--|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|---------------------|
| Periode  | Antall deltakere | Kjønn     |           | Alder     |           | Gjennomsnitts<br>-alder | Ikke<br>gjennomført |
|  |                  | Kvinner   | Menn      | Yngst     | Eldst     |                         |                     |
| Vår 2014   | 13               | 7         | 6         | 53        | 81        | 69                      | 3                   |
| Høst 2014  | 11               | 3         | 8         | 59        | 79        | 70                      | 1                   |
| Vår 2015   | 6                | 2         | 4         | 66        | 87        | 72                      | 1                   |
| <b>Totalt</b>  | <b>30</b>        | <b>12</b> | <b>18</b> | <b>53</b> | <b>87</b> | <b>-</b>                | <b>5</b>            |

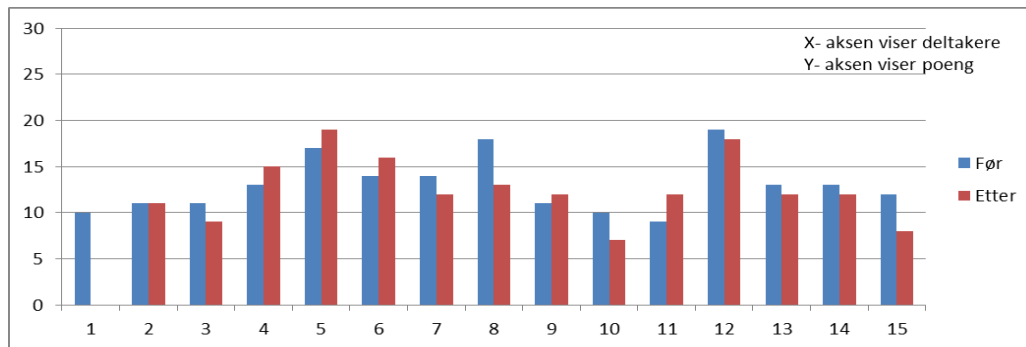
### 8.2 Kartleggingsverktøy

I følgende avsnitt presenteres resultater fra de siste to periodene (Høsten 2014 og Våren 2015). Årsaken til at det kun er resultatene fra de to siste periodene med kurs som presenteres er at det er prøvd ut forskjellige kartleggingsverktøy gjennom prosjektet, og det er kun de siste to periodene som har brukt TUG, COOP/WONCA og 6- minutter gangtest.

#### 8.2.1 COOP/WONKA

COOP/WONCA måler selvpoplevd helse. Testen inkluderer både de fysiske, psykiske og sosiale aspektene av en persons generelle helsetilstand. Testscoren går fra 0-30, hvor lav score indikerer god generelle helse (Holm & Risberg, 2005).

## Parkinsons Sykdom



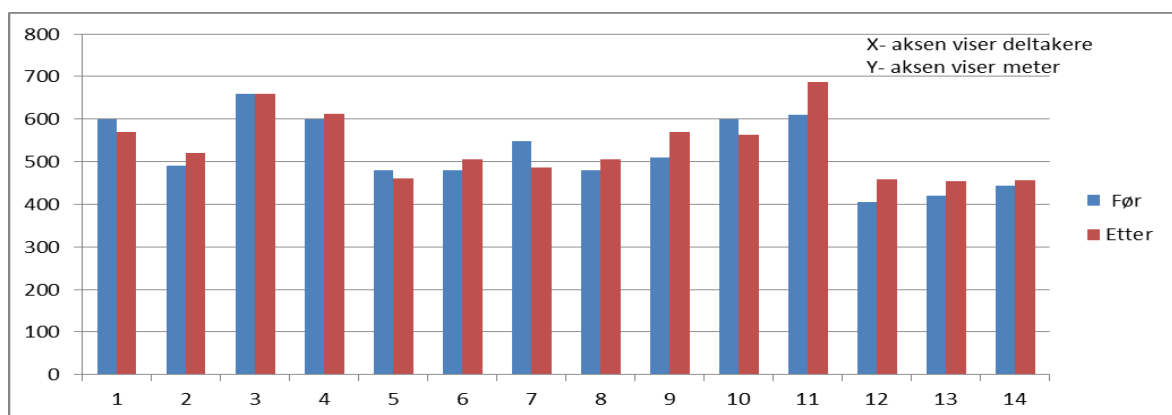
8 av 15 deltakere hadde en bedre score (lavere poengsum) på selvopplevd helse.

Poengsummen til den enkelte varierte fra 1- 5 poeng. Tidligere forskning viser at en endring på 1-2 poeng på COOP/WONCA regnes for å være klinisk relevant (Holm & Risberg, 2005). 1 deltaker hadde ingen endring på score. 5 av 15 deltakere hadde en dårligere score (høyere poengsum) på selvopplevd helse. Poengsummen til den enkelte varierte fra 1- 3 poeng. 1 deltaker ble ikke retestet pga. fravær.

### **8.2.2 6-minutt gangtest**

6- minutter gangtest måler kondisjon og personens fysiske funksjonsnivå, evne til å bevege seg/ mobilitet (Perera et al., 2006).

## Parkinsons Sykdom



1 deltaker ble ikke testet på 6- min gangtest og det er derfor her kun 14 deltakere. 4 av 14 deltakere hadde en vesentlig bedre score (høyere poengsum) på gangdistansen.

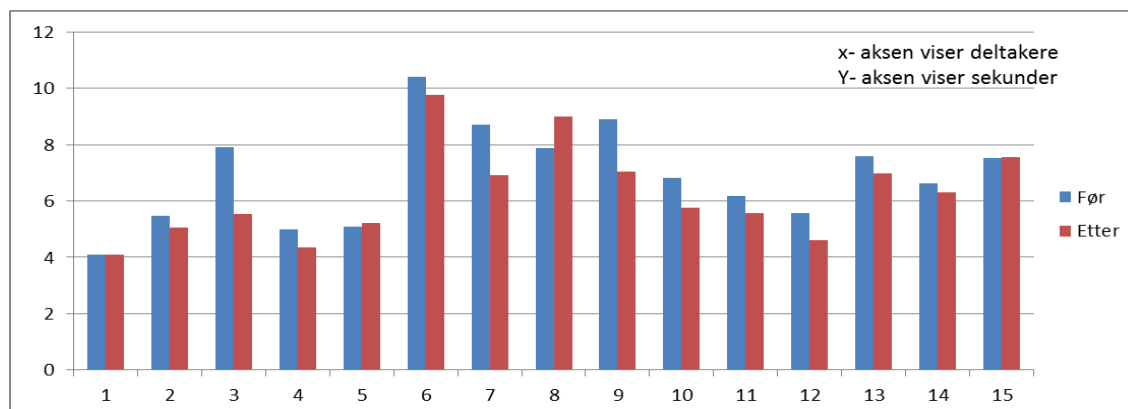
Poengsummen til den enkelte varierte med en økning fra 53- 78m. En forbedret

gangdistanse på 50m eller lengre svarer til en vesentlig endring og derav betydning (Perera et al., 2006). 4 av 14 deltakere hadde en liten forbedring av score (litt høyere poengsum) på gangdistansen. Poengsummen til den enkelte varierte med en økning fra 25- 38m. En forbedret gangdistanse på mer enn 20m opptil 50m, svarer til en liten meningsfull endring og betydning (Perera et al., 2006). 2 av deltakerne hadde en endring på <20m, poengsummene var henholdsvis 12m og 13m. 1 deltaker hadde ingen endring ved re- test, mens 3 deltakere gikk >20m kortere ved re- test.

### 8.2.3 Timed up and go (TUG)

TUG er et screeningverktøy for personer som kan ha en endret fysisk funksjon. TUG gir informasjon om balanse, hastighet og generell funksjonsevne (Botolfsen & Helbostad, 2010).

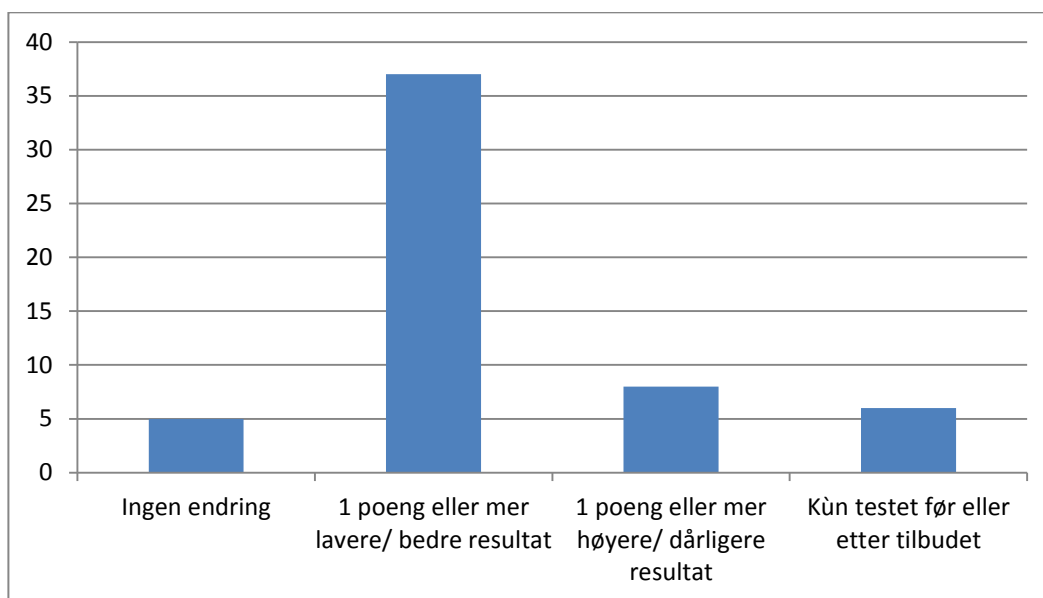
#### Parkinsons sykdom



14 av 15 deltakere hadde en gjennomsnittstid på <10 sekunder. Gjennomsnittstiden til den enkelte varierte med en forbedring på 0.01- 2.34 hundredelssekund. Disse deltakerne hadde minimale endringer fra pre- test til re-test! Ved en gjennomsnittstid på <20 sekunder indikerer dette at deltakeren er i stand til å forflytte seg selvstendig (Botolfsen & Helbostad, 2010). 1 deltaker brukte 1 sekund mer ved re-test, men hadde likevel en score på <10 sekunder. 1 deltaker hadde en gjennomsnittstid på >10 sekunder, men <20 sekunder, her hadde deltakeren en forbedring på om lag 1 sekund.

## 9.0 Felles resultater på selvopplevd helse

Gjennom prosjektperioden er det testet ut bruk av flere ulike kartleggingsverktøy. COOP/ Wonka som måler selvopplevd helse er imidlertid brukt gjennom hele prosjektperioden, på begge målgruppene. Det foreligger derfor test- resultater fra alle de gjennomførte gruppene.



Resultatene viser at av de 56 deltakerne som har fullført kursene er det 37 deltakere som har scoret 1-2 poeng bedre/ lavere ved re- test (varierer fra 1 poeng- 10 poeng). 8 deltakere scoret 1-2 poeng dårligere/ høyere ved re- test (varierer fra 1- 5 poeng). 5 deltakere har ingen endring ved retest og 6 deltakere ble ikke re- testet pga. avbud/ fravær.

## 10.0 DISKUSJON

### 10.1 Effekt

Hvilke effekt har tilbudet? Hva betyr det for deltakerne? Kan vi måle dette? Hva bør være konsekvensene av et vellykket prosjekt?

#### 10.1.1 Hvilken effekt har tilbudet for brukeren?

Vi forventer:

- Økt selvtillit og mestring etter pasientkurs (Fagermoen et al., 2014)
- Forbedret kondisjon, styrke, balanse, koordinasjon- til en viss grad (obs progressiv sykdom på den ene gruppen)

Vi observerer:

- Det etableres trygghet i gruppen, praten går i pausene/ventetiden-ofte relatert til deres situasjon – likemannsarbeid
- Mange gir uttrykk for aha-opplevelser, i tilknytning til undervisningen og tilegnelsen av ny kunnskap.
- Bekjentskap stiftes - arena for utvikling av vennskap og et sosial fellesskap
- Frustrasjon går over til å bli glede ved bevegelse – fordi brukeren klarer å rette sin oppmerksomhet og behersker en koordinerende øvelse
- Fremgang til den enkelte bruker ved, at han/ hun viser glede over å ha «knekt koden» på hvordan øvelsen skal utføres korrekt/ blitt sterkere slik at han/hun klarer armhevinger eller komme ned og opp fra gulvet, beherske bruk av en tredemølle og mer korrekt holdning/teknikk, kunne justerer opp intensiteten på de 10 min de har til oppvarming
- Alle rekker litt mer av programmet, det startet med sirkeltrening 1 runde på 45 min- nå er det økt til 2 runder

### 10.1.2 Hvilken betydning har tilbudet for brukerens aktivitetsnivå og hverdag?

Tilbakemeldinger fra deltakerne er mange:

- «Jeg ble helt overrasket her forleden da jeg skulle besøke datteren min som bor i fjerde etasje... jeg ble ikke andpusten av og gå opp trappene. Det var helt utrolig!».
- «Dørstokkmila ble borte»
- «For min del har dette kurset bidratt til at jeg har kommet meg opp og ut av sofaen».
- «Det har vært viktig for min del å forstå at man kan få en bedre helse- selv om sykdommen ikke blir bedre.»
- «Dette har jeg ikke fått vite noe om tidligere. Var ikke klar over at dette kunne skyldes sykdommen..»

På spørsmål om hva deltakerne planlegger å gjøre når kurset er ferdig og hvordan de ønsker å opprettholde kapasiteten de bygger opp, får vi følgende svar fra den ene gruppen:

- Fortsette med å trene 1x uken hos privat fysioterapeut, og 2 t ukentlig på «Hjertetrimmen»
- Fortsette med bowling 1x uken. Ønsker mer trening i gruppe når kurs ferdig?
- Tilbake til behandling av fysioterapeut og egentrening. Logopedkurs?
- Ønsker å fortsette og trene- i et fast tilbud 1xuken. Kan vi organisere en gruppe? Kan gjerne være her(AQ).
- Fortsette med og trene varmtvannsbasseng 1 x uken og kontakter privat fysioterapeut. Igjen etterhvert. Jobber 50%. Ønsker mer kurs! Fint å trene sammen i gruppe.
- Jogge 3-4 ganger uken. Trener hjemme men vil se meg rundt etter noe felles! Ønsker fellestrening i gruppe med fysioterapeut minst 1 gang per uke. Kanskje logoped? Jobber.
- Fortsette gruppe trening 1 x uken, under ledelse av privat fysioterapeut på «Helsehuset», har satt av tid 3 dager i uken, til lengre spaser turer. Vurdere medl. skap trenings studio?

I dag driftes kun en treningsgruppe for menn med Parkinsons sykdom i Kristiansand, og hele Vest Agder kommune. Nabofylket Aust – Agder har en fysioterapeut som er sertifisert LSVT Big og tilbyr trening i gruppe.

Ut ifra overnevnte tilbakemeldingene fra deltakerne på tilbudet og en privat praktiserende fysioterapeut i Kristiansand, er det tydelig uttrykt et behov for etablering av flere faste treningsgrupper til personer med Parkinsons Sykdom pga. venteliste og at det kun eksisterer en gruppe for menn. Det vil kanskje være naturlig med oppstart an en ren damegruppe og en blandet?

Gruppelederne i prosjektet har forsøkt å starte opp en selvgående treningsgruppe for personer med Parkinsons Sykdom januar 2015-uten tilstrekkelig interesse fra tidligere deltakere igjennom prosjekt perioden. Målet var minimum 12 deltakere, antall interesserte var 8. Det kan være mange ulike og tilfeldige årsaker som påvirket utfallet.

### 10.1.3 Konsekvensene av et vellykket prosjekt?

Per i dag sitter vi som gruppeledere igjen med at tilbudene vi har prøvd ut er vellykket og nødvendig.

#### Gjennomgående tema i tilbakemeldinger fra deltakerne, i løpet av gjennomføringen:

- Fornøyd med treningen og tilbudet
- Bedring i fysisk funksjon og glede ved treningen
- Gruppedynamikk: Positive mennesker, sosialt, kommer seg ut, erfaringsutveksling.
- Terapeut: Positive, roste gruppelederne, gav mestringsfølelse

#### En utvalgt tilbakemelding fra en deltaker ved avslutningssamtalen:

- *«Bra treningsdel. Var usikker på om det hadde noen effekt på meg. Men opplevde positiv effekt når jeg var tilbake på det fysikalske instituttet og de gamle øvelsene. Litt blandede opplevelser av undervisningen (er jo sykepleier) opplevde noen ganger at det var litt misbruk av tid. I forhold til pårørende er jeg veldig for dette! Kan være en god ide og dele opp slik at pårørende og deltaker kan være hver for*



*seg noen ganger. Forskjellig behov ofte. Har god erfaring med det fra Revmatikerforeningen».*

Andre tilbakemeldinger fra deltakerne:

Siterer, med tillatelse, deler av en epost og brev fra deltakere på en gruppe Våren 2014:

**KONKLUSJON:**

Hva er mitt budskap (og frykt?)Hva er mit budskapHvHvvvff.; Pass på at dette filotte opplegget IKKE visner hen i frivillighet, egentrening o.l. Jeg har, som gammel soldat, trent mye på egenhånd og under ulike klimatiske forhold, tror at for vår brukergp. blir dørstokken uoverstigelig.. Det blir rett og slett for tungt å trene alene eller i små grper, og kanskje ikke lurt sikkerhetsmessug sett heller.

DERSOM jeg har tøtsjet noe her, anbefaler jeg at dere forankrer prosjektet deres grundig ved feks å knytte det opp til bærekraftige etterfølgingstjenester som feks overgang til I.P.og oppfølgingstilyak i hjelpeapparatet (sosionomer, fysioter., kiropraktorer,ergoter....), På den måten kan dette opplegget deres få tilleggsfunksjone som "uttaks-og kvalifiserimngsprogram for etterfølgende rehab.tjenester , I.P. - OG det kan stå på egne bein...

Til  
Kristiansand kommune,  
Helse og sosial

### **Parkinsons sykdom**

#### **Trening og mestring**

Lavterskeltilbud til personer med Parkinsons sykdom og deres pårørende i  
Knutepunkt Sørlandet

Jeg har vinteren/våren vært deltaker på nevnte tilbud og må berømme opplegget.

Jeg vet ikke hvordan andre pasientgrupper behandles i helsevesenet, heller ikke hvordan en «langtkommen» Parkinson-pasient behandles. Men for en Parkinsonspasient som ikke har hatt diagnosen i mange år, var dette opplegget imponerende.

Fysioterapeut Cecilie Høyåsen og ergoterapeut Lisa Ringstad hadde gitt kurset et relevant og interessant innhold. Vekslingen mellom timer med fysisk trening og timer med teori omkring sykdommen var vellykket. Treningstimene lot oss få vite om og å få trene på, øvelser som skal være spesielt nyttige for om mulig å holde Parkinson-symptomer på avstand. Teoritimene gav oss kunnskaper om hva Parkinson er og kan være, og om hvordan vi best mulig kan takle hverdagen med diagnosen. Til ulike emner ble det benyttet eksterne fagfolk.

Både Cecilie og Lisa var hyggelige, vennlige og hjelpsomme personer som brydde seg om oss.

Etter hvert har jeg blitt kjent med en del andre med Parkinson. Dessverre må jeg si at få av dem hadde kjennskap til tilbudet. Informasjon om dette burde være fastlegejobb.

Mvh 

Floke Bredland, 5. mai 2015  
(SØ&NE)

PS: Et ønske:

Parkinsonspasienter kan få «personlig» fysioterapi. Hva om flere pasienter slo seg sammen i en gruppe for å trene sammen på et treningssenter med en fysioterapeut eller en annen fagperson som trener? Hvis treningssenteret er rikt utstyrt med ulike apparater, måtte vel en trener kunne ta seg av seks til ti personer avhengig av tilstand? Det ville bli billigere enn en til en og det ville kunne bli et bedre treningsmiljø.

### **10.1.4 Kan vi måle noe?**

Testing treatments- Hva virker? Hva er rettferdig test av behandlingseffekten? I løpet av prosjektperioden er det benyttet forskjellige måleredskaper, for å innhente ulike data.

Måleredskapene i seg selv, fungerer i tillegg som en motivator og blir et verktøy som lar oss sammenligne at alt det harde arbeidet nytter og får som regel en selvforsterkende effekt på endringsarbeidet. Men skal man teste etter endt prosjektperiode?

Hvis svaret er ja, er det viktig at man husker å notere eks. dagsform, tid på døgnet og for deltakere med Parkinsons sykdom om man er i on/off stadiet i forhold til medisiner. Det er også viktig å huske på at det er en progressiv sykdom ved evaluering av resultatene på de fysiske testene, og at resultatene dermed også bør ses i lys av dette.

I starten av prosjektet ble Short Physical Performance Battery (SPPB) benyttet som kartleggingsverktøy i stedet for TUG. Denne testen kan benyttes som en screening av fysisk funksjon hos eldre og indikerer blant annet fremtidig funksjonsfall (Bergh et al., 2013). SPPB er egnet som et screeningverktøy i primærhelsetjenesten og ved hjemmeboende eldre (ibid.). Det viste seg at målgruppen for dette prosjektet var for gode til at SPPB fanget opp noe (takhøyde), utover at den forteller oss at den målgruppen vi har med å gjøre har et meget godt funksjonsnivå. Den var altså ikke egnet til å fange opp eventuelle forbedringer i løpet av dette 12 ukers tilbudet.

Kartleggingsverktøyet COOP/ WONCA har fungert relativt godt, når deltakerne forstod hvordan de skulle svare. Det er interessant at den er sensitiv og fanger opp dersom man i løpet av de siste to ukene eks. har hatt en liten nedtur.

Men er disse testene rettferdige tester av behandlingseffekten? Kan man måle noe? Og over tid, vil det kunne si noe om kvalitet på tilbudet?

#### **10.1.5 Virker det på sikt? Nytteverdi?**

Dette kan vi ikke svare på pr. i dag. Vi ser et tydelig behov for å foreta oppfølgende samtaler inkl.re-test etter 6 mnd. eller 1 år? Hva er status 3 år frem i tid? Har den slagrammede for eksempel endret levevaner i håp om å unngå nye slag. For å kunne svare på dette spørsmål er det nødvendig med en lengre evalueringsperiode, for å finne ut hvor lenge resultatene har effekt. Det vil være behov for å videreutvikle tjenesten med utgangspunkt i systematisk tenkning og utvikling av den kliniske kompetansen-gjerne tilknyttet forskning og følgeevaluering.

## 10.2 utfordringer

### 10.2.1 Informasjonsspredning

Informasjonsspredning og rekrutteringsarbeid har vært en kontinuerlig og tidkrevende prosess gjennom prosjektet.

Følgene rutiner er utarbeidet og har blitt fulgt opp av prosjektgruppen før oppstart av hvert tilbud:

- Oppdatere internett og intranett
- Brosjyrer
- Kontaktinformasjon aktuelle samarbeidspartnere
- Informasjonsspredning til samarbeidspartnere via epost
- Annonse i lokalavisene (Ferdlandsvennen og Kristiansandsavisen)
- Motta henvendelser pr telefon fra brukere (kontinuerlig)

Brosjyrer «utgave jan 2015»



[www.kristiansand.kommune.no/hjerneslag](http://www.kristiansand.kommune.no/hjerneslag)

[www.kristiansand.kommune.no/parkinsonssykdom](http://www.kristiansand.kommune.no/parkinsonssykdom)

### 10.2.2 Rekruttering

Det har i oppstart fasen vært større pågang på tilbudet til Parkinson rammede, sammenlignet med hjerneslag tilbudet. Men på siste runde med tilbudene, har dette endret

seg. «Trygg og slagsterk» startet opp med 11 aktuelle deltakere, til planlagt oppstart dato. Oppstart av Parkinson tilbudet ble utsatt i to uker, i håp om flere påmeldte- og åpnet opp for at to deltakere kunne starte etter påmeldingsfristen og derav i uke 2 av kurset.

Det kan se ut som mange faktorer spiller inn:

- Tidsperspektivet ved «etablering» av nye tilbud -det må bli kjent og gå seg til
- Forbedringspotensialer i forhold til informasjon ut til samarbeidspartnere, og publikum
- Fokus på å finne «den rette bruker» inn i målgruppen
- Fokus på «rett tid» i forhold til rekruttering til kursdeltakelse og nasjonale anbefalinger

Vi erfarer at det er stor spredning blant kursdeltakerne når det gjelder hvor lang tid det er siden de ble diagnostisert. Tilbakemeldinger fra kursdeltakerne sier noe om at de aller fleste slag pasienter kommer til oss etter at det er gått for lang tid. Dette med tanke på betydningen av rehabiliteringen det første ½ -1 året og med tanke på innarbeidet bevegelsesmønstre og vaner, samt livsstil.

De nasjonal faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering etter hjerneslag (2010) sier at en avsluttende poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten etter 1-3 mnd. har bidratt til de gode behandlingsresultatene i ESD-studiene. Studiene indikerer at en slik avsluttende poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten er viktig og nyttig for pasientens funksjonsnivå, for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og for videre optimal oppfølging i kommunehelsetjenesten (Langhorne et al., 2005; Fjaertoft, Indredavik & Lydersen, 2003; Fearon, Langhorne & Early supported Discharge Trialists, 2012).

*«Kommunehelsetjenesten har etter dette hovedansvaret for den videre oppfølgingen».*

*«Det er behov for fleksible løsninger etter akutt behandling».*

Prosjektgruppen vil på det sterkeste anbefale at trenings og mestringskurset kan bli et alternativ, og opplagt valg for den aktuelle slagrammede i forbindelse med den polikliniske kontroll i spesialisthelsetjenesten som foretas etter 1-3 mnd. etter et slag/TIA.

### **10.2.3 Transport**

Deltakerne har selv måtte stå for transport til og fra kurset. Dette har ført til flere utfordringer. Det er erfart og mange er kjent med at flere i målgruppen har et midlertidig kjøreforbud. Dette skaper problemer for mange aktuelle deltakere. 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.

Noen av deltakerne som har benyttet buss til og fra, uavhengig av om de er hjemmeboende i Kristiansand eller i en av de andre Knutepunkt-Sørlandet kommunene. Dette har vært utfordrende angående den totale kapasitet hos bruker.

### **10.2.4 Lokaler**

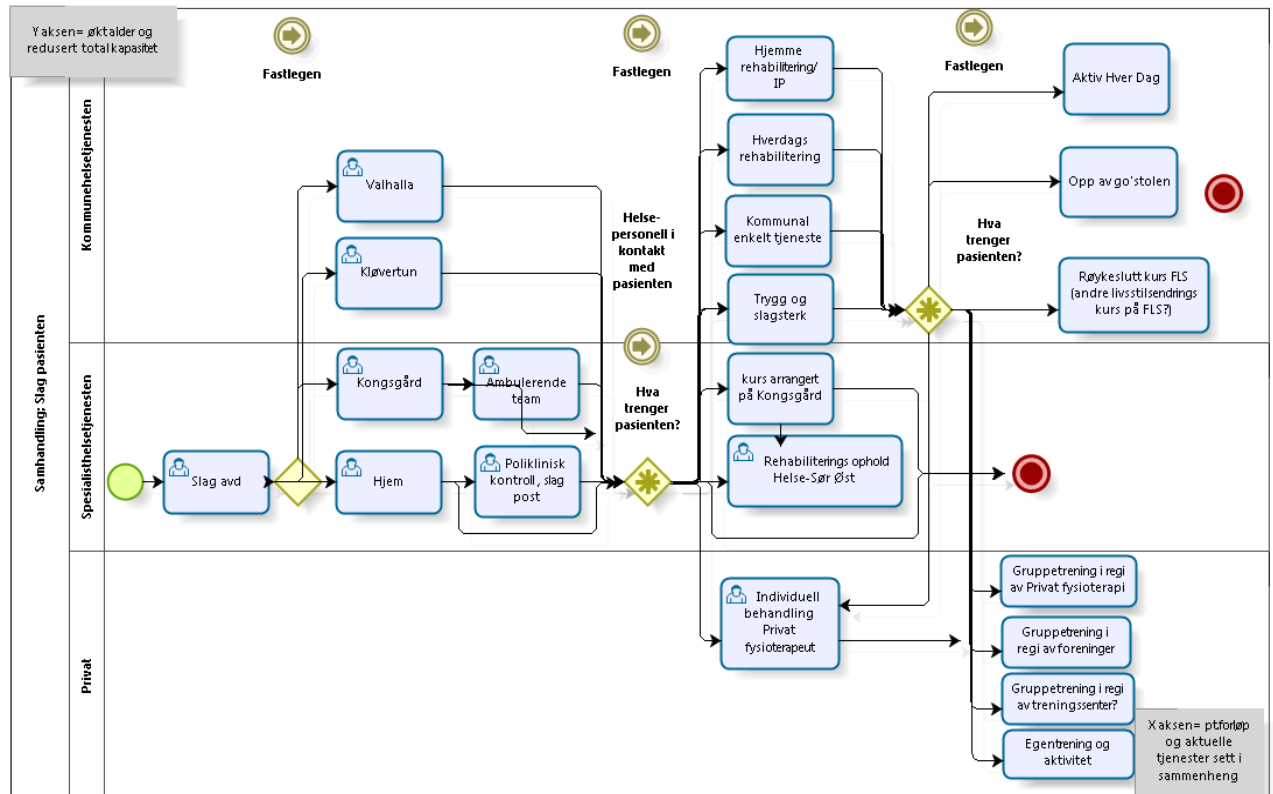
Første to kurs ble gjennomført på Frivillighetens Hus i Kristiansand. Dette lokale ligger rett ved et stort naturterreng som ble benyttet til trening i denne perioden. Undervisningen/erfaringsutvekslingen foregikk inne i Frivillighetens Hus. Tilgjengeligheten til dette lokalet var god. Det var hyppige bussforbindelser, gode parkeringsmuligheter uten avgift og romslige lokaler tilrettelagt for handikappede. En videreføring i disse lokalene var uaktuell, siden stiftelsen Frivillighetens hus gikk konkurs.

De resterende 4 kurs er blitt avholdt i leide lokaler, i tilknytning til Aquarama treningscenter, i Kristiansand. Dette er på samme sted som Frisklivssentralen i kommunen har sine lokaler. Både treningen og undervisningen/erfaringsutvekslingen er gjennomført her. Garderober med låsbare skap inngikk i leieavtalen. Tilgjengeligheten til AQ er veldig god. Hyppige bussforbindelser da dette ligger i sentrum. Parkeringsmulighetene er også gode, dog påløper det parkeringsutgifter. Også her har det vært romslige lokaler tilrettelagt for

funksjonshemmede.

### 10.2.5 Det gode pasientforløp

Flytskjemaet illustrerer et «tenkt» pasientforløp til den Hjerneslag rammede og de ulike retninger et pasientforløp kan ta, slik det ser ut i Kristiansand per dags dato-utarbeidet av prosjektgruppen.



I forhold til samhandling og de ulike nivåer (Kommunehelsetjenesten, Spesialisthelsetjenesten og private aktører) er det flere steder i pasientforløpet som fungerer som veiskiller i forhold til neste steg i rehabiliteringen. Disse veiskillene (markert som lysegrønne prismer) er avhengig av gode rutiner sammen med god innsikt i mulighetene som ligger tilgjengelig, til en hver tid i forløpet.

Prosjektgruppen ønsker først og fremst ved denne fremstilling å peke på:

1. Tilfeldighetene som råder, mer enn rutiner og et system som fanger opp pasienten

2. Behov for mer fokus på informasjon, kommunikasjon og forventningsavklaring med pasienter og pårørende
3. Behov for å opprette en koordinator med særlig kompetanse på nevrologi, og som har oversikt over aktuelle tilbud i Kristiansand (alle arenaer) og bidrar inn med oppdatering av kunnskap inn i de ulike kommunale «mestringstilbudene» både på Frisklivssentralen og eventuelt ute på instituttene. Det kan tenkes også tenkes at et eventuelt team som har ansvar for «mestringskurs» innen nevrologi, har en koordinerende funksjon

## **10.3 Erfaringer fra prosjektgruppen vedrørende begge tilbudene**

### **10.3.1 Egen mestring og undervisning**

Det er viktig med «oppgaver» underveis som et ledd i undervisningen, dette vil bidra til å sikre overføringsverdi til den enkeltes hverdag.

Fokus på undervisningen er å gi spesifikk kunnskap om tilstanden og endringsarbeid på en helsepedagogisk måte, samt informere om konkrete og alternative tilbud til aktiviteter i Kristiansand (se flyt skjemaet). Dette kan være med på å avslutte behov for videre tjenester for flere pasienter og bidrar til selvstendigjøring. Videre kan det bidra til å forebygge komplikasjoner og forverring, redusere ventelister og sørge for kvalitet i tjenesten samtidig som det blir rett behandling-til rett sted og tid.

### **10.3.2 Et trening- og mestringstilbud til hver målgruppe blir til to hver**

Erfaringer fra gjennomføringen av «Trening- og mestringstilbud til personer med Hjerneslag» og «Trening- og mestringstilbud til personer med Parkinsons Sykdom» har ført til at det er mest hensiktsmessig og inndele disse to målgrupper ytterligere.

Dette med særlig tanke på det gode pasientforløp og ivaretagelse av de ulike tilpasninger og behov som melder seg dersom en sammenligner en ny diagnostisert pasient med Parkinsons Sykdom, kontra en som befinner seg i sen fasen av sykdomsutviklingen.



### **10.3.3 Frisklivssentralen og mestringstilbud**

Frisklivssentralen skal være en port inn for bruker. Det må være publikumsvennlig med resepsjon og mye samlet kunnskap om livsstilsendring og ulike tilbud som frisklivsforløp, mestringsforløp og aktuelle faste tilbud.

Frisklivssentralen kan bli en arena som kan være pådrivere av dette viktige arbeidet også inn i andre samarbeidsarenaer. Frisklivssentralen kan bli av ypperste kvalitet dersom rammene, innholdet og kvaliteten møter dagens utfordringer i Helse Norge. Med innhold menes det å være «tilstede» fra vugge til grav og inkludere psykisk helse, i tillegg til fysiske aktiviteter. Klarer Frisklivssentralen å bidra i og forebygge, eller motivere til endringsarbeid hos den enkelte vil det kunne bidra til økt livskvalitet, utsette sykdomsutvikling og hindre behov for omfattende omsorgstjenester.

### **10.3.4 Samarbeidsarenaer**

Det er viktig å vite om hverandre og tilbudene, på kryss og tvers av Kommunehelsetjenesten og Spesialisthelsetjenesten. Det vil gi bedre ressursutnyttelse grunnlag for «Det gode pasientforløp».

Dette gjelder fastleger, privat praktiserende fysioterapeuter, ansatte på sykehus og i de forskjellige virksomhetsområdene i Kristiansand kommune, samt i de andre Knutepunkt Sørlandet kommunene.

Det er fortsatt behov for å sikre en likere tilnærming og forståelse mellom tjenestene. Samtidig å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling. Ha forståelse og respekt for de ulike arbeidsoppgaver tilknyttet tjenestenivå, samt bidra til god kommunikasjon og samhandling.

### **10.3.5 LINK- selvhjelp og mestring**

LINK-Trondheim er et senter for selvhjelp og mestring (LINK Trondheim, 2012). LINK-Trondheim er det fjerde LINK senteret i Norge, fra tidligere finnes det LINK sentere i Oslo, Lyngen og Lillehammer. LINK-Trondheim finansieres av Trondheim kommune, mens det er Røde-kors som står for oppstart og drift av senteret. LINK-Trondheim skal fungere som en

lokal samarbeidspartner i selvhjelpsarbeidet, en kunnskapsleverandør og en støtte for frivillige organisasjoner, det offentlige og arbeidslivet.

Det kan tenke seg at økt fokus og informasjon om selvhjelp og de ulike foreninger(aktivitets tilbud) som finnes i regionen, kan være med til å hjelpe en bruker igjennom kriser og faser i et liv med akutt oppstått sykdom, kronisk sykdom eller tap.

## 11.0 ANBEFALINGER OG FORSLAG TIL IMPLEMENTERING

| Hjerneslag   |  |   |
|--|--|---|
| Anbefaling   | Forslag til iverksetting   | Videreutvikling og implementering   |
| <p><b>1. Opprette et Læring- og mestringstilbud med trening for personer med mild grad av hjerneslag</b></p> <p><b>Et 12 ukers tilbud, som en del av FLS</b></p>                                   | <p><b>Målgruppe:</b><br/>Inklusjonskriterier for deltakelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mild grad av Hjerneslag</li> <li>- motivert for tilbudet</li> <li>- kunne delta i gruppe</li> <li>- må kunne ta instruksjon og ha tilstrekkelig hukommelse</li> <li>- for innbyggere i Knutepunktet Sørlandet</li> <li>- Det tilstrebes å nå brukerne så raskt som mulig, og helst innen det første året etter hjerneslaget</li> </ul> <p><b>Organisering</b><br/>Tilbudet eies av kommunen og driftes av et kommunalt tverrfaglig team fra Virksomhet for Helsefremming og innovasjon, Frisklivssentralen. Teamet bør bestå fast av fysioterapeut og ergoterapeut, samt at sykepleier trekkes inn på enkelttimer</p> <p><b>Lokalisering</b><br/>Lokaler for tilbudet bør inneholde:<br/>Resepsjon for mottak av beskjeder m.m<br/>Møterom for individuelle samtaler<br/>Treningssal<br/>Kondisjonssapparater<br/>Møterom for gruppeundervisning<br/>Mulighet for trening i ulendt terreng</p> | <p>Vurdere valg av kartleggingsverktøy for effektmål<br/>Inkludere kognitiv test</p> <p>Utarbeide et skriftlig materiell til deltagerne, med vekt på egenmestring.</p> <p>Videreutvikle interne rutiner</p> <p>Utarbeide et enkelt samtykke skjema (juridisk korrekt) som kan utleveres til pasientgruppen ved utskrivelse fra sykehuset</p> <p>Jobbe videre med synliggjøring av tilbudet på venteværelsene til fastlegene</p> |
| <p><b>1. Opprette Treningsgrupper med elementer av Læring -og mestring, til personer med moderat til alvorlig grad av hjerneslag</b></p> <p><b>Et 12 ukers tilbud, Ute på Fys. institutter</b></p> | <p><b>Målgruppe</b><br/>Inklusjonskriterier for deltakelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moderat til alvorlig grad av Hjerneslag</li> <li>- må være motivert</li> <li>- kunne delta i gruppe</li> <li>- må kunne ta instruksjon og ha tilstrekkelig hukommelse</li> <li>- for innbyggere i Knutepunktet Sørlandet</li> <li>- Det tilstrebes å nå brukerne så raskt som mulig, og helst innen det første året etter hjerneslaget</li> </ul> <p><b>Organisering</b><br/>Tilbudet bør lokaliseres til ulike fysikalske institutter, privatpraktiserende fysioterapeuter bør ha hovedansvaret for gjennomføring av tilbudet. Kommunal tverrfaglig kompetanse bør bistå til undervisning og erfaringsutveksling.<br/>Stipulert til 6 ganger pr tilbud</p>   | <p>Samarbeidsavtaler og arena med privatpraktiserende fysioterapeuter</p> <p>Utarbeide et skriftlig materiell til deltagerne, med vekt på egenmestring</p> <p>Videreutvikle interne rutiner</p> <p>Utarbeide et enkelt samtykke skjema (juridisk korrekt) som kan utleveres til pasientgruppen ved utskrivelse fra sykehuset</p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p><b>Ansvarsfordeling:</b><br/> Instituttet er ansvarlige for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisere liten treningsgruppe (6-8 deltakere) som får veiledet gruppetrening 2 ganger i uken</li> <li>- Treningen gjennomføres ut i fra Aktivitetshåndboken for fysisk aktivitet, nyeste forskning og individuelle hensyn</li> <li>- den individuelle behandling</li> <li>- rekvirere transport</li> </ul> <p>Det kommunale tverrfaglige teamet er ansvarlige for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 x 2 timer undervisning og erfaringsutveksling knyttet til følgende tema: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykdomslære og medisiner</li> <li>- Fysisk aktivitet</li> <li>- Energioptimalisering</li> <li>- Kognitive utfordringer og kommunikasjon</li> <li>- Kosthold og levevaner</li> <li>- Egenmestring</li> </ul> </li> </ul> <p>- Den ansvarlige PPF bør være tilstede under alle sesjonene, sammen med det kommunale teamet</p>   | <p>Jobbe videre med synliggjøring av tilbudet på venteværelsene til fastlegene</p> |
| <b>Parkinsons Sykdom</b>   |  |  |
| <b>Anbefaling</b>  | <b>Forslag til iverksetting</b>  | <b>Videreutvikling og implementering</b>   |
| <p><b>1. Opprette et Læring og mestringstilbud med trening for Parkinsons Sykdom, grad 1-2.</b></p> <p><b>Et 4 ukers tilbud, som en del av FLS</b></p> | <p><b>Målgruppe:</b><br/> Inklusjonskriterier for deltakelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parkinsons Sykdom grad 1-2</li> <li>- motivert for tilbudet</li> <li>- kunne delta i gruppe</li> <li>- må kunne ta instruksjon og ha tilstrekkelig hukommelse</li> <li>- for innbyggere i Knutepunktet Sørlandet</li> <li>- Det tilstrebes å nå brukeren så raskt som mulig, innenfor det første året.</li> </ul> <p><b>Formål:</b><br/> Tilbudet ivaretar tidlig fase av sykdomsutviklingen<br/> Å lære leve med</p> <p><b>Organisering</b><br/> Tilbudet eies av kommunen og driftes av et kommunalt tverrfaglig team fra Virksomhet for Helsefremming og innovasjon, Frisklivssentralen. Teamet bør bestå fast av fysioterapeut og ergoterapeut, samt at sykepleier trekkes inn på enkelttimer</p> <p><b>Lokalisering</b><br/> Lokaler for tilbudet bør inneholde:<br/> Resepsjon for mottak av beskjeder m.m<br/> Møterom for individuelle samtaler<br/> Treningsal<br/> Kondisjonssapparater<br/> Møterom for gruppeundervisning</p> | <p>Videreført i Samarbeid med Sørlandet sykehus, Kristiansand?</p>                 |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Mulighet for trening i ulendt terreng  |   |
| <b>1. Etablere flere treningsgrupper til brukere med Parkinsons Sykdom grad 1-2</b>  | <b>Organisering</b><br>Tilbudet bør lokaliseres til ulike fysikalske institutter, privatpraktiserende fysioterapeuter bør ha hovedansvaret for gjennomføring av tilbudet   | Anbefale sertifisering til å bli LSVT Big instruktører  |
| <b>2. Fast tilbud, Ute på Fys. institutter</b>   |  |   |
| <b>1. Etablere rutiner og opprette ansvarsgruppe med tilhørende Individuell Plan, for brukere med Parkinsons Sykdom grad 3-5</b> | <b>Målgruppe:</b><br>Inklusjonskriterier:<br>- (Parkinsons Sykdom grad 3-5).<br>- Behov for koordinering av tjenester.<br>- Behov for trygghet og forutsigbarhet i en utfordrende fase av livet.   | Fokus, bevisstgjøring og opplæring på dette verktøy i mye større grad blant ansatte i hjemmetjenesten og Virksomhet for Rehabilitering og Helsefremming |
| <b>Fast tilbud, Som en del av Virksomhet for Behandling og rehabilitering</b>  | <b>Formål:</b><br>Ivareta brukeren og pasientforløpet i den kompliserte fasen (grad 3-4) og/eller sen fasen (grad 5) av sykdomsutviklingen<br><b>Organisering:</b><br>Tilbudet eies og driftes av kommunen, via Virksomhet for behandling og rehabilitering- slik det gjøres per i dag<br><b>Lokalisering:</b><br>Hjemmebesøk hos bruker | Utvikle og ta i bruk rutiner  |
| <b>Nevrologiske skader og sykdommer (overordnet)</b>   |  |   |
| <b>Anbefaling</b>  | <b>Forslag til iverksetting</b>  | <b>Videreutvikling og implementering</b>  |
| <b>1. Koordinator</b>  | Etableres innsatsteam eller koordinatorfunksjoner med særlig kompetanse innen nevrologi  |   |
| <b>Til alle brukere i kommunen, uavhengig av diagnose</b>  |  |   |
| <b>Anbefaling</b>  | <b>Forslag til iverksetting</b>  | <b>Videreutvikling og implementering</b>  |
| <b>1. LINK-Kristiansand?</b>   | <b>Organisering:</b><br>Driftes av frivillige organisasjoner (i Trondheim kommune, Røde Kors) og eies(finansieres) av kommunen   |   |
| <b>→en lokal samarbeidspartner til synliggjøring av selvhjelp og mestring</b>  | <b>Målgruppe:</b><br>Fungere som en lokal samarbeidspartner i selvhjelpsarbeidet, være en kunnskapsleverandør og gi støtte for frivillige organisasjoner, det offentlige og arbeidslivet   |   |

## 12.0 Drift

### 12.1 Hva er riktig kompetanse for å drifte tilbudet?

Tverrfaglighet er viktig inn i et trenings- og mestringstilbud. Det tverrfaglige team bør bestå av: Fysioterapeut, Ergoterapeut, Sykepleier og en merkantil funksjon (resepsjonspersonell).

#### 12.1.1 Kompetansebehov og ansvarsfordeling

1. Kompetanse på trening og treningsmetodikk.

Vi trenger til sammen 2 gruppeledere, som kan være tilstede under gjennomføringen av tilbudet, fordi deltakerne gjerne har forskjellige utfall, i ulik grad og krever derfor tettere observasjon, veiledning og støtte.

Den ene gruppelederen er Fysioterapeut, og har hovedansvaret for å lede samt gjennomføre treningen i tilbudene, inklusiv kjennskap til aktuelle måleredskaper med mer. Den andre gruppelederen er Ergoterapeut, og er med på gjennomføringen av treningen i løpet av kurset.

2. Spesifikk kompetanse på diagnose og sykdomsbildet.

Fysioterapeuten vil med sin spesifikke kompetanse kunne:

- vurdere kropp i bevegelse og funksjon
- bidra med kunnskap om bevegelsessystemets oppbygning og funksjon hos frisk og syk og om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom.
- legge til rette for – og yte tjenester som bidrar til at individer og befolkningsgrupper utvikler, opprettholder og gjenvinner optimal bevegelses- og funksjonsevne gjennom livsløpet.
- optimalisere livskvalitet og bevegelsespotensial innenfor helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende/habiliterende virksomhet.

- via en grundig fysioterapeutisk funksjonsvurdering, en kritisk gjennomgang av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap samt brukerens egne preferanser å iverksette aktuelle tiltak.
- anvende kroppslige innfallsvinkler og en rekke metoder og tilnærminger for å stimulere til lærings- og endringsprosesser som kan bidra til best mulig funksjon.

Ergoterapeuten vil med sin spesifikke kompetanse kunne:

- vurdere kognitiv funksjon, samt avdekke, veilede og undervise om kognitive utfordringer
- anvende kunnskap fra anatomi og fysiologi relatert til aktivitetsutføring og mestring
- anvende kunnskap fra psykologi og pedagogikk, og relatere denne kunnskapen til endringsprosesser, læring, trening og mestring
- anvende kunnskap om sykdommer og funksjonsnedsettelse og konsekvenser for aktivitetsutførelse og mestring
- utføre intervensjoner i forhold til menneskers aktivitetsutførelse og mestring
- utføre undersøkelser og funksjonsvurderinger med vekt på aktivitetsutførelse
- veilede/ undervise i mestringsstrategier (eks. energiøkonomisering)
- informere om tilrettelegging av omgivelser og hjelpemidler
- instruere i systematisk opptrening
- tilrettelegge for deltakelse og mestring for mennesker med sammensatte utfordringer

Sykepleier trekkes inn på enkelttimer:

- Sykepleieren vil med sin kompetanse kunne bidra undervise om sykdomslære og medikamenter

### 3. Kompetanse på læring og mestring, helsepedagogikk.

Gruppelederne må ha *fokus* på læring og mestring fra oppstart til slutt. I praksis vil det si at gruppelederne hele tiden forsøker å ha bevissthet på muligheter som ligger i

gode møter med pasienter og pårørende. Herunder kommer også brukermedvirkning inn.

Gruppelederne må videre ha *god kunnskap* på læring og mestring og derav helsepedagogikk.

Slik at en etter beste evne møter bruker og pårørende på en helsefremmende måte. I praksis handler det om, kommunikasjon, formidlingsevne, det og «snu» negativ tanker/holdninger knyttet til diagnosen med mer. Det er også av betydning for å kunne tilrettelegge for aktiv deltakelse i kurs og veilede videre, med mestring som mål.

#### 4. Datakunnskaper og kjennskap til aktuelle dataprogrammer

Gruppelederne skal ha god kjennskap til de aktuelle dataprogrammer som benyttes.

En med en merkantilfunksjon, har hovedansvaret for dette området i tillegg til andre administrative oppgaver. Det handler om riktig bruk av ekspertise og fagområde. Viser til legekontor med helsesekretær. Ryddig. Enkelt for bruker med et sted inn. Frigitt mye tid for gruppelederne.

Denne personen vil med sin fagspesifikke kompetanse kunne:

- Styre påmeldingslister til aktuelle kurs.
- Opprette nye deltakere i Profil, med aktuelle tjenestekoder.
- Booke tid i kalenderen til innkomst/avslutnings-samtaler til en av gruppelederne og samtalerom, i outlook.
- Ta i mot beskjeder fra deltakere eller gruppeledere ved fravær.
- Sette inn vikar dersom gruppeleder er fraværende.



## 12.2 Ressurser og økonomi

| Faggruppe                            | Stillingstype              | Oppgaver  | Ressurser  | kostnad |
|--------------------------------------|----------------------------|---|--|---------|
| 1 Fysioterapeut og<br>1 Ergoterapeut | Helårsdrift<br>Fast ansatt | <p><b>1. Trening- og mestringstilbud</b></p> <p><u>Innkomstsamtale:</u><br/>Individuell med evt. pårørende.<br/>Ved behov kontakt med lege/andre.</p> <p><u>Gjennomføring av tilbudet:</u><br/>Gruppeledere</p> <p><u>Avslutningssamtale:</u><br/>Individuell med evt. pårørende</p> <p><b>2. Kompetanse heving</b></p> | <p>20%</p> <p><u>Innkomstsamtale:</u><br/>En gang per semester<br/>Max 12 deltakere til Parkinson gruppen og max 12 deltakere til Hjerneslag.<br/>Utgjør 24 timer</p> <p><u>Gjennomføring av tilbudet:</u><br/>En gang per semester<br/>10 timers kurs, fordelt på 4 uker + forberedelse=?<br/>2 halve dager (20%) Hjerneslag</p> <p><u>Avslutningssamtale:</u><br/>En gang per semester<br/>Max 12 deltakere til Parkinson gruppen og max 12 deltakere til Hjerneslag<br/>Utgjør 24 timer</p> <p>Inkluderer fleksibilitet til forberedende arbeid og oppdateringer, eventuelt kurs<br/>1 halv dag (10%)</p> |         |

|                            |                                 |  |                                     |  |
|----------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|
|                            |                                 | <b>3. Informasjonsspredning om tilbudet, på forskjellige samarbeidsarenaer via samarbeidsmøter på sykehus, kommunen i øvrig, privat praktiserende fysioterapeuter, de aktuelle organisasjoner og fastlegene</b>  | 20% (1 dag, 1 gang i mnd) x3 steder |  |
| 1 Helsesekretær            | Helårsdrift<br>Fast ansatt<br>% | <b>Forberedende oppgaver før kurs oppstart og i kurs perioden</b><br>1. Styre påmeldingslister til aktuelle kurs<br>2. Opprette bruker i Profil, med aktuelle tjenestekoder, legge inn/sende ut oppstartbrev<br>3. Booke tid i kalenderen til innkomstsamtale til en av gruppelederne og samtalerom, i outlook<br>4. Under kurs forløpet besvarer helsesekretæren telefoner fra kursdeltakerne ved avbud<br>Fremmøte protokoll ligger i resepsjonen. Gruppeledere henter før timen og avleverer etterpå<br>5. Besvare telefon og informasjon om kurs tilbudet, inkl. oppstart datoer. Henvise til nettsiden evt. sende ut brosjyre |                                     |  |
| Andre aktuelle fagpersoner | Timebasis                       | Enkeltundervisning under kursene   |                                     |  |

### 12.3 Lokaler

AQ trening har vært et fantastisk sted for drift av kurs tilbudet. For deltakerne har det vært forholdsvis enkelt og komme til og fra, da AQ har en sentral beliggenhet og gode parkeringsmuligheter. Dog er det flere av deltakerne som har poengtert at det er dyrt med parkering for hver gang. Men det varierer fra kurs til kurs, hvor mange som faktisk kjører bil versus offentlig transport. Mange av dem som kjører bil har parkert andre steder (jobb eller utkanten av byen) og kombinert det med en spasertur.

Et par av deltakerne har benyttet seg av at de kan trene gratis på helsestudioet under kurset- dog har dette vært i forbindelse med kurs avvikling samme dag, ved at de har kommet tidligere og satt seg på en sykkel ol. En av disse deltakerne har på eget initiativ benyttet seg av treningssenteret og apparatene, når vedkommende ikke har hatt kapasitet til å få utbytte av gruppetreningen pga. sekundære muskel og skjelett plager. Dette gir rom for fleksibilitet og individuell tilretteleggelse, og bør tas høyde for i vurderingen av egnede lokaler.

Prosjektgruppen har erfart at det er en stor fordel og drifte kurset et sted hvor en disponerer både sal til gruppetreningen, rom til undervisningen og tilgang til benyttelse av treningssenter med særlig tanke på kondisjonsapparater. Det som er veldig gunstig med AQ trening er at de har en egen løpesal, som vi har hatt for oss selv til oppvarming uten ekstra kostnader.

Kurset er avhengig at det er tilgang på garderober og toalett i umiddelbar nærhet. I tillegg er det viktig å nevne at resepsjonen på AQ trening har vært svært behjelpelige og imøtekommende. Det har vært med på og skape trygge rammer. Vi opplever at det har vært et godt samarbeid.

### 13.0 Referanseliste

Botolfsen, P. & Helbostad, J. (2010). Reliabilitet av den norske versjonen av Timed Up and Go (TUG). *Fysioterapeuten*, 77(5), 2-10

Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, B.H., Taraldsen, K. & Thingstad, P. (2013). *Short Physical Performance Battery (SPPB)*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrisk-forening/Geriatrisk-test-og-undervisningsmaterieill/tester-og-registreringsskemaer/Short-Physical-Performance-Battery/>

Dalsbø, T.K., Kirkehei, I. & Thuve Dahm, K. (2014). Nyttig for pårørende å bryte negative tankemønstre. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/nyttig-for-parorende-a-bryte-negative-tankemonstre>

Fagermoen, M.S., Bevan, K., Berg, A.C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., Hustadnes, A.L., & Strøm, A. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien forskning*, 3(9), 216- 223

Fearon, P., Langhorne, P., Early Supported Discharge Trialists (2012). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. doi: 10.1002/14651858.CD000443.pub3.

Fjaertoft, H., Indredavik, B., Lydersen, S. (2003) Stroke unit care combined with early supported discharge: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Stroke*, 34(11) 2687-91

## Prosjekt Nevroplan 2015

---

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Færestrand, K., Landèn, I. & Dagsvik, G. (2012) *Hjerneslag, - hvem, hva, hvor?- En kartlegging av hjerneslagpasienter i Kristiansand*. Kristiansand: Knutepunkt Sørlandet

Helsedirektoratet (2009) *Aktivitetshåndboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Nevroplan 2015- Delplan til Omsorgsplan 2015*.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *NCD- strategi. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke- smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS og kreft*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Hoehn, M. & Yahr, M. (1967). Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, 17 (5) 427–42. doi: 10.1212/wnl.17.5.427. PMID 6067254

## Prosjekt Nevroplan 2015

---

Holm, I. & Risberg, M.A. (2003) COOP/WONCA funksjonsskjema - Et nyttig og sensitivt evalueringsverktøy til bruk i fysioterapi praksis. *Fysioterapeuten*. Hentet fra <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/COOP-WONCA-funksjonsskjema-Et-nyttig-og-sensitivt-evalueringsverktoy-til-bruk-i-fysioterapi-praksis>

Keus, S.H., Munneke, M., Graziona, M., Paltamaa, J., Pelosin, E., Domingos, J., Brühlmann, S., Ramaswamy, B., Prins, J., Struiksma, C., Rochester, L., Nieuwboer, A., Bloem, B.: on the behalf of the Guideline Development Group (2014). *European physiotherapy guideline for Parkinson's disease*. The Netherlands: ParkinsonNet/KNGF; 2014

Kristiansand kommune (2013) *Helsefremmingsplanen- Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering*. Kristiansand: Kristiansand kommune

Langhorne, P., Taylor, G., Murray, G., Dennis, M., Anderson, C., Bautz-Holter, E., Dey, P., Indredavik, B., Mayo, N., Power, M., Rodgers, H., Ronning, O.M., Rudd, A., Suwanwela, N., Widen-Holmqvist, L., Wolfe, C. (2005) Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 365(9458) 501-6

Link Trondheim- Senter for selvhjelp og mestring. Hentet fra <http://linktrondheim.no/om-link/>

Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2012) *Handlingsplan for Parkinsons sykdom*. Stavanger: Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, Stavanger Universitetssykehus

## Prosjekt Nevroplan 2015

---

Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2010) *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom*. Stavanger: Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, Stavanger Universitetssykehus

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2013) Hentet fra <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/>

Norges parkinsonforbund. LSVT. Hentet fra <http://www.parkinson.no/rad-og-vei/lsvt/>

Norsk forening for slagrammede. Faktaark. Hentet fra <http://www.slagrammede.org/faktaark/>

Peersen, P.O., Hûbert, A.C., Dokmo, T., Schou Lauvland, R. & Ytrehus, E. (2014) Notat om fysioterapitjenesten- med fokus på samarbeidet med avtalefysioterapeutene og deres rolle i kommunehelsetjenesten. Kristiansand: Kristiansand kommune

Perera,S., Mody, S.H., Woodman, R.C., Studenski, S.A. (2006) Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults. *Journal of the American Geriatrics society*, 54(5), 743-9

St. Meld 29 (2012- 2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld 19 (2014- 2015). *Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld 26 (2014-2015) *Primærhelsemeldingen- Fremtidens primærhelsetjeneste- Nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld 47 (2008- 2009) *Samhandlingsreformen- Rett behandling, på rett sted, til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Sørensen, M. & Graff- Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(6), 720 -4

Sørlandet sykehus (2012) Parkinson. Hentet fra:

[http://www.sshf.no/aktuelt/\\_aktiviteter/\\_pasientopplering/\\_Sider/Parkinson,%20A.aspx](http://www.sshf.no/aktuelt/_aktiviteter/_pasientopplering/_Sider/Parkinson,%20A.aspx)

Tambosco, L., Percebois-Macadré, L., Rapin, A., Nicomette-Bardel, J. & Boyer, F.C. (2014). Effort training in Parkinson's disease: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57 (2), 79-104

Willaing I., Folmann N., Gisselbæk A.B. (2005). «*Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter*». København: Sundhedsstyrelsen



Vedlegg 1

# Borg-skala

| Borg-trin | Oplevelse  | Trøningseffekt                           |
|-----------|--|--|
| 6         | Hvile  | Ingen ☺                                  |
| 7         | Det føles meget let<br>Svært at mæke forskel på niveauerne               | Opvarmning / nedvarmning                 |
| 8         |  |  |
| 9         |  |  |
| 10        |  |  |
| 11        | Du kan mæke at du træner<br>- men det er slet ikke hårdt                 | Sundhedseffekt<br>- men kræver lang tid  |
| 12        |  |  |
| 13        |  |  |
| 14        | Snakkegrænsen<br>Du kan snakke, men sætninger bliver afbrudt af åndedrag | Kondition og sundhed for de fleste       |
| 15        |  |  |
| 16        | Hyperventilation<br>Du puster kræftigt og kan kun svare med enkelte ord  | Effektiv kondition<br>- men hård træning |
| 17        |  |  |
| 18        | Udmattelse<br>Få minutter eller sekunder til at du må stoppe             | Præstations- og sprintevne               |
| 19        |  |  |
| 20        |  |  |