



Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom

*Rapport fra utvikling av
tilpasset treningsmodell*

Marthe Lyngås Eklund, Solveig Hagen Paulsen,
Mona Kolbjørnsdatter Sando
og Liv Helene Jensen



Utviklingscenter
for sykehjem
Buskerud



Ål kommune



SKRIFT-
SERIEN
Nr. 10

2015



Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom

Rapport fra utvikling av tilpasset treningsmodell

Marthe Lyngås Eklund
Mona Kolbjørnsdatter Sando
Solveig Hagen Paulsen
Liv Helene Jensen

Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 10/2015



Utviklingssenter
for sjukeheimar
Buskerud



Ål kommune

Om publikasjonen:

Prosjektrapporten beskriver utviklingen av modell for Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom. Rapporten beskriver bakgrunn og organisering av prosjektet. I tillegg inneholder den en prosessevaluering fra opplæring av personalet, tilpassing og gjennomføring av treningsprogrammet og erfaringer fra samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fysioterapitjenesten. Prosjektet er gjennomført i Ål kommune, i samarbeid mellom avdeling for fysioterapi og avdeling for hjemmetjenester, Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud og Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Rapport: Godkjent av arbeidsgruppen og prosjektgruppen 16. februar 2015

Prosjektleder: Marthe Lyngås Eklund

Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom: Rapport fra utvikling av tilpasset treningsmodell
Marthe Lyngås Eklund, Mona Kolbjørnsdatter Sando, Solveig Hagan Paulsen, Liv Helene Jensen

© Høgskolen i Buskerud og Vestfold / Forfatterne, 2015

Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 10/2015

Skriftserien kan lastes ned fra <http://bibliotek.hbv.no/skriftserien>

ISSN: 1894-7522 (online)

ISBN: 978-82-8261-028-5 (online)

Omslag: Kommunikasjonsseksjonen, HBV

Utgivelser i HBVs skriftserie kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

SAMMENDRAG

Parkinson sykdom er en progredierende nevrologisk lidelse som påvirker daglig funksjon og livskvalitet. Medisinsk behandling kan redusere, men ikke eliminere symptomene. Trening og tilpassede praktiske og teknologiske hjelpemidler er derfor viktig. Da symptomene varierer fra person til person, må treningen tilpasses den enkelte.

Målsettingen med prosjektet var:

- å utvikle og prøve ut en modell for tilrettelagt treningstilbud for personer med nevrologisk sykdommer og skader, som bygger på kunnskapsbasert praksis, og har nasjonal overføringsverdi
- å utvikle verktøy for å kunne registrere og dokumentere endringer i brukernes helse- og funksjonstilstand
- at modellen som utvikles kan integreres i ordinær drift etter endt prosjektperiode

Prosjektet er et medvirkningsbasert forsknings- og kvalitetsutviklingsarbeid som er gjennomført i samarbeid mellom Ål kommune, avdeling for fysioterapi og avdeling for hjemmetjenester, Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud og Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Dette innebærer et tett samarbeid mellom ledere, helsepersonell og forskere. Prosjektperioden er fra 2012 til 2015.

Hverdagstreningsprogrammet omfatter både individuell trening og gruppetrening. Det individuelle programmet omfatter fire ukers intensivt treningsprogram, tilpasset personer med Parkinsons sykdom. Treningen blir fulgt opp av fysioterapeuter og hjemmetrenere, med dokumentasjon og systematisk evaluering underveis. Gruppetreningen omfatter dagaktiviteter med fysisk trening to ganger ukentlig og stemmetrening to ganger per måned. Stemmetreningsprogrammet er utviklet av sangpedagog. Det er i tillegg utviklet instruksjonsvideo med tilhørende informasjonsbrosjyre for både fysisk trening og stemmetrening for å støtte kvalitet på treningen og motivere til hverdagstrening i hjemmet. Hverdagstreningsprogrammet kan lastes ned via app til mobiltelefon.

Av 15 forespurte, takket 13 personer med Parkinsons sykdom ja til deltagelse i prosjektet. Deltagerne har hatt svært forskjellig funksjonsnivå og derav behov for personlig tilpasset treningsopplegg. Høy alder, flere tilleggssykdommer og langtkommen Parkinsons sykdom er årsaker til frafall i prosjektet. Treningsopplegget for personer med Parkinson viste seg å ha en positiv effekt for flere deltagere i ulike stadier av Parkinsons sykdom. Å fange opp personen med Parkinson tidlig i sykdommen styrker gjennomføring og effekt av treningen.

Erfaringene fra treninger i gruppe og stemmetrening viste at gruppene ble en møteplass som styrket den enkeltes motivasjon og gav gjensidig støtte. På tross av store forskjeller i funksjonsnivå ønsket deltagerne med Parkinson å samles for å trene i grupper.

Erfaringene fra personlig tilpasset fysisk trening for personer med Parkinson sykdom viste at effekten av treningen styrkes når den følges opp av fagpersoner som bidrar med faglig råd og instruksjon både i individuell trening og i gruppetrening. Hjemmetrening fordrer nye prioriteringer og tilpassinger i tjenestetilbudet med grunnlag i kunnskap og holdninger om personsentrert og aktiv omsorg.

FORORD

Denne prosjektrapporten beskriver utviklingen av modell for *Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom*. Rapporten beskriver bakgrunn og organisering av prosjektet. I tillegg inneholder den en prosessevaluering fra opplæring av personalet, tilpassing og gjennomføring av treningsprogrammet og erfaringer fra samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fysioterapitjenesten.

Prosjektet er gjennomført i Ål kommune, i samarbeid mellom avdeling for fysioterapi og avdeling for hjemmetjenester, Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud og Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Vi takker for støtte fra ledere i Ål kommune og koordinering fra Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud. Vi takker alle deltagere og interesserte personer som har gitt konstruktive bidrag.

Prosjektet er finansiert med årlige tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til modellutvikling for tilrettelagte treningstilbud for personer med nevrologiske lidelser i Nevroplanen 2015 (Statsbudsjettet 2014 kap. 761, post 79). Og i tillegg bidrag fra Utviklingssenter i Buskerud (USH), Ål kommune og Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Denne prosessrapporten er utarbeidet av

Marthe Lyngås Eklund, førstelektor Høgskolen i Buskerud og Vestfold, prosjektleder

Mona Kolbjørnsdatter Sando, fysioterapeut Ål kommune

Solveig Hagen Paulsen, fysioterapeut Ål kommune

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis Høgskolen i Buskerud og Vestfold, prosjektveileder

Ål/Drammen, 11. februar 2015.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	1
Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag.....	1
Hensikt og mål	3
MEDVIRKNINGSBASERT FORSKNINGS - OG KVALITETSUTVIKLINGSDESIGN. 4	
Medvirkning og organisering.....	4
Prosjektgruppen	5
Arbeidsgruppen består av	5
Prosjektets faser og gjennomføring.....	6
Spredning av informasjon og kunnskap underveis	7
Rekruttering av deltagere og utvalgsriterier.....	7
Kartleggings- og analyseprosessen.....	8
Etiske og metodekritiske overveielser	9
PROTOKOLL FOR HVERDAGSTRENINGSPROGRAMMET	11
ERFARINGER FRA UTPRØVING AV MODELL FOR HVERDAGSTRENING.....	15
Erfaringer fra opplæringen av fysioterapeuter og hjemmetrenere.....	16
Erfaringer fra kartlegging av funksjonsnivå før og etter treningsperiode.....	17
Kartleggingen før treningsperioden.....	17
Erfaringer fra tilpassing og gjennomføring av individuelt treningsprogram	18
Individuelle tilpasninger	18
Hjemmetrening	19
Erfaring med bruk av treningsdagbok og treningsvideo.....	20
Treningsdagbok.....	20
Treningsvideo	21
Erfaringer fra fysisk gruppetrening og stemmetrening	22
Fysisk trening	22
Stemmetrening.....	22
Erfaringer fra samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fysioterapitjenesten.....	23
Oppsummeringer av erfaringer	24
ANBEFALINGER VED IMPLEMENTERING	26
REFERANSER	28

INNLEDNING

Denne rapporten beskriver erfaringer fra prosjektet Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom. Prosjektet er et forsknings- og kvalitetsutviklingsarbeid som innebærer utprøving og personlig tilpassing av systematisk trening som kan styrke personens funksjon i hverdagen. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med ledere og helsepersonell ved avdeling for fysioterapi og avdeling for hjemmetjenester i Ål kommune, koordinator ved Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud og forskere ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsevitenskap. Prosjektet kom i gang etter initiativ fra hjemmetjenesten og avdeling for fysioterapi som ønsket å styrke aktivitetstilbudet til personer med nevrologiske lidelser, spesielt for personer med Parkinsons sykdom. To fysioterapeuter hadde nylig tatt tilleggsutdanning i treningsprogram spesielt tilpasset personer med Parkinson sykdom som de ønsket å utprøve i praksis.

Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag

Internasjonale undersøkelser viser at mellom 100 – 150 personer pr. 100.000 innbyggere får Parkinsons sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010) og antallet vil trolig dobles fram mot 2030 som følge av økning i antall eldre (Dorsey et al., 2007). Norske studier har vist at om lag 110 av 100.000 innbyggere har Parkinsons sykdom, men antallet nye tilfeller per år har vært uvisst som følge av feildiagnostisering i kommunehelsetjenesten (Schrag, Ben-Shlomo & Quinn, 2002; Muller, 2014). For majoriteten påvirker symptomer daglig funksjon og livskvalitet allerede fra tidlig i sykdomsfasen, samtidig som det er viktig å påpeke at Parkinsons sykdom utvikler seg forskjellig fra person til person (Muller, 2014).

Parkinsons sykdom kjennetegnes av gradvis utvikling av kroppslige forandringer med symptomer som skjelvinger, sene bevegelser, treghet, rigiditet med muskelstivhet, lutende holdning, trippende gange, ustøhet og fare for fall. Personer med Parkinsons sykdom kan ha problemer med både å sette i gang og opprettholde bevegelser og noen utvikler i tillegg talevansker med nedsatt styrke i stemmen (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2009; Wyller, 2012). Sykdommen påvirker også kognitiv funksjon og utvikling av psykisk sykdom (Reijnders, Ehrt, Weber, Aarsland & Leentjens, 2008).

På grunn av sykdommens symptomer har personen ofte behov for hjelp fra mange faggrupper innenfor helsetjenesten (Keus, Bloem, Hendriks, Bredero- Cohen, & Munneke,

2012). For å ivareta personen med Parkinson sitt spesifikke behov for hjelp og omsorg i tråd med nasjonale føringer (Nevroplan, 2015), internasjonale guidelines (European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease, 2014), og person sentrert omsorg (Van der Eijk, Faber, Munneke, & Bloem, 2011) fordres både kommunikasjon og tett samarbeid i helsetjenesten. Personer med Parkinson har behov for oppfølging av spesialist i nevrologi for diagnostisering og medisinsk oppfølging (Schrag, Ben-Shlomo, & Quinn, 2002; Muller, 2014).

Medisinsk og kirurgisk behandling kan redusere, men ikke eliminere symptomer. Trening og tilpassede praktiske og teknologiske hjelpemidler er derfor en viktig del av behandlingen for å fungere best mulig. Forskning viser til at fysioterapi og trening kan styrke fysisk funksjon, ganghastighet, benstyrke, bedre holdning og stillingskontroll hos personer med Parkinson's sykdom (Goodwin, Richards, Taylor, Taylor, & Campbell, 2008; Kwakkel, de Goede, & van Wegen, 2007). Det er uklart om fysioterapi og trening reduserer antall fall (Dibble, Addison, & Papa, 2009). Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2009) konkluderer med at ulike treningsformer har god effekt både på fysisk funksjon og velvære. Kartlegginger har imidlertid vist at det er behov for økt kunnskap om tilrettelagte treningstilbud for personer med nevrologiske lidelser. Ett anbefalt treningsprogram for personer med Parkinsons sykdom er LSVT BIG (Fox, Ebersbach, Ramig, & Sapir, 2012). LSVT BIG omfatter et intensivt treningsprogram, med bruk av store øvelser tilpasset personer som har Parkinsons sykdom. Målet med øvelsene er å re- stimulere kroppens sensoriske system. Programmet inneholder trening med faste øvelser og egenvalgte øvelser. Forventet effekt er gange med lengre skrittlengde, bedre balanse og kroppsrotasjon. I det foreliggende prosjekt ønsket sertifiserte fysioterapeuter i LSVT BIG å prøve ut programmet for trening i en kommune med 5000 innbyggere. I LSVT LOAD (Fox, Ebersbach, Ramig, & Sapir, 2012) beskrives stemmetrening som forebyggende trening ved talevansker og nedsatt styrke i stemmen hos personer med Parkinsons sykdom. I dette prosjektet er programmet for stemmetrening inspirert av LSVT LOAD.

Økt kunnskap om Parkinson sykdom er nødvendig for å forebygge utvikling av livsstilssykdommer, sekundære komplikasjoner, inaktivitet og sosial isolering (HOD, 2011; Eika, & Lurås, 2005). Hverdagstreningsprosjektet har grunnlag i helsepolitiske dokumenter som anbefaler økt satsing på utvikling av ny kunnskap og styrking av tjenestene til personer med nevrologiske lidelser i *Nevroplan 2015*» (HOD, 2011), som er delplan til Stortingsmelding nr. 25. (2005-2006). *Omsorgsplan 2015. Mestring muligheter og mening*. Prosjektet har også grunnlag i Samhandlingsreformen (St. melding nr. 47 (2008-09), som oppfordrer til kunnskapsutveksling og samhandling på tvers av tjenestenivåer.

Kompetanseløftet 2015 (delplan under Omsorgsplan 2015), påpeker behovet for utvikling av kunnskap for å styrke aktiv omsorg i praksis og dermed brukernes mulighet til å leve et meningsfylt liv hjemme.

I tråd med ovennevnte bakgrunn omhandler denne studien utvikling av tilrettelagte treningstilbud for personer med nevrologiske lidelser.

Hensikt og mål

Studiens hensikt er å utvikle, prøve ut og evaluere en modell for hverdagstrening for hjemmeboende personer med Parkinsons sykdom. Overordnet mål er å bidra til styrking av personens helse- og funksjon og bidra til økt samfunnsdeltagelse. Tiltaket skal sees i sammenheng med øvrige kommunale tjenestetilbud og modellen integreres i et helhetlig kommunalt tilbud.

Studien er tverrfaglig og omfatter i tillegg utvikling og utprøving av teknologiske (IKT) hjelpemidler som støtte for hverdagstreningen.

Prosjektets har 5 delmål:

1. Å utvikle og prøve ut individuelt tilpasset hverdagstrening med aktiviteter for hjemmeboende personer med Parkinsons sykdom.
2. Å utvikle og prøve ut teknologiske hjelpemidler som støtte for hverdagstreningen.
3. Å utvikle kunnskap om utprøvingen og evaluere gjennomføringen av treningen.
4. Å bruke erfaringer og kunnskap videre for implementering av hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom i kommunens ordinære tjenester.
5. Å formidle erfaringer fra prosjektet, nasjonalt og internasjonalt.

Målsettingen fordrer tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapitjenesten og hjemmetjenesten, samt aktiv leder deltagelse, og samarbeid med prosjektleder og forskningsveileder fra HBV.

MEDVIRKNINGSBASERT FORSKNINGS - OG KVALITETSUTVIKLINGSDESIGN

Prosjektets overordnede organisering og modellutviklingsarbeid er inspirert av aksjonsforskning i egen organisasjon (Coghlan & Brannick, 2010). Denne tilnærmingen innebærer at prosjektet forankres i kommunens helse- og sosial ledelse og både ledere og helsepersonell inviteres til å medvirke i planlegging og gjennomføring av aktivitetene. Forskningsarbeidet er en aktiv demokratisk samarbeidsprosess som bidrar til læring og kunnskapsutvikling (Coghlan & Brannick, 2010; Jensen, 2009). Ved medvirkning i forskningsprosessen har deltagerne komplementære funksjoner. Ledere og helsepersonell har ansvar for gjennomføring av helsehjelpen, mens forskerne sørger for systematisering av data og legger til rette for medvirkningsbaserte diskusjoner og analyser av resultater underveis. Beslutninger om utvikling av nye tiltak gjøres i fellesskap underveis i prosjektet (Jensen, 2009). Forskningsdesignet har grunnlag i verdier som fremmer personsentret praksis (McCormack & McCance, 2010; Jensen, 2009).

Medvirkning og organisering

Prosjektet «Hverdagstrening» er i tråd med Ål kommunes satsning på å styrke aktiv omsorg beskrevet i Rehabiliterings- og omsorgsplan 2014 – 2027. Prosjektet ble forankret i Ål kommunes helse – og sosial ledelse som et medvirkningsbasert forsknings- og kvalitetsutviklingsprosjekt med støtte av forskere fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

For å legge til rette for medvirkning i utarbeiding av prosjektskisse og protokoll for treningsprogrammet, gjennomføringen og evalueringen ble prosjektet organisert med prosjektgruppe og arbeidsgruppe med helsepersonell og ledere fra fysioterapi og hjemmetjenesten. Arbeidsgruppen utviklet protokollen for innholdet i treningsprogrammet som ble godkjent av prosjektgruppen høsten 2012, mens utprøvingen av treningsprogrammet kom i gang i 2013. Det ble lagt vekt på at alle deltok aktivt i prosjektgjennomføringen.

Prosjektgruppen består av

Birgit Ulshagen, avdelingsleder, avdeling for fysioterapi Ål kommune

Silje Vestenfor avdelingsleder hjemmetjenesten, Ål kommune

Borghild Ulshagen, fagkonsulent helse og sosial etaten, Ål kommune

Herbjørg Dalene Bjerke, prosjektkoordinator Utviklingssenter for sykehjem (USH)

Torild Bøyum, fastlege, Ål kommune, kontaktperson til fastleger i Ål kommune

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV), prosjektveileder

Marthe Lyngås Eklund, Førstelektor Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV), prosjektleder

Prosjektgruppen har hatt to møter pr. halvår der prosjektets planer, fremdrift og økonomiske prioriteringer har blitt gjennomgått og godkjent.

Arbeidsgruppen består av

Birgit Ulshagen, avdelingsleder, avdeling for fysioterapi, Ål kommune

Mona Kolbjørnsdatter Sando og Solveig Hagen Paulsen, LSVT autoriserte fysioterapeuter, avdeling for fysioterapi, Ål kommune

Silje Vestenfor, avdelingsleder hjemmetjenesten, Ål kommune

Åse Karin Grøgård, Wenche Fekene og Hilde Brekke, hjemmetrenere, hjelpepleiere med videreutdanning i rehabilitering, Ål kommune

Marta Maria Espeseth, sangpedagog, leder for sangaktivitet og stemmetrening

Herbjørg Dalene Bjerke, prosjektkoordinator Utviklingssenter for sykehjem (USH)

Marthe Lyngås Eklund, prosjektleder, Førstelektor Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Arbeidsgruppen har i prosjektperioden hatt månedlige møter av en time. Gruppen har hatt erfaringsdeling, deltatt på kurs og hospitering om tilrettelagt trening for personer med Parkinson sykdom underveis og utviklet kunnskap i gjennomføringen av prosjektet.

Fysioterapeuter, hjemmetrenere, musikkpedagog og prosjektleder har alle hospitert på Fram treningssenter. Førsteamanuensis Liv Helene Jensen har bidratt med forsknings- og prosjektveiledning.



Arbeidsgruppemøte, fra venstre Solveig, Mona, Birgit og Wenche

Prosjektets faser og gjennomføring

Prosjektet er gjennomført i fire faser i fra høsten 2012 til og med våren 2015. Hver fase har ulike aktiviteter, erfarings og kunnskapsutvikling som vist i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over Hverdagstreningsprosjektets faser og prosesser

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Arbeidsprosesser	Forberedende arbeid: Forankring i ledelsen og hos deltagende personale Etablering av prosjekt- og arbeidsgruppe Utvikling av prosjektskisse og protokoll for trening Søknad om eksterne midler	Fysioterapeuter sertifisering, LSTV BIG Hospitering Pilot med to deltagere	Kartlegging, gjennomføring av individuell - og gruppetrening Utvikling av instruksjonsvideo og treningsdagbok	Kartlegging og gjennomføring av individuell- og gruppetrening Utprøving av instruksjonsvideo/hefte Oppsummering Evaluerer
Kunnskaps-prosesser	Innhenting av kunnskap	Innhenting av kunnskap + Opplæring og erfaringsoverføring	Utprøving av aktiviteter, erfaringsdeling Utvikling av praktisk kunnskap	Publisering Spredning av kunnskap

For å nå målene og bidra til medvirkningsbaserte prosesser ble ulike aktiviteter satt i verk. I fase 1 ble prosjektet forankret i kommunens helse- og sosial ledelse som et forsknings og

kvalitetsutviklingsarbeid med støtte fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Medvirkning ble styrket ved etablering av tverrfaglig prosjekt- og arbeidsgruppe. I gjennomføringen fra fase 2-4 har det vært aktivt samarbeid både med helse og sosial ledelse og tjenesteutøvere på tvers av fysioterapi og hjemmetjeneste. Kunnskapsprosessen kjennetegnes av å søke tilgjengelig kunnskap, opplæring og erfaringsdeling etter gjennomføring av ulike tiltak i prosjektet, samt utvikling av ny praktisk kunnskap.

Spredning av informasjon og kunnskap underveis

Prosjektet har blitt omtalt i lokalavisen før og underveis i prosjektperioden. Dette har vært viktig for å spre informasjon og for å nå målgruppen. Arbeidsgruppen har forberedt og hatt seminarer med muntlig presentasjon lokalt ved offisiell åpning av prosjektet og gjentakende møter med Øvre Buskerud Parkinson forening. Det er gitt informasjon om prosjektet på personalmøter for fastleger i Ål kommune og for personalet i hjemmetjenesten. Informasjon om Hverdagstreningssprosjektet og lagt ut på web sidene til Utviklingssentret for sykehjem i Buskerud på:

<http://www.aal.kommune.no/Tjenester/Helse/Undervisningssjukeheim/Prosjekt1/Kvardagstrening-for-personar-med-Parkinson/> og nasjonale nettsider for alle utviklingssentrene: <http://www.utviklingssenter.no/hverdagstrening-for-personer-med-parkinsons-sykdom.5353363.html>

Prosjektet er også presentert på regionale og lokale konferanser. Samt møte med generalsekretær for den Nasjonale parkinsonforening, og representanter fra Parkinsonforeningen i Buskerud fylke og Vitensenteret/ Driv Inkubator. Årlig rapporteringer til Helsedirektoratet.

Rekruttering av deltagere og utvalgskriterier

Rekruttering av personer med Parkinson ble gjort av fastleger og ledende fysioterapeut. Invitasjon til å delta ble annonsert i lokalavisen for at personer med Parkinsons sykdom eller deres pårørende kunne henvende seg direkte til behandlere. Arbeidsgruppen presenterte også prosjektet og inviterte til deltagelse på møter i Øvre Buskerud Parkinson forening før oppstart og underveis i prosjektperioden.

Prosjektet omfatter personer med Parkinsons sykdom.

Utvalgskriteriene for deltagelse i prosjektet:

- Person med diagnosen Parkinsons sykdom eller under utredning.
- Ikke krav til funksjonsnivå
- Over 40 år
- Bosatt i Ål kommune
- Ha samtykke kompetanse

Totalt 15 personer fikk skriftlig invitasjon til å delta i prosjektet. 13 personer ønsket å bli inkludert i studien; 8 menn og 5 kvinner. Alder varierte fra 61 år til 87år. Alle var hjemmeboende, en person hadde bosted i omsorgsbolig. Tre deltagere er enslige og 10 har ektefelle/samboer.

Kartleggings- og analyseprosessen

I medvirkningsbasert aksjonsforskning foregår datasamling og analyser parallelt (Coghlan & Brannick, 2010). I denne studien ble kartleggingen gjennomført etter protokollen for hverdagstrening med kvalitative intervju og standardiserte kartleggingsverktøy (se tabell 2 s. 17).

Det kvalitative intervjuet før treningsperioden ble gjennomført av fysioterapeut og prosjektleder/forsker. På intervjuet etter treningsperioden deltok prosjektleder/forsker. Fokusgruppeintervju med syv deltagere med Parkinson sykdom og prosjektleder/forsker og forskningsveileder ble gjennomført etter gjennomføring av alle de individuelle treningsperiodene. Fokusgruppeintervju ble også gjennomført med ledere, fysioterapeuter og hjemmetrenere. Intervjuene ble analysert tematisk (Graneheim & Lundeman, 2004).

The Parkinson disease Questionnaire (PDQ-39) (Bushnell & Martin, 1999) ble anvendt før og etter gjennomført treningsprogram og analysert med enkel frekvensfordeling for å få et bilde av sykdommens innvirkning på personens funksjon (Bjørndal & Hofoss, 2004). Instrumentet måler grad av mobilitet, ADL, følelser, stigmatisering, sosial støtte, kognisjon, kommunikasjon og kroppslig ubehag.

To fysioterapeuter kartla deltagerens funksjonsnivå og effekt av trening før og etter gjennomført treningsprogram med følgende tester:

1. Time up and go (TUG) innebærer øvelser for klinisk testing av balanse, gange og fallrisiko (Posaidlo & Richardson, 1991; Botolfsen & Helbostad, 2010).

2. Reise-sette seg test gjøres for å vurdere styrke i underekstremiteter (Rikli & Jones, 2001).
3. 6 min. gå test innebærer å gå så langt man klarer i løpet av 6 min. (Rossier & Wade, 2001).
4. Bergs balanseskala innebærer øvelser for testing av balanse (Rose, 2003).

Resultat fra testene er analysert for hver person med Parkinson sykdom. I tillegg omfatter analysen oversikter på tvers av datamaterialet.

Etiske og metodekritiske overveielser

Prosjektet «Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom» er fremlagt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD. Alle deltagere har fått informasjon om prosjektet, og samtykket til deltagelse. Da personer med Parkinsons sykdom kan ha ulik funksjon avhengig av sykdomsforløp og alder, fordrer gjennomføringen av prosjektet tilpasning til den enkeltes funksjon i hverdagen med tilpasset trening. Varierende helse og funksjon gjør det nødvendig å anvende prosessuelt samtykke (Dewing, 2007). Informert prosessuelt samtykke krever at fagpersonen hele tiden må vurdere pasientens samtykke om deltagelse i studien. Å samtale om personens funksjon i hverdagen kan være krevende for personer med redusert verbale «taleuttrykk» som kan være en følge av Parkinson sykdom. Under intervjuet ble det satt av en time, men med mulighet for tilleggstid. For å styrke personens deltagelse ved kartlegging med skjemaer ble hvert spørsmål lest opp og lagt til rette for skåring ved egen hjelp, ved behov med hjelp av forsker.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom helsepersonell og ledere i avdeling for fysioterapi og i hjemmetjenesten i Ål kommune, og i tillegg har koordinator ved USH og prosjektleder fra HBV deltatt aktivt. Deltagende personale og ledere tok selv initiativ til oppstart av samarbeidet. De er godt kjent med eksisterende praksis, lokale arbeidsnormer og kollegaer og brukere av tjenestene. Dette er en ressurs. På en annen side kan tilhørigheten til forskningsfeltet vanskeliggjøre det å trekke seg om de ikke skulle ønske å delta videre i forskningsprosessen. Prosjektleder har derfor understreket at deltagelsen i prosjektet er frivillig, og at personalet kan trekke seg når som helst uten at det har betydning for arbeidsforholdet. Ingen har valgt å trekke seg underveis.

Medvirkningsbasert forskning dreier seg om å delta aktivt i forskningsprosessen, med utarbeiding av forskningsprotokoll/planlagte tiltak og delta i kritisk refleksjon. Det kan erfares vanskelig å inneha både rollen som praktiker og være medforsker. For

hjemmetrenerne var utfordringene å ta tid til å følge den standardiserte forskningsprotokollen og vissheten om at de har en lang rekke med pasienter som venter. For fysioterapeutene var det satt av tilgjengelig tid i samarbeid med leder, men i møtet med den enkelte bruker erfarte de et spenningsfelt mellom egen profesjonell utøvelse, og å følge forskningsprotokollen med standardisert rekkefølge og dokumentasjon. Utfordringene ble gjentagende ganger diskutert i arbeidsgruppen hvor alle deltagere og lederne forsøkte å tilpasse tiden i praksis for å gjennomføre som planlagt. For forskerne var det samtidig viktig å ikke forsere arbeidsprosessene, men sammen med deltagerne tilpasse tempoet i forskningsprosessen til de eksisterende ressursene.

PROTOKOLL FOR HVERDAGSTRENINGSPROGRAMMET

Protokollen for Hverdagstreningsprogrammet er spesielt tilpasset personer med Parkinsons sykdom, men kan også brukes av andre. Treningsprogrammet omfatter fysisk trening og stemmetrening. Det fysiske treningsprogrammet er satt sammen av to fysioterapeuter, begge sertifisert i treningsprogrammet LSVT BIG (Fox et al., 2012, Ebersbach et al., 2011), tre hjelpepleiere med videreutdanning i rehabilitering og avdelingslederne for fysioterapi og hjemmetjenesten i kommunen. Stemmetreningsprogrammet er satt sammen av sangpedagog på bakgrunn av kunnskap om å styrke musklene i forbindelse med pust og stemmefunksjon, erfaringer og etter inspirasjon av LSVT LOUD (Fox et al., 2012).

Protokollen er utviklet i samarbeid med forskere med sykepleiererfaring fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Protokollen har fire deler. Den første omfatter opplæring av personalet. De øvrige omfatter kartlegging av personer med Parkinson sin funksjon, tilpasset individuell trening og gruppetrening. Deltagere som er i intensiv treningsperiode deltar ikke i gruppetreningen.

1. Opplæring

Opplæringsprogrammet har grunnlag i kunnskap om Parkinsons sykdom og treningsprinsippene i LSVT BIG. Det består videre av erfaringsoverføring fra fysioterapeuter med særskilt opplæring og sertifisering som trenere i LSVT BIG programmet til hjemmetrenere.

I tillegg har fysioterapeutene og hjemmetrenerne hospitert på Fram treningssenter hvor man fikk se hvordan trening for personer med Parkinson sykdom kan gjennomføres. Sangpedagog fikk demonstrert stemmetrening ved bruk av LSVT LOUD stemmetreningsprogram.

2. Kartlegging av funksjonsnivå

For å kartlegge personen med Parkinson sykdom sin funksjon, tilpasse treningen og evaluere effekt av treningen har vi gjennomført kartlegging med bruk av flere datainnsamlingsmetoder og analyser, vist under i tabell 2. Kartleggingen og analysene av materialet fra observasjonene, spørreskjema og de kvalitative intervjuer er gjennomført av

prosjektleder/forsker Marthe Lyngås Eklund (HBV), og fysioterapeutene Ål kommune: Mona Kolbjørnsdatter Sando og Solveig Hagen Paulsen med veiledning fra Liv Helene Jensen (HBV).

Tabell 2. Karlegging og analyser

Metode	Hensikt	Utvalg	Analyser
Intervju 1. Før 4 ukers treningsperiode Spørreskjema:PDQ- 39	Bli kjent Kartlegge fysiske og psykiske situasjon	N=13 hjemmeboende	Kvalitativ innholdsanalyse Kvantitativ analyse; individuell vurdering
4. Kartlegginstrumenter: Time up and go (TUG) Reise/sette seg test 6 min gå test Berg balanseskala	Kartlegge den enkelte deltagers fysiske funksjon før og etter intensiv 4 ukers treningperiode	N=13	Enkel deskriptiv registrering av endringer for hver deltager
Treningsdagbok Personer m/Parkinson Hjemmetrener Fysioterapeut	Følge utvikling av treningen for den enkelte person med Parkinson sykdom	N=7	Longitudinell analyse med registrering av gjennomføring og endringer underveis
Intervju 2. Etter gjennomført 4 ukers intensiv treningsperiode	Kartlegge fys/psykiske situasjon.	N = 9	Individuell registrering av endring, kvalitativ og kvantitativ analyse
Fokusgruppeintervju med deltagere med Parkinson	Oppsummere erfaringer	N= 7	Kvalitativ innholdsanalyse
Fokusgruppeintervju med fysioterapeuter, hjemmetrenere og ledere	Oppsummere erfaringer	Alle trenere og ledere deltok	Kvalitativ innholdsanalyse

Intervju før og etter trening for å kartlegge funksjonsnivå inneholdt åpne spørsmål om livet med Parkinson sykdom. Utfylling av PDQ-39 skjemaet (The Parkinson Disease Questionnaire) ble av de fleste deltagerne gjennomført under intervjuet fordi deltagerne hadde behov for hjelp både til å lese og til å skrive. Testen inneholder spørsmål om mobilitet, ADL, følelser, stigmatisering, sosial støtte, kognisjon, kommunikasjon og kroppslig ubehag (Bushnell & Martin, 1999).

Fysisk funksjon ble kartlagt ved bruk av testene

- Time up and go (TUG). (Posaidlo & Richardson, 1991; Botolfsen & Helbostad, 2010).

- Reise-sette seg test (Rikli & Jones, 2001).
- 6 min. gå test (Rossier & Wade, 2001).
- Bergs balanseskala innebærer øvelser for testing av balanse (Rose, 2003).

Alle testene er validitet og relabilitet testet.

3. Fire ukers individuelt treningsprogram, ved bruk av LSVT BIG

Den individuelle treningen starter med instruksjon av fysioterapeut. Treningen gjennomføres i samarbeid mellom personen, ansvarlig fysioterapeuter og hjemmetrenere. Trening med fysioterapeut følges opp intensivt fire ganger i uken i fire uker og tilpasses personens funksjon og helseutfordringer. Treningsprogrammet består av ni faste øvelser (vedlegg 1) og individuelle øvelser som personen velger selv. Hensikten med selvvalgte øvelser er å styrke praktiske ferdigheter i hjemmet, som å gå i trapper, av og på kledning, kneppe knapper. Fysioterapeuten og hjemmetrenere tilpasser treningsprogrammet i samarbeid med personen.

I tillegg omfatter det individuelle programmet hjemmetrening to ganger i uken med veiledning av hjemmetrener. For å styrke kvaliteten i hjemmetreningen anvendes instruksjonsvideo med de faste øvelsene i programmet. I tillegg fører personen selv treningsdagbok for å dokumentere egne erfaringer. Hensikten med treningsdagboken er å styrke motivasjon for gjennomføring av hjemmetreningen.

4. Gruppetrening

Gruppetrening omfatter fysisk trening en time to ganger i uken. To ganger i måneden gjennomføres en kort fysisk treningsøkt (ca. 15 min) som oppvarming før stemmetrening gjennomføres.

Den fysiske treningen består av sirkeltrening med bruk av apparater og tilgjengelige utstyr på det kommunale fysikalske instituttet. Øvelsene velges for å styrke balanse og bevegelighet, og treningen er veiledet av fysioterapeut. For å redusere faren for fall ved bruk av store øvelser fra det individuelle treningsprogrammet, fordres det at hjemmetrener støtter treningen.

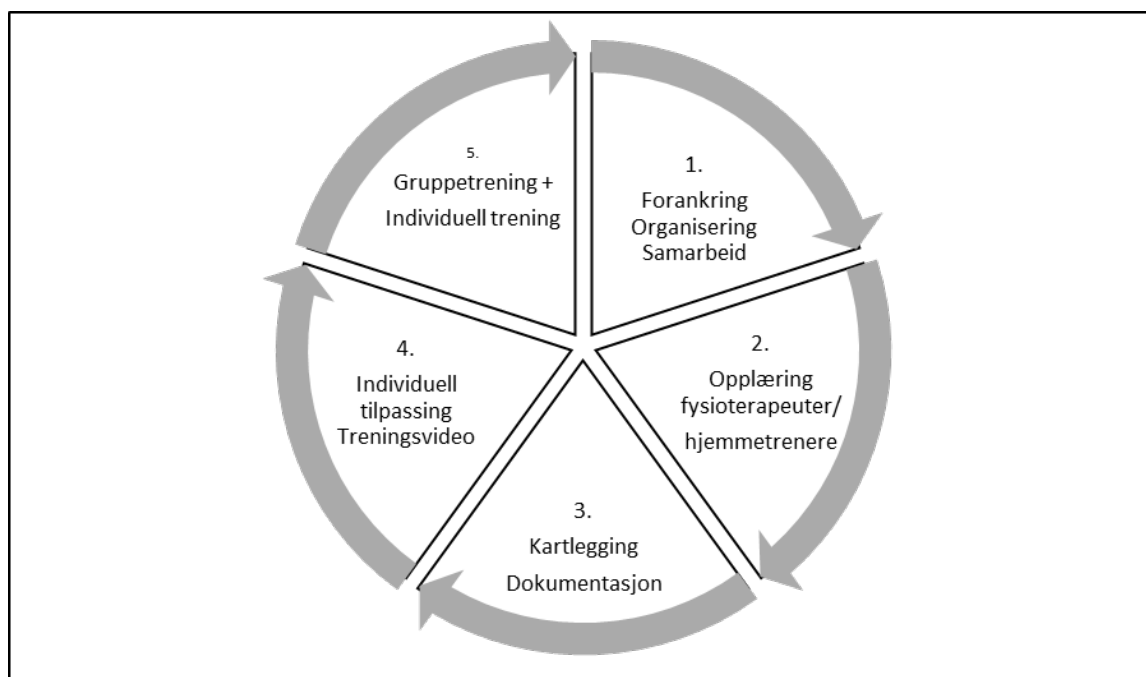
Stemmetrening

Personer med Parkinson sykdom er utsatt for å utvikle nedsatt styrke i stemmen. Program for stemmetrening i prosjektet henter impulser fra både logopedi/stemmekunnskap, sangpedagogikk og LSVT LOUD. Fra ulike innfallsvinkler jobber vi med å styrke den

stemmen som allerede finnes. Kunnskap og bevisstgjøring om sammenhenger mellom holdning og innstilling, muskulatur, pust og artikulasjon er viktig, samtidig som det er viktig at de som trener tør å bruke den stemmen de har, bruke mer kraft og stole på at stemmen bærer. I treningen bruker vi rim og regler, hverdagslige ord og fraser, rare lyder og morsomme ord med komplisert lydstruktur, smådikt og sanger, huging og hoing. Vi arbeider med å overdrive og tøyse, bruke stor stemme og stor artikulasjon. Deltakerne oppfordres til å bruke hverdagssituasjoner hjemme og i nærmiljøet til aktivt å bruke stemmen. Stemmetreningen gjennomføres hver 14 dag og ledes av sangpedagog.

ERFARINGER FRA UTPRØVING AV MODELL FOR HVERDAGSTRENING

Modell for hverdagstrening bygger på forskningsbasert kunnskap og erfaringer fra prosjektarbeidet i perioden 2012- 2015. I dette kapittelet presenteres modellen som omfatter fem områder 1) forankring og organisering av samarbeidet, 2) opplæring av helsepersonell, 3) kartlegging og dokumentasjon, 4) individuelt tilpasset treningsprogram og bruk av treningsvideo samt 5) trening i grupper, fysisk -/stemmetrening (figur 1).



Figur1: Modell for hverdagstrening

Fysioterapeutene hadde faglig ansvar for opplæring av både personen med Parkinson og hjemmetrenere med tilrettelegging og gjennomføring av det individuelle treningsprogrammet over fire uker. Hjemmetrenerne gjennomførte programmet etter instruksjon fra fysioterapeutene. Kapittelet beskriver tillegg erfaringene fra deltagerne med Parkinson sykdom.

Erfaringer fra opplæringen av fysioterapeuter og hjemmetrenere

I opplæringsprogrammet ble det lagt vekt på kunnskaps – og erfaringsoverføring fra fysioterapeuter sertifiserte i LSVT BIG programmet. To fysioterapeuter, tre hjemmetrenere og prosjektleder fra arbeidsgruppen gjennomførte hospitering på Fram Rehabiliteringssenter i fellesskap tidlig i samarbeidsprosessen. Dette skapte et felles erfarings- og kunnskapsgrunnlag som gruppen bygget videre på i bruk av LSVT BIG øvelsene.

Sangpedagogen hospiterte også ved Fram og deltok på stemmetrening ved bruk av Lee Silverman Voice Treatment (LSVT LOUD) og innpasset dette i sitt eget repertoar av metoder.

For å gjennomføre prosjektet innenfor kommunens ressurser hadde to deltager fire uker intensiv trening av gangen, med oppfølging av samme fysioterapeut gjennom hele treningsforløpet. Fysioterapeutene gav hjemmetrenerne instruksjon om tilpasninger i treningsprogrammet for hver deltager. Instruksjonen omfattet både faste og egenvalgte øvelser. Deretter hadde hjemmetrenerne mulighet til å kontakte fysioterapeutene hvis de erfarte utfordringer i hjemmetreningen.



Fysioterapeut Mona instruerer hjemmetrener Åse



Opplæring med deltager, fysioterapeut og hjemmetrenere og prosjektleder

Erfaringer fra opplæring i bruk av LSVT Big programmet

Fysioterapeutene gjorde praktiske avtaler med deltagerne for trening på instituttet og i hjemmet og inviterte hjemmetrener til å være med på første gjennomgang av treningen. Fysioterapeutene erfarte at hjemmetrenerne hadde varierende oppmøte på avtalte treninger på instituttet som følge av turnus og uforutsette endringer i hjemmetjenesten.

Fysioterapeutene instruerte hjemmetrenerne i det fysiske treningsprogrammet (se bildet over). Hjemmetrenerne erfarte informasjon fra fysioterapeutene som nyttig for gjennomføring av hjemmetrening. De benyttet i liten grad tilbudet om å kontakte ansvarlig fysioterapeut utover faste møter.

Erfaringer fra kartlegging av funksjonsnivå før og etter treningsperiode

13 personer ble inkludert i studien. To personer var blitt diagnostisert for 20-30 år siden, syv personer fra 5 til 10 år siden og tre personer innenfor de siste 4 år. En hadde symptomer, men ikke bekreftet diagnose. Alle deltagerne brukte anti-parkinson legemidler fast og hadde regelmessig kontakt med fastlege og nevrolog. Ingen hadde behov for endringer i medikamentell behandling underveis i gjennomføring av fire ukers intensiv treningsperiode.

Kartleggingen før treningsperioden

Fem deltagere hadde i tillegg til Parkinson andre somatiske og eller psykiske lidelser som påvirket hverdagen. Åtte deltagere oppgav at de ikke hadde andre sykdommer. Seks personer hadde vedtak om hjemmetjeneste.

Kartlegging av helse og funksjonsnivå før treningsperioden ble gjennomført for alle 13 deltagerne. Deltagerne beskrev ulike plager, fysiske symptomer og psykiske symptomer.

Fysiske symptomer og funksjon i hverdagen.

Noen deltagere beskrev plager som: «Stivhet i legger og ellers i kroppen», «Muskelkramper og skjelving/risting» som førte til vansker med å ta seg fram og redsel for å falle. Smerter ble beskrevet med: «Verking overalt», smerter i ledd, rygg eller mageregionen. Flere hadde store utfordringer med å skrive og nedsatt kraft i stemmen. Intensiteten av plager ble rapportert fra nærmest ubesværet til invalidiserende.

Psykisk symptomer og kognitiv funksjon

Noen beskrev nedsatt hukommelse og opplevelse av nedstemthet og depresjon med utsagn som: «Det var en mørk tid». Noen beskrev at drømmer forstyrret nattesøvn. Andre beskrev at de ikke hadde psykiske plager som følge av Parkinson sykdom.

Erfaringer fra kartlegging før treningsperioden

I intervjusituasjonen gav deltagerne rike beskrivelser av sin situasjon. Flere gav uttrykk for tilfredshet med å ha blitt inkludert i studien «at det nå kommer et tiltak for meg». «Det skal bli bra å få hjelp til trening». For noen deltagere var det utfordrende å oppfatte og svare på spørsmål. PDQ 39 skjemaet ble utfylt under samtalen fordi det for mange var vanskelig å fylle ut skjemaene selv. For noen var det vanskelig å lese og forstå, og for noen vanskelig å skrive. Det var vanskelig å avdekke og presist måle funksjonssvikt med de valgte testene. Erfaringen var at 6 min. gangtest var best egnet for å måle endringer som følge av treningen.

Hjemmetrenerne deltok ikke i kartleggingen av deltagerne. Årsaken til at de ikke deltok var å redusere antall personer tilstede i kartleggingssituasjonen og utfordringer med å koordinere deltagelse.

Erfaringer fra tilpassing og gjennomføring av individuelt treningsprogram

Alle deltagerne hadde behov for individuell tilpasning i treningsprogrammet. Intensjonen var at deltagerne skulle velge ulike praktiske ferdighetsøvelser for å styrke funksjonen i hverdagen. Fysioterapeutene erfarte at det var vanskelig for deltagerne å beskrive utfordringer i hjemmet, disse kom først til syne ved hjemmetrening.

I LSVT BIG programmet er intensjonen å trene fire ganger pr uke. Treningsfrekvensen varierte fra to til fire ganger per uke i fire uker hos fysioterapeut og fra ingen til to treninger hver uke i hjemmet. To fysioterapeuter fulgte hver sin deltager i en måned. Noen deltagere falt fra tidlig i prosjektet som følge av psykiske og fysiske tilleggs sykdommer, smerter, redsel ved å trene eller forverring av sykdommen.

Individuelle tilpasninger

Ved utførelsen av LSVT BIG øvelsene hadde noen av deltagerne så god fysisk funksjon at de hadde behov for økte utfordringer i forhold til balansetrening, mens andre hadde behov for støtte. Flere deltagere hadde behov for fysisk støtte som for eksempel stå ved ribbevegg, stol, benk på stående øvelser på grunn av nedsatt balanse og ustøhet. Både fysioterapeuter og hjemmetrenere måtte justere intensitetsnivået i treningen på grunn av slitenhet og smerter som følge av morbiditeter. De måtte også ta hensyn til angst og katastrofetanker som kunne komme som følge av redsel og utrygghet under treningen. Flere av deltagerne hadde behov for gjentagende veiledning fordi de ikke husket øvelsene fra gang til gang.

Deltagernes erfaringer fra trening med fysioterapeut

Deltagerne uttrykte at fysisk trening med opplæring og oppfølging av fysioterapeuter var viktig. Utsagn som: «Fysioterapeuter fikk meg i gang», «Jeg lærte å gjøre øvelsene riktig», «Jeg blir bedre i kroppen» og at «ting ble lettere, jeg ble i bedre humør». LSVT BIG protokollen er tidkrevende for fysioterapeuter og deltagere. Den er allikevel egnet siden den gir resultater forholdsvis fort på grunn av hyppigheten i treningen og den høye intensiteten. Øvelsene i programmet er faste og derfor lette å følge opp av fysioterapeuter, hjemmetrenere, deltagere og familie.

Hjemmetrening

Individuell trening med instruksjon av hjemmetrener ble organisert med trening to faste dager i uken med bruk av LSVT BIG treningsprogram + trening på egenvalgte funksjoner. Treningen varierte i tid fra 20 -45 minutter. Åtte deltagere deltok på hjemmetreningen. Fem ønsket ikke hjemmetrening med hjemmetrenere.

Deltagernes erfaringer fra hjemmetrening

Alle hadde behov for tilpasninger i forhold til varierende fysisk funksjon i hjemmesituasjonen. I motsetning til erfaringer fra fysioterapeut, fant personer med Parkinson og hjemmetrenere raskt ut funksjoner personen ønsket å trene på i hjemmesituasjonen. For å styrke veiledning fra fysioterapeut i del-øvelser for å nå ønsket funksjonsnivå kunne hjemmebesøk med fysioterapeut og hjemmetrener vært nyttig. Dette ble ikke gjennomført i prosjektet.

Deltagere erfarte behovet for hjemmetrening forskjellig, med utsagn som «Jeg ønsket mer hjemmetrening» til at noen ønsket å trene hjemme uten oppfølging.

Noen deltagere erfarte at «hjemmetrenerne bidro til økt motivasjon og riktig trening i hjemmet». Erfaring som fremgang i funksjoner med styrket gange, lettere å kneppe skjorten, kle på og av seg selv, ble beskrevet. En nådde målet sitt og beskrev «jeg har vært i skogen og plukket multer», og «jeg var på hytta». For en deltager førte treningen til reduksjon i behov for hjemmesykepleie; morgenstellet ble gjennomført på egenhånd. Utsagnene viser at deltagerne har nådd sine mål og opplevd bedring som følge av treningen. For noen ble besøk fra hjemmetjenesten opplevd som en terskel det var vanskelig å overskride. De vegret seg for å få besøk av trenere fra hjemmetjenesten, og sa «jeg vil helst klare meg på egenhånd». I fokusgruppeintervjuet etter treningsperioden kom det fram at enkelte som hadde takket nei kunne hatt nytte av mer oppfølging av hjemmetrenere med veiledning og motivasjon. De erkjente at det ville ført til mer systematisk trening enn de klarte å gjennomføre på egenhånd.

Deltagernes erfaringer alt- i -alt

Erfaringene med trening etter LSVT programmet har variert. Alle har hatt behov for varierende grad av personlige tilpasninger. Utfordringene ved treningen varierte fra «jeg er på et sprekere nivå» til «for vanskelig; treningsprogrammet passer ikke for meg, jeg må trene med andre øvelser». Flere beskrev at treningen bedret humøret og pågangsmotet ved utsagn som: «jeg kommer ut om vinteren, det gir bedre humør, styrket pågangsmot gjør alt lettere». Flere beskrev at de var glade for å ha vært med på treningsprogrammet: «jeg tenker ofte på hvordan det ville vært å sitte der, uten å trene» og «jeg trenger «push», som sier: gå på trening».

Erfaring med bruk av treningsdagbok og treningsvideo

Fysioterapeutene instruerte deltagere med Parkinson ved å vise hver øvelse, og det ble gjort tilpasninger. Hver øvelse var beskrevet på skjema i treningsdagboken. Hjemmetrenerne hadde i tillegg egen skriftlig instruksjon.

Treningsdagbok

Det ble utviklet treningsdagbok både for deltagere, hjemmetrenerne og fysioterapeutene underveis i prosjektet. Målet med treningsdagboken var å motivere og samtidig kunne se fremgang. Treningsdagboken inneholdt registrering av umiddelbare erfaringer fra treningen på en fem-delt skala med ansikter med uttrykk veldig blid/ blid/ middels/ ikke helt fornøyd/ misfornøyd med treningen (Vedlegg nr. 3).

Erfaringer med treningsdagbok

Noen av de best fungerende deltagerne hadde positive erfaringer med bruk av treningsdagboken. For personer med sammensatte lidelser og langtkommen Parkinson var det utfordrende å registrere resultat av dagens trening. De hadde store vansker med gjennomføring av treningen og det ble utfordrende å gjøre registreringer med bruk av ansiktssymboler. Registreringen kunne virke demotiverende i stedet for å oppmuntre til trening.

Både deltagere, hjemmetrenerne og fysioterapeuter erfarte at registrering på femdelt skala var vanskelig å bruke praksis. Underveis i prosjektet ble skalaen derfor redusert til tre ansikter; fornøyd, middels, ikke fornøyd. De fleste deltagerne erfarte at også dette var vanskelig.

Treningsvideo

For å styrke instruksjonen i gjennomføringen av treningsprogrammet ble en treningsvideo utviklet i samarbeid med fysioterapeutene, sangpedagog og prosjektleder. Fra høsten 2014 ble treningsvideoen anvendt av deltagere og hjemmetrenere som fulgte sekvensene under treningen. Instruksjonsfilmen, på minnepenn eller CD ble koplet til privat TV skjerm eller PC i hjemmet. Treningsvideoen finnes i tillegg som app og kan lastes ned gratis på:

<https://itunes.apple.com/no/app/hverdagstrening-for-personer/id953806562?l=nb&mt=8>



App symbol

iPhone skjermbilde



App skjermbilde

Hverdagstrening for personer med Parkinson sykdom.

App'en var ferdig produsert januar 2015. Det gjenstår å prøve den ut.

Erfaringer med treningsvideo

Noen deltagere trente alene med bruk av treningsvideo som instruksjon. Andre likte best å trene etter demonstrasjon av hjemmetrenere. Deltagere som var hardest rammet av Parkinsons sykdom hadde problemer med å bruke det tekniske utstyret. For disse kunne filmen være forstyrrende fordi tempoet på øvelsene ikke passet.

For hjemmetrenerne var det utfordrende å finne tid til å lære seg å bruke ny teknologi. Det var nytt, og i tillegg mente de at det tekniske utstyret kunne virke invaderende i hjemmet. Det var lettere å bruke brosjyre som grunnlag for instruksjon. De mente likevel at instruksjonsvideoen kan være til hjelp for andre som vil benytte seg av Hverdagstreningsprogrammet for personer med Parkinson sykdom.

Erfaringer fra fysisk gruppetrening og stemmetrening

Mer enn 100 gruppetreninger ble gjennomført i 2013 og 2014. Av disse var 25 med stemmetrening. Maksimalt antall deltagere var 9, mens gjennomsnittet var fem deltagere pr. trening. Alt i alt, understreket deltagerne den positive betydning av gruppetreninger på tross av svært forskjellig motorisk funksjon og alder.

Fysisk trening

Gruppetrening ble gjennomført med individuelt tilpasset sirkeltrening med bruk av apparater som finnes på kommunale institutter for fysioterapi. Noen hadde også egne øvelser ved bruk av andre apparater/hjelpemidler. Treningslokalet var godt egnet for en liten gruppe.

Erfaringer med fysisk gruppe trening

Målet i prosjektet var å trene med LSVT BIG øvelser i gruppen etter at deltagerne hatt vært gjennom fire ukers intensiv treningsperiode og lært øvelsene. På grunn av ulikheter i funksjonsnivå og utfordringer med å huske øvelsene ble sirkeltrening med bruk av apparater videreført. Erfaringen var at LSVT BIG bør gjøres i grupper der deltagere har samme funksjonsnivå. Med redusert funksjon er det fare for fall.

Deltagerne brukte noen uker på å bli vant til øvelsene og gruppen. Etter hvert ble gruppedynamikken god og flere kom fast på treningene. Deltagere beskrev følgende erfaringer: «Det sosiale; det å komme sammen med likesinnede var viktig» og «Fint å være med i gruppen». Sosialt fellesskap ble beskrevet som viktig for mange til tross for store ulikheter i alder og funksjon.

Stemmetrening

Stemmetreningen varte fra 20 - 45 minutter etter en kort oppvarming med fysisk aktiviteter. Syv deltok på stemmetreningen. Seks deltok ikke.

Erfaringer med stemmetrening

I starten inneholdt stemmetreningen mye sang. Dette ble erfart for vanskelig å mestre. Noen var da kritiske og uttrykte at stemmetreningen tok tid fra den fysiske treningen. Stemmetreningen ble derfor endret til trening med gjentakelse av lyder, rim, ord og regler som man bruker i hverdagsspråket. Dette økte interessen for deltagelse i stemmetreningen.

Noen av deltagere hadde tidligere erfaring fra kor og var aktivt med og bidro til å skape en god stemning med latter og moro. De motiverte andre til å prøve å være med. Etter hvert økte motivasjonen og det var en fast gruppe som deltok på stemmetreningene.

Sangpedagogen uttrykte ønske om at «skulle gjerne sunget mer, men da er det en del som dette av lasset». Etter hvert som gruppen ble trygg inneholdt stemmetreningen også noe sang.

Erfaringer fra samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fysioterapitjenesten

Personalet i de to avdelingene ble kjent med hverandre og etablerte samarbeid. En arbeidsgruppe med to fysioterapeuter og tre hjemmetrenere planla og gjennomførte treningsopplegget. Det var ingen frafall i arbeidsgruppen, men en hjemmetrener reduserte stillingen med 50% og i tillegg var det perioder med sykdom.

Leder for fysioterapitjenesten deltok aktivt både i prosjekt- og arbeidsgruppen og la til rette for at kartlegging og trening kunne gjennomføres etter oppsatt protokoll. Hjemmetjenesten skiftet leder i løpet av prosjektperioden som innebar at deltagelsen i prosjekt- og arbeidsgruppen varierte.



En person med Parkinson beskriver sine erfaringer for arbeidsgruppen.

Erfaringer fra samarbeidet

Samarbeidet var nytt. Det ble erfart som nyttig å bli kjent med hverandres arbeidsfelt og arbeidsmåter. Det tette samarbeidet mellom fysioterapeuter og hjemmetrenerne bidro til

faglig forsvarlighet og styrket motivasjonen for gjennomføring av treningsoppleggene. Leder i hjemmetjenesten organiserte hjemmetreningene og leide inn vikarer, men sykemeldinger i personalgruppen skapte i perioder uforutsette utfordringer. Hjemmetrenerne erfarte det vanskelig å sette av tid til treningene når de var på jobb. De erfarte at det kunne føre til merarbeid for andre ansatte. Andre ansatte i hjemmetjenesten ytret også frustrasjon over ekstra belastning. Fysioterapeutene erfarte at treningen tok tid. De gjorde prioriteringer av oppgaver i intensive perioder, uten at dette gikk ut over medarbeidere.

I starten var det utfordrende for hjemmetjenestens leder å legge til rette for hjemmetrening etter deltageres ulike ønsker om tid til hjemmetrening. Underveis i prosjektperioden ble tilbud om hjemmetrening begrenset til to ganger pr uke på faste dager, fra kl. 12 – 19 for at hjemmetrenerne kunne frigjøres til å følge opp hjemmetreningene. Erfaringen var at med faste dager og tider lettet innleie av vikar og gjennomføring av hjemmetreningen.

Hverdagstrening for personer med Parkinson sykdom med hjemmetrening er et nytt tiltak innenfor hjemmetjenesten og uvant å prioritere. Leder erfarte organiseringen som en ekstra belastning i en tid med økt pågang om hjemmesykepleie og sykdom blant personalet. For å legge til rette for hjemmetrening for personer uten vedtak om hjemmetjenester var det nødvendig å leie inn personell for få timer. Det var en utfordring.

Oppsummeringer av erfaringer

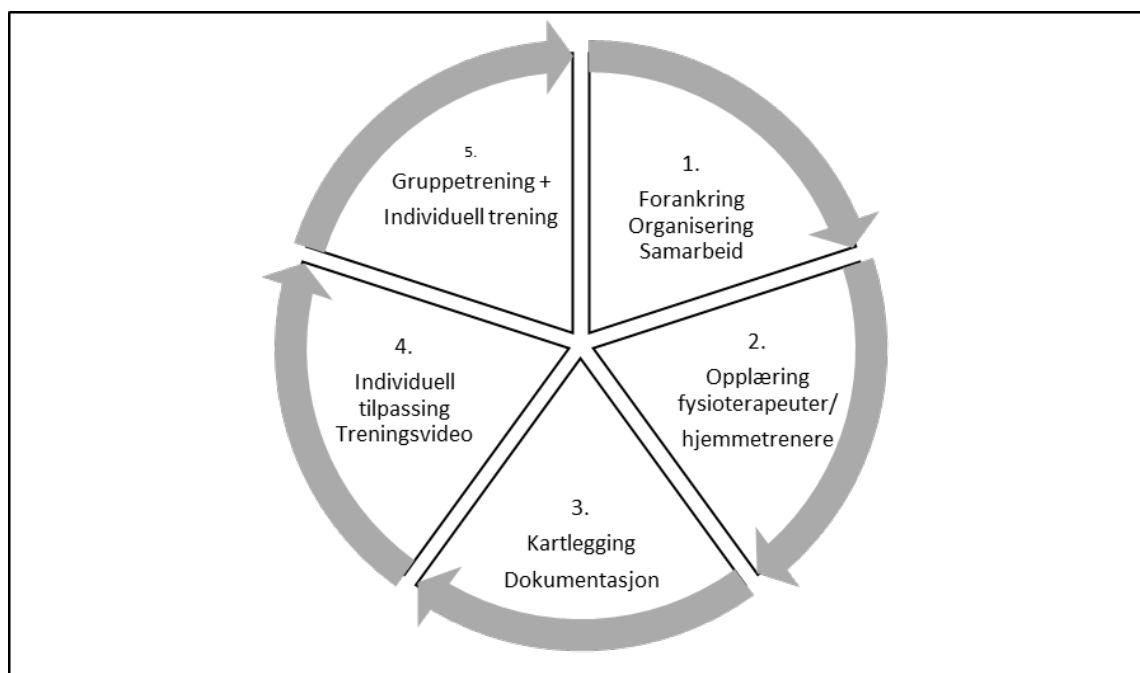
I prosjektet er følgende resultater oppnådd:

- På bakgrunn av erfaringer og kunnskapsutvikling er en modell for hverdagstrening utviklet.
- Etablert samarbeid mellom ledere, fysioterapeuter og hjemmetrenere i hjemmetjenesten for gjennomføring av *hverdagstrening* tilpasset kommunens drift.
- 13 personer med Parkinson sykdom har fått tilbud om fire ukers individuelt tilpasset treningsprogram med oppfølging av fysioterapeut og hjemmetrener.
- Det er gjennomført mer enn 100 gruppetreninger, hvorav 25 med stemmetrening i 2013-2014.
- Treningen førte til økning i funksjon for noen deltagere, og reduksjon i behovet for hjelp fra hjemmetjenesten. For andre førte treningen til stabilitet i funksjon. Noen avsluttet treningen underveis som følge av psykisk og/eller fysisk sykdom.

- Instruksjonsvideo og app til telefon er utviklet til hverdagstreningprogrammet med fysisk trening og stemmetrening.
- Treningsdagbok for registrering av erfaringer fra hverdagstreningen er utviklet.
- Erfaringer er delt underveis på personalmøter og seminarer.

ANBEFALINGER VED IMPLEMENTERING

Erfaringer fra gjennomføring av forskningsprosjektet Hverdagstrening for personer med Parkinson sykdom har vist at implementeringen omfatter flere samvirkende områder. Hverdagstrening må ses i sammenheng med ny kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet hos personer med nevrologiske tilstander.



Figur 1: Modell for hverdagstrening

I implementering av Hverdagstrening anbefaler vi å søke ny kunnskap og dele erfaringer med målgruppene: helsepersonell og personer med Parkinson og deres pårørende og lokal Parkinson forening. Det bør etableres formelt samarbeid mellom fysioterapitjenesten og hjemmetjenesten i kommunen og tilpasninger av aktivitetsnivå til kommunens drift.

For å sikre faglig forsvarlighet er det nødvendig at hjemmetrenere får opplæring i treningsprogrammet og oppfølging av fysioterapeut. Dette fordrer kontinuerlig samarbeid på tvers av tjenestene og tilrettelegging.

Anbefalinger for implementering av modell for hverdagstrening for personer med Parkinson sykdom i kommunale drift kan beskrives i følgende fem trinn:

1. Forankring av ide om kunnskapsbasert praksis er grunnleggende for organisering og samarbeid om hverdagstrening. Lederforankringen er sentral. Oppfølging og etterspørring av gjennomføringen og fortløpende erfaringer styrker implementering av hverdagstrening i kommunens ordinære drift.

2. Kunnskapsbasert praksis fordrer at fysioterapeuter har oppdatert kunnskapsgrunnlag og får tilrettelagt opplæring om hverdagstrening for personer med Parkinson sykdom. Samarbeid mellom person med Parkinson, fastlege, behandlende fysioterapeut og hjemmetrener er nødvendig for å få satt i gang trening så tidlig som mulig.
3. Systematisk kartlegging av funksjon med anerkjente verktøy og samtale om motivasjon for trening. Enkel registrering av trening i treningsdagbok anbefales som dokumentasjon.
4. Individuell tilpassing av treningsopplegg er nødvendig. Bruk av treningsvideo eller app kan være god støtte i hverdagstrening. Individuell intensiv trening med tett oppfølging styrker funksjonsnivå.
5. Trening i grupper anbefales. Det er nyttig både fysisk, psykisk og sosialt. Plan for fysisk trening i gruppe to ganger pr uke og i tillegg stemmetrening to ganger pr måned må utarbeides og evalueres fortløpende i forhold til deltagernes helse og funksjonsnivå. I små kommuner kan gruppetreninger bestå av personer med ulik grad av Parkinson sykdom, mens i store kommuner kan gruppene inndeles etter ulike funksjonsnivå.

Implementering av Hverdagstrening i kommunal drift gir positiv gevinst med økt funksjon i hverdagslivet for den enkelte personen med Parkinson sykdom.

Hverdagstreningen er en sekundærforebyggende satsning som kan føre til at personer med Parkinson sykdom klarer seg lengre hjemme uten hjelp fra kommunens øvrige tjenester.

REFERANSER

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Borg, K., Bekkelund, S.I. & Henriksson, M. (2009). Parkinsons sykdom I: *Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Bushnell D.M. & Martin M.L. (1999). Quality of life and Parkinson's disease: translation and validation of the US Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). *Quality Life Res* 8, 345–350.

Coghlan, D., & Brannick, T. (2010). *Doing Action Research in Your Own Organization*, 3 ed, London: Sage Publ.

Dewing, J. (2007). Participatory research. A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*. 6 (1), 11-25.

Dibble, L.E., Addison, O. & Papa, E. (2009a). The effect of exercise on balance in persons with Parkinson's disease: A systematic review across the disability spectrum. *Journal of Physical Therapy*, 33(1), 14-26.

Dorsey E.R., Constantinescu, R., Thompson, J. P., Biglan, K.M., Holloway, R.G., Kieburtz, K., Marshall, F.J., Ravina, B.M., Schifitto, G., Siderowf, A. & Tanner C.M., (2007). Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*. 68 (5), 384-386.

Fox, C., Ebersbach, G., Ramig, L. & Sapir, S. (2012). *LCVT LOUD and LSVT BIG: Behavioral treatment Programs for Speech and Body Movement in Parkinson Disease*. Hindawi Publishing Corporation.

Goodwin, V.A., Richards, S. H., Taylor, R.S., Taylor, A. H., & Campbell, J.L. (2008). The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta- analysis. *Mov Disord* 23 (5), 631-640.

Graneheim, U.H., & Lundeman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Guralnik, J.M., et al. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal Gerontol*, 49 (2), 85-94.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (2011). Nevroplan 2015. Delplan til omsorgsplan 2015. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) St. melding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Omsorgsplan 2015. Oslo.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) St. meld. Nr 47. (2008-09) *Rett behandling - på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen*. Oslo.

Jensen, L.H. (2009). *Kvalitetsutvikling i pleie og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger*. PhD avhandling, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Medisinsk fakultet, UiO.

Keus, S.H., Bloem, B.R., Hendriks, E.J., Bredero- Cohen, A. B., & Munneke, M., (2012). Evidence- based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. *Mov Disord*, 22 (4), 451 - 460.

Keus, S.H.J., Munneke, M., & Graziano, M. et al. (2014). European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease. KNGF/ParkinsonNet, the Netherlands.

Kwakkel, G., de Goede C.J.T. & van Wegen, E. E.H. (2007). Impact of physical therapy for Parkinson's disease: A critical review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord*, 13 (suppl. 3), 478-487.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Müller B. (2014). *Early Parkinson's Disease - Incidence, clinical features and quality of life in a population-based cohort study*. Universitetet i Bergen PhD avhandling.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009). *Effekt av fysioterapi for pasienter med Parkinsons sykdom*. Rapport nr. 21.

Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2010). *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom 04*. (www.sus.no/nkb)

Posiadlo D, Richardson S. (1991). The timed "Up and go": A test for basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatric Society* 39 (2), 142-148.

Reijnders, J.S., Ehrt, U., Weber, W.E., Aarsland, D., & Leentjens A.F. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 23(2), 183-189.

Rikli, R. & Jones, C.J, (2001). *Senior Fitness test manual*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Rose, J.D. (2003). *Berg Balance Scale. Fallproof*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Rossier R. & Wade DT. (2001). Validity and reliability comparison of 4 mobility measures in patients presenting with neurologic impairment. *Arch Phys Med Rehabil*. 82 (1), 9-13.

Schrag, A., Ben-Shlomo, Y. & Quinn, N. (2002). How valid is the clinical diagnosis of parkinson's disease in the community? *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry* 73 (5), 529-534.

Van der Eijk, M., Faber, M.J., Munneke, M., & Bloem, B.R., (2011). Moving towards patient-centred healthcare for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 17 (5), 360-364.

Wyller T.B. (2012). *Geriatri. En medisinsk lærebok*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1. 9 øvelser

9 øvelser

Alle øvelsene utføres med store kroppsbevegelser og gjøres sittende eller stående.

Øvelse 1: Gulv til tak. Store bevegelser. 8 repetisjoner

Øvelse 2: Side til side. Store bevegelser. 4 repetisjoner til hver side

Øvelse 3: Steg fram. Store bevegelser. 8 repetisjoner, bytt fot

Øvelse 4: Steg til siden. Store bevegelser. 8 repetisjoner til hver side.

Øvelse 5: Steg bak. Store bevegelser. 8 repetisjoner på hver fot

Øvelse 6: Sving og svikt. Store bevegelser. 8 repetisjoner på hver fot

Øvelse 7: Vri rundt. Store bevegelser. 16 repetisjoner

Øvelse 8: Reise seg og sette seg. 4 repetisjoner

Øvelse 9: Gange med store bevegelser.

Vedlegg 2. Omslag til hverdagstreningvideo

Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom er et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud, AI kommune og Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsefag. Prosjektet er støttet med tilskudd fra Helsedirektoratet.

Faglige ansvarlige:

Fysioterapeuter og autoriserte LSVT trenere:
Mona Kolbjørnsdatter Sando og Solveig Hagen Paulsen
Sangpedagog: Marta Maria Espeseth
Prosjektledere: Marthe Lyngås Eklund Høgskolen i Buskerud og Vestfold
og Birgit Ulshagen avdelingsleder fysioterapi AI kommune

Treningsprogrammet med DVD og hefte kan bestilles ved AI Kommune, servisetorget tlf: 32 08 50 00 eller e-post: Herbjorg-Dalene.Bjerke@aai.kommune.no

Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom

Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom

Del 1: Øvelser for fysisk trening
Del 2: Øvelser for stemmetrening

Utviklingssenter
for sykeheimeir
Buskerud

AI Kommune

HØGSKOLEN I BUSKERUD
OG VESTFOLD

Utviklingssenter
for sykeheimeir
Buskerud

AI Kommune

HØGSKOLEN I BUSKERUD
OG VESTFOLD

Vedlegg 3. Treningsdagbok

*Treningsdagbok**Hverdagstrening for personer med Parkinsons sykdom***NAVN:****TRENINGSPERIODE FRA..... TIL..... ÅR.....****Fysioterapeut tlf:****Hjemmetrener tlf:**

Mål for treningsperioden:**Valgfrie øvelser:**

1.

2.

3.






4.

5.

Husk å**Bruke stødige sko (gjerne joggesko) og egnet tøy****Ta pauser etter dine behov, finn ditt tempo****Ha en vannflaske tilgjengelig, viktig å drikke underveis i treningen****Medisiner****Tilpass bruk av medisiner etter dine behov, i samråd med fastlege**






MINE ERFARINGER FRA DAGTRENING

Dag: **Fra kl:** **til kl:** **Sted: (ring rundt) Hjemme /Fysio**

	Ant	Erfaring ved gjennomføring av treningen				
		Svært godt 	Bedre enn vanlig 	Som vanlig 	Vanskeligere enn vanlig 	Svært vanskelig 
Faste øvelser						
Valgte øvelser						
Fysio deltagelse bidro til innsats						
Fysio tilbakemelding bidro til innsats						
Hj.treners deltagelse bidro til innsats						
Hj.treners tilbakemeldinger bidro til innsats						
Effekt av instruksjonsfilm						
Fungerer medisineren						

Andre erfaringer fra treningen:






MINE ERFARINGER FRA ETTERMIDDAGSTRENING**Dag:** **Fra kl.** **til kl.**

	Antal	Erfaring ved gjennomføring av treningen				
		<i>Svært godt</i> 	Bedre enn vanlig 	Som vanlig 	Vanskeligere enn vanlig 	<i>Svært vanskelig</i> 
Faste øvelser						
Valgte øvelser						
Hj. treners deltagelse stimulerte treningen...						
Hj.treners tilbakemeldinger stimulerte treningen						
Effekt av instruksjonsfilm						
Fungerer medisinene						






Andre erfaringer fra treningen

HJEMMETRENERES ERFARING Person nr.

Dagtrening dato: fra kl.til kl. Gjennomført (sett ring rundt) Ja Nei

	Ant.	Erfaringer ved gjennomføringen av treningen				
		<i>Svært godt</i> 	<i>Bedre enn vanlig</i> 	<i>Som vanlig</i> 	<i>Vanskeligere enn vanlig</i> 	<i>Svært vanskelig</i> 
Faste øvelser						
Valgte øvelser						
Deltagelse i øvelser bidro til økt innsats						
Tilbakemeldinger bidro til økt innsats						
Effekt av instruksjonsfilm						






Observasjoner fra treningen**Medisinering****Utfordringer, behov for tilrettelegging****Motivasjon som fungerer****Ettermiddagstrening fra kl. til kl. Gjennomført (sett ring rundt) Ja Nei**

	An-tall	Erfaring ved gjennomføring av treningen				
		<i>Svært godt</i> 	<i>Bedre enn vanlig</i> 	<i>Som vanlig</i> 	<i>Vanskeligere enn vanlig</i> 	<i>Svært vanskelig</i> 
Faste øvelser						
Valgte øvelser						
Deltagelse i øvelser bidro til økt innsats						
Tilbakemeldinger bidro til økt innsats						
Effekt av instruksjonsfilm						

Observasjoner fra trening**Medisinering****Utfordringer, behov for tilrettelegging****Motivasjon som fungerer**

FYSIOTERAPEUTENS ERFARING

Trening gjennomført (ring rundt) Ja Nei fra kl..... til kl.

	Antall	Erfaring ved gjennomføring av faste øvelser				
		<i>Svært godt</i> 	Bedre enn vanlig 	Som Vanlig 	Vanskeligere enn vanlig 	<i>Svært vanskelig</i> 
Faste øvelser						
Valgte øvelser						
Tilbakemeldinger bidro til økt innsats						
Deltagelse i øvelser bidro til økt innsats						

Observasjoner fra treningen

Medisinering

Utfordringer

Behov for tilrettelegging

Behov for justeringer av treningsprogrammet

Motivasjon som fungerer

Annet