

# Ikke-medikamentell behandling

Læringsmål REV-095 t.o.m. REV-090 (+REV-058, REV-059, REV-062)

## Rehabilitering

Behov og behandlingsprinsipper

LIS-kurs «Praktisk artritt og bindevevssykdommer» 27.11.19

Sigrid Ødegård, PhD, seksjonsoverlege  
Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR)

## To nasjonale tjenester på Diakonhjemmet sykehus

Nasjonal  
behandlingstjeneste  
for revmatologisk  
rehabilitering

[www.nbrr.no](http://www.nbrr.no)



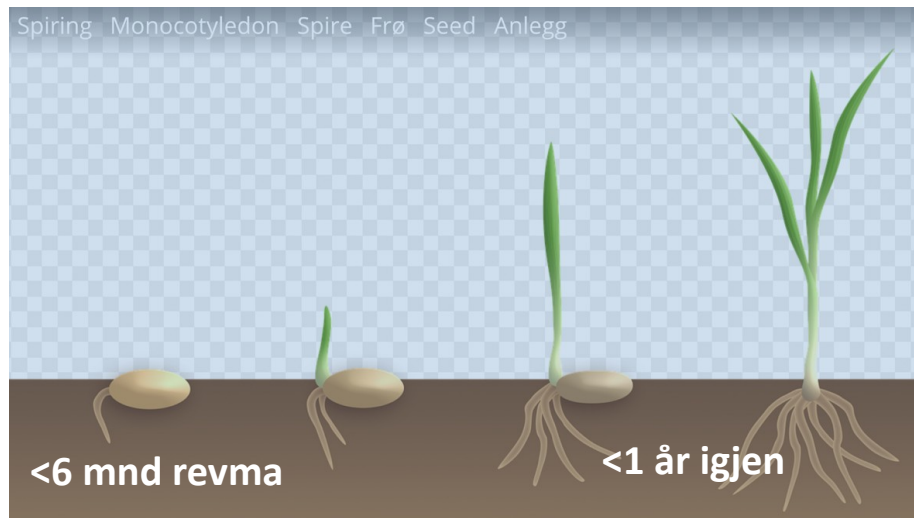
Nasjonal  
kompetansetjeneste  
for revmatologisk  
rehabilitering

[www.nkrr.no](http://www.nkrr.no)

Frisk og kronisk syk  
**NBRR**



**NKRR**



# Sigrids meny

- Hva er rehabilitering?
- Behov?
- Ulike nivåer av rehabilitering
- Behandlingsprinsipper i rehabilitering
- Krav til bruk av diagnosene Z50.89 og Z50.80
- Kasuistikk (er) og praktisk rehabiliteringsarbeid
- Henvisningskriterier NBRR
- Oppsummering



➤ Habilis (latin) -> dyktig

➤ Re-habilis -> re-dyktig-gjøre,

-> sette i funksjonsmessig stand igjen

-> gjenopprette verdighet



## Definisjon rehabilitering (01.05.2018)

Habilitering og rehabilitering skal ta **utgangspunkt i den enkelte pasient** og brukers livssituasjon og mål

Formålet med ny definisjon er å **forsterke brukerperspektivet** i tråd med målet om **pasientens helsetjeneste**

Habilitering og rehabilitering er **målrettede samarbeidsprosesser** mellom brukere, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.

**Formålet** er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons-

De viktigste endringene går på **tidsavgrensning** på rehabiliteringen, **absolutt krav om tverrfaglighet** og om kravet til innholdet i tjenesten.

Skillet mellom rehabilitering og forebygging, og mellom medisinsk og psykososial rehabilitering utviskes i den nye definisjonen.



## Kapitteloversikt:

Kapittel 1. Formål og virkeområde (§§ 1 - 2)

Kapittel 2. Generelt om habilitering og rehabilitering (§§ 3 - 4)

Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i kommunen (§§ 5 - 9)

Kapittel 4. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (§§ 10 - 15)

Kapittel 5. Individuell plan og koordinator (§§ 16 - 23)

Kapittel 6. Ikraftsetting (§24)

**Hjemmel:** Fastsatt ved kgl.res. 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 andre ledd og § 7-2 andre ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet. Øvrige deler av forskriften fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 7-1 tredje ledd, og § 7-3 andre ledd, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a sjuende ledd, § 2-5 andre ledd, § 2-5a tredje ledd og § 2-5b andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1 andre ledd.

**Endringer:** Endret ved forskrifter 29 aug 2016 nr. 1030, 10 april 2018 nr. 556.

## Kapittel 1. Formål og virkeområde

### § 1. Formålet med forskriften

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes







## Rehabilitering for revmatikere

betyr ikke nødvendigvis å bli frisk og komme tilbake til en tilstand de

var i før de ble syke, men om å takle sin kroniske sykdom på en hensiktsmessig måte. Mennesker med revmatisk sykdom har en kronisk tilstand som har utviklet seg over lang tid. Det er en annen

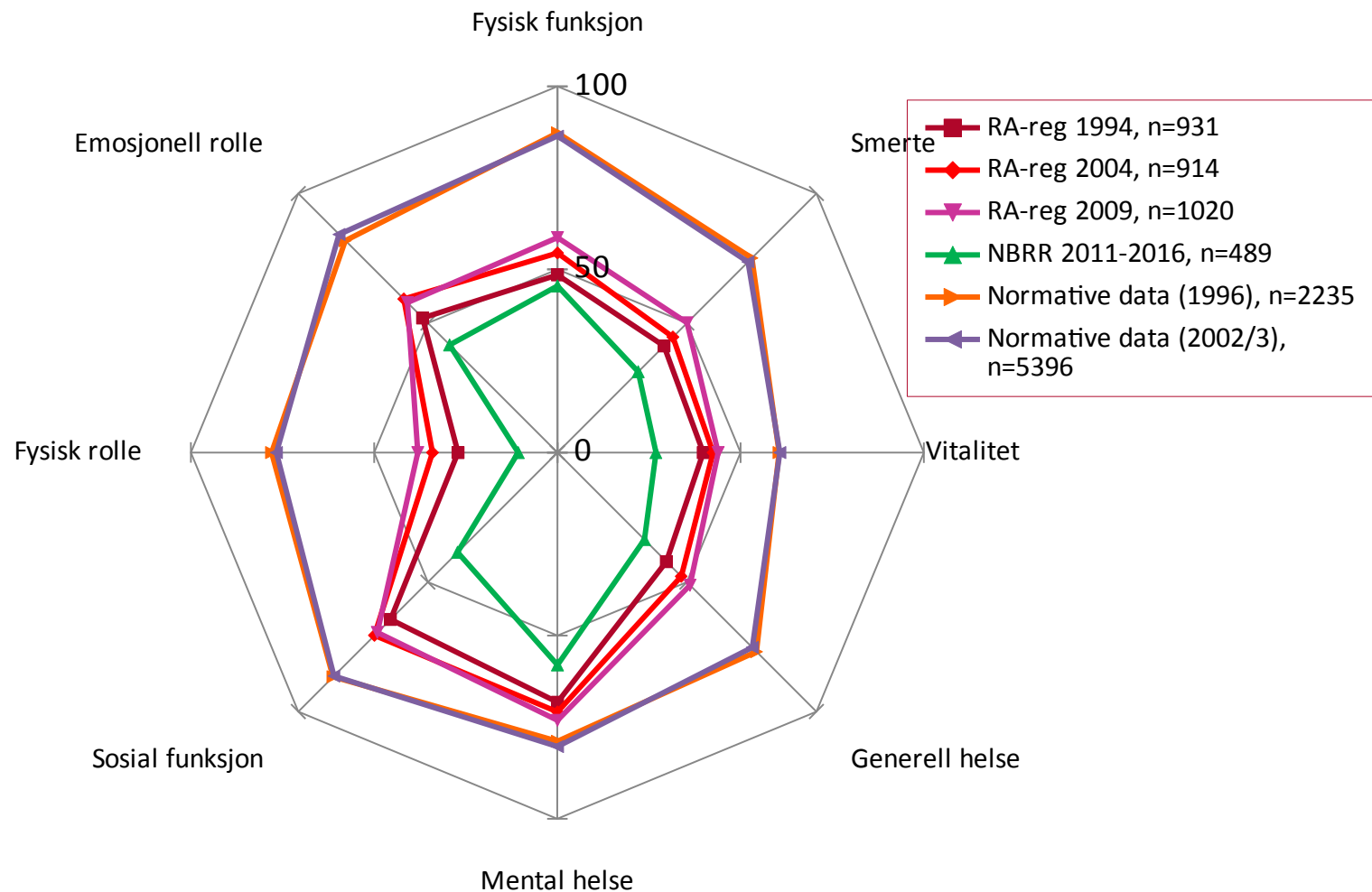
innfallsport til endringsprosessen enn ved et nyoppstått traume

(Conradi og Rand Henriksen 2004)

# Behov ?

**MODERNE FARMAKOLOGISK BEHANDLING GJØR REHABILITERING OVERFLØDIG**

# Livskvalitet pas. ved NBRR

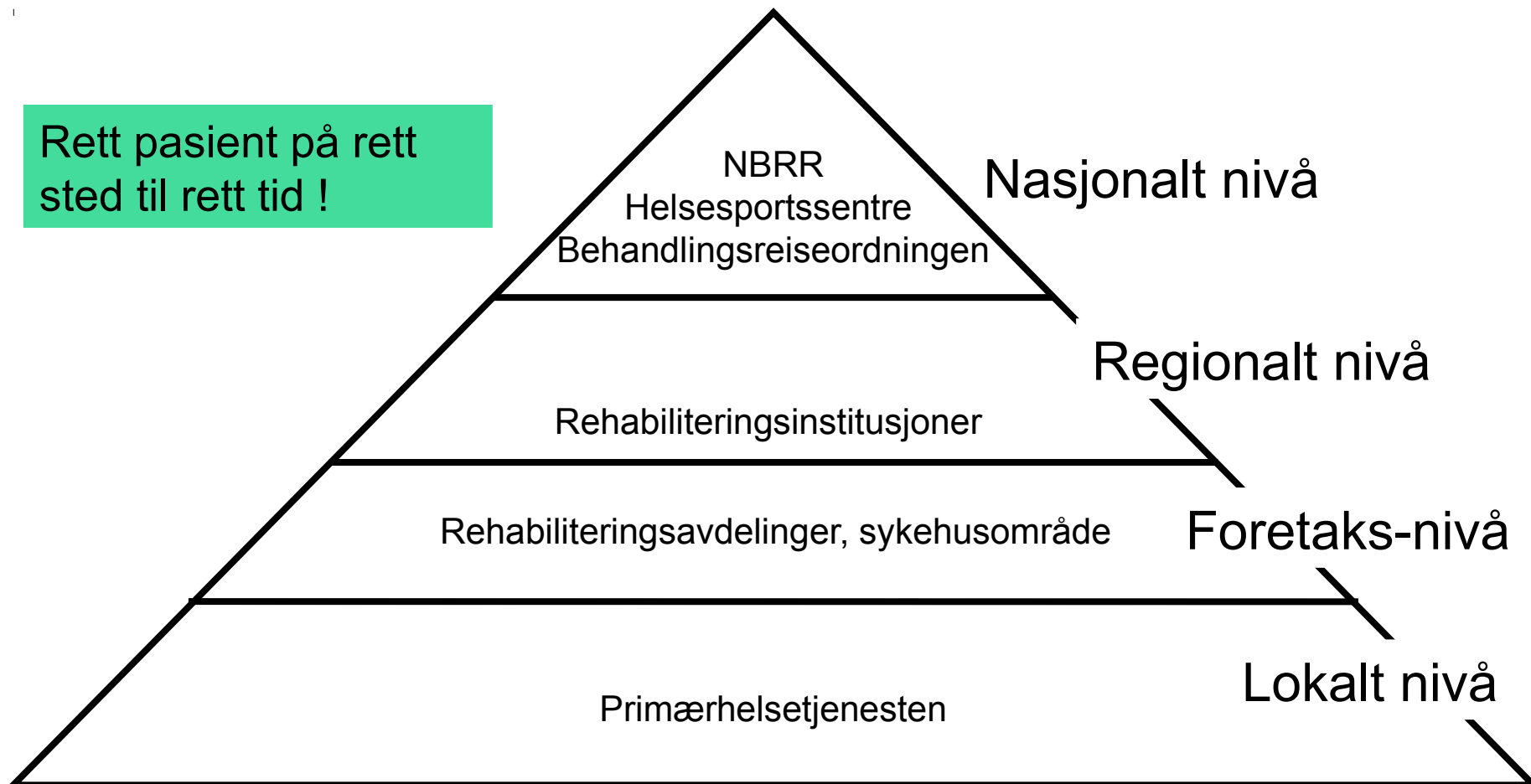


# Fortsatt behov for rehabilitering:

- Mennesker som fikk ødelagte ledd og ankylose rygg før de nye medisinene kom på markedet
- Nonrespondere på DMARDs (20-30%)
- Pasienten med komorbide lidelser og derfor kontraindikasjon for DMARDs, ex. Infeksjoner, ferdigbehandlet cancersykdom
- Mennesker i remisjon, men med sequeler +/- komorbiditet , ev. store bivirkninger av behandlingen
- Unge mennesker med i inflammatorisk revmatisk sykdom i en vanskelig overgangsfase fra ungdom til voksen
- Mennesker med revmatisk sykdom og store smerter ev. med problematisk bruk av opioider

# Rehabiliteringsnivå

Rett pasient på rett  
sted til rett tid !



# Behandlings- prinsipper

- **Målstyrt arbeid**, «treat to target», obs pasientens mål
- **Rehabiliteringsplaner**
- **Bio-psyko-sosial** forståelse av symptomer og komplekse
- **Tverrfaglighet** vs flerfaglighet
- Team og pasient **felles forståelse** av utfordringene (modellhefte)
- **Struktur** i rehabiliteringsprosessen (timeplaner for pasient og ukeplaner for team)
- **Kommunikasjon**; pasientsentrert kommunikasjon for å fremme endring (MI)-hele teamet
- **Samarbeid** med helse og omsorg lokalt hjemsted

## Betydningen av konkrete mål

### SMART(ER)-mål (*bare veiledende*)

- **S**pesifikke mål styrer fokus
- **M**ålbare mål gjør evaluering mulig
- **A**ttainable (oppnåelig) eller Passe **A**mbisiøse, avhenger av individets
  - Mestringstro
  - Indre motivasjon (**E**ngasjerende)
  - Opplevelse av progresjon (**R**eadjustable)
- **R**elevant og påvirkelig for endring
- **T**idsangivelse fremmer forpliktelse
  - Kan angis i rehabiliteringsplan



# Rehabiliteringsplanen

## -viktig verktøy for struktur og målstyring «R2T»

Plan for innledende rehabiliteringsopphold. REV avd. NBRR

ANSVARLIG TVERRFAGLIG TEAM/MINITEAM (merket med*)	
Ansvarlig leder for tverrfaglig team: Spesialist i revmatiske sykdommer	
Lege:	Primærsykepleier:
Sosionom:	Fysioterapeut:
Ergoterapeut:	Psykolog:
Langsiktig mål:	
Målsamtale (dato/sign):	
Datoer tverrfaglige møter: 26.11, 29.11, 03.11, 06.11.	
Sluttevaluering (dato/sign):	
Tverrfaglig epikrise sendes:	



Dato	Kortsiktig mål	Ressurser	Tiltak	Ansvarlige	Evaluering/dato
	Vurdere og avklare samarbeid med relevante tjenester utenfor institusjonen.				

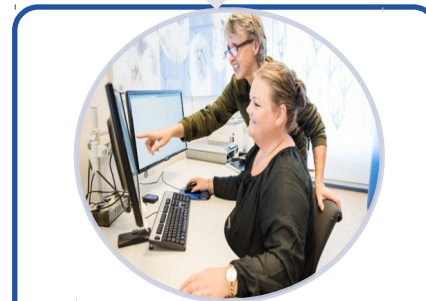


# En biopsykososial forståelse



## Eksempler

- Betennelsesaktivitet
- Leddstruktur
- Muskelstyrke
- Kondisjon
- Ernæring
- Søvn
- Andre sykdommer



## Eksempler

- Livssituasjon
- Familie/venner
- Bolig
- Arbeid/skole
- Økonomi
- Lover/reguleringer og tjenester



## Eksempler

- Sykdomsforståelse
- Aktivitetsnivå
- Stress
- Bekymring
- Grubling
- Angst
- Depresjon
- Perfeksjonisme

# Tverrfaglighet-teamarbeid

Flerfaglighet er ikke tverrfaglighet, men flerfaglighet er en forutsetning for tverrfaglighet



Synergieffekt..... $1+1+1+1+1+1 = \dots 9$

# Det tverrfaglige teamet

## Pasienten/brukermedvirkning

### Lege

medisinsk behandling, koordinator, medisinsk ansvar

### Fysio

Funksjonsvurdering og behandling.  
Fysisk aktivitet og trening.

### Ergo

Tiltak ifht mestring av dagliglivets aktiviteter (hjem, arbeid /skole, fritid). Aktivitetsregulering, trening, tilrettelegging og kompensering.

### Sykepl

Hjelp og trening i personlig stell, støtte-Samtaler. Koordinerer tverrfaglig arbeid. Miljøobservasjoner

### Sosio

informasjon og veiledning ved spørsmål og utfordringer knyttet til arbeid, utdanning, økonomi, og hjemmesituasjon.

### Psyk

Veiledning ifht psykologiske utfordringer smertemestring, sykdomsforståelse, bekymring, depressive tanker, selvfølelse, motivasjon og relasjon til andre

## Rehabiliteringsplan/individuell plan

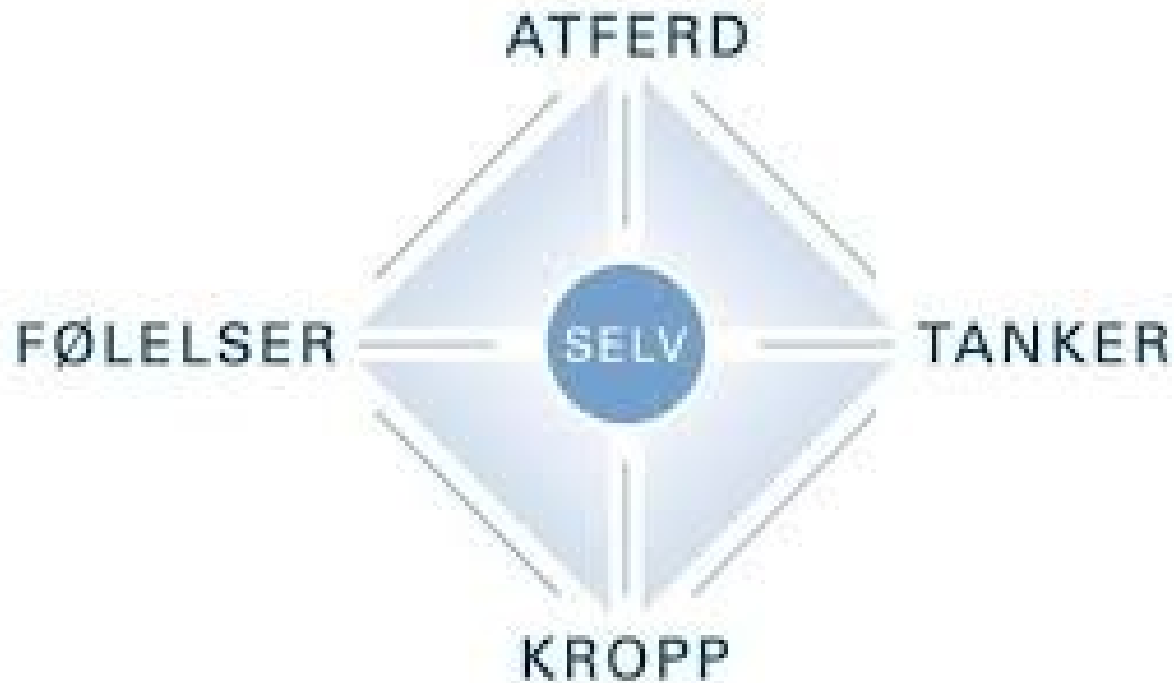
# Forståelsesmodeller i rehabilitering

Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering

Frisk og kronisk syk  
NBRR

  
Diakonhjemmet  
Sykehus

# Den kognitive diamant





# Ukeplan og timeplaner

Tverrfaglig team

Pasientene

UKE: 46 - dato: 11.11 - 17.11.19

NYE PASIENTER:

Flisk og kronisk syk  
NBRR

DAG	Mandag	Mandag	Mandag	Torsdag	Torsdag
NAVN					
NPR					
Oppholdstype	Iro	Oppf.	Rehab	Oppf.	Iro
Innlagt fra - til	11.11 - 18.11	11.11 - 15.11	11.11 - 29.11	14.11 - 22.11	14.11 - 22.11
MOTTAKSSAMTALE:	Sigrid	Sigrid	Sigrid	Sigrid	Sigrid
PRIMÆRSPL:	Mona	Henriette	Catherine	Catherine	Mona
FYSIOTERAPEUT:	Kristine	Kristine	Marthe	Kristine	Kristine
Oppfølging epikrise:					

PASIENTER SOM SKAL SKRIVES UT:

DAG	Torsdag	Torsdag	Fredag
NAVN			
NPR			

TVERRFAGLIGE MØTER:

Mandag	Torsdag	Fredag
09.00 - 10.00 Tverrfaglig morgenmøte	09.00 - 10.00 Tverrfaglig morgenmøte	
	Avslutningsmøte med [redacted] 10.00 - 10.30	Avslutningsmøte med [redacted] 10.30 - 11.00
	Avslutningsmøte med [redacted] 10.30 - 11.00	

DENNE UKEN:

- Ukens dikt: Mona
- Inntaksmøte: tirsdag kl.9

Tilstedeværelse deltidstillinger:

Tanja	Tilstede	Ragnhild	Mandag - fredag
Lise	Ikke til stede	Madeleine	Man, ½ ons, tors- og fredag
Sumeyye	Man, ½ tirs, tors og ½ fredag	Kristine	Man-, tors- og fredag
Kjersti	Man-, tirs- og torsdag	Marthe Mina	Tirs, ½ ons
Sigrid	Tilstede	Kirsten	Onsdag

Ha en fin uke!!

IRO + Oppf. - innkomst mandag

Ukeplan uke Navn:

kl	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Primær spl							
8.30	Morgentur	Morgentur	Morgentur	Morgentur	Morgentur		
8.45	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost
9.30			Legevisitt				
10.00			"				
10.30							
11.00							
11.30							
12.00	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj	Lunsj		
12.30						Middag	Middag
13.00							
13.30							
14.00							
14.30							
15.00							
16.00	Middag	Middag	Middag	Middag	Middag		
Etemiddag/ kveld		Intro til rehab for alle nye pasienter					
	Tilgang til treningssal 19 - 20	Tilgang til treningssal 19 - 20	Tilgang til treningssal 19 - 20	Tilgang til treningssal 19 - 20	Tilgang til treningssal 19 - 20	Tilgang til treningssal 11 - 13 og 19 - 20	Tilgang til treningssal 11 - 13 og 19 - 20

HUSK å levere inn spørreskjemaer to dager etter innkomst.

# Motiverende intervju (MI)

Er en klientsentrert, målfokusert og evidensbasert samtalem metode som har som Formål å styrke en persons motivasjon til å endre adferd

## Sentrale prinsipp i MI

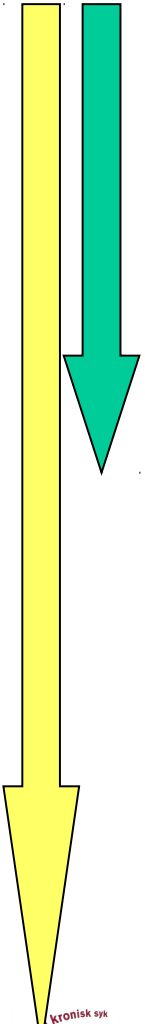
- Trygg relasjon, vis empati.
- Interesse for pasientens forståelse
- Utforske ambivalens
- Rulle med motstand, unngå argumentering
- Støtte mestringsforventning
- Styrke endringsønsker, lytte til endringsnakk





# Krav til bruk av særkodene rehabilitering

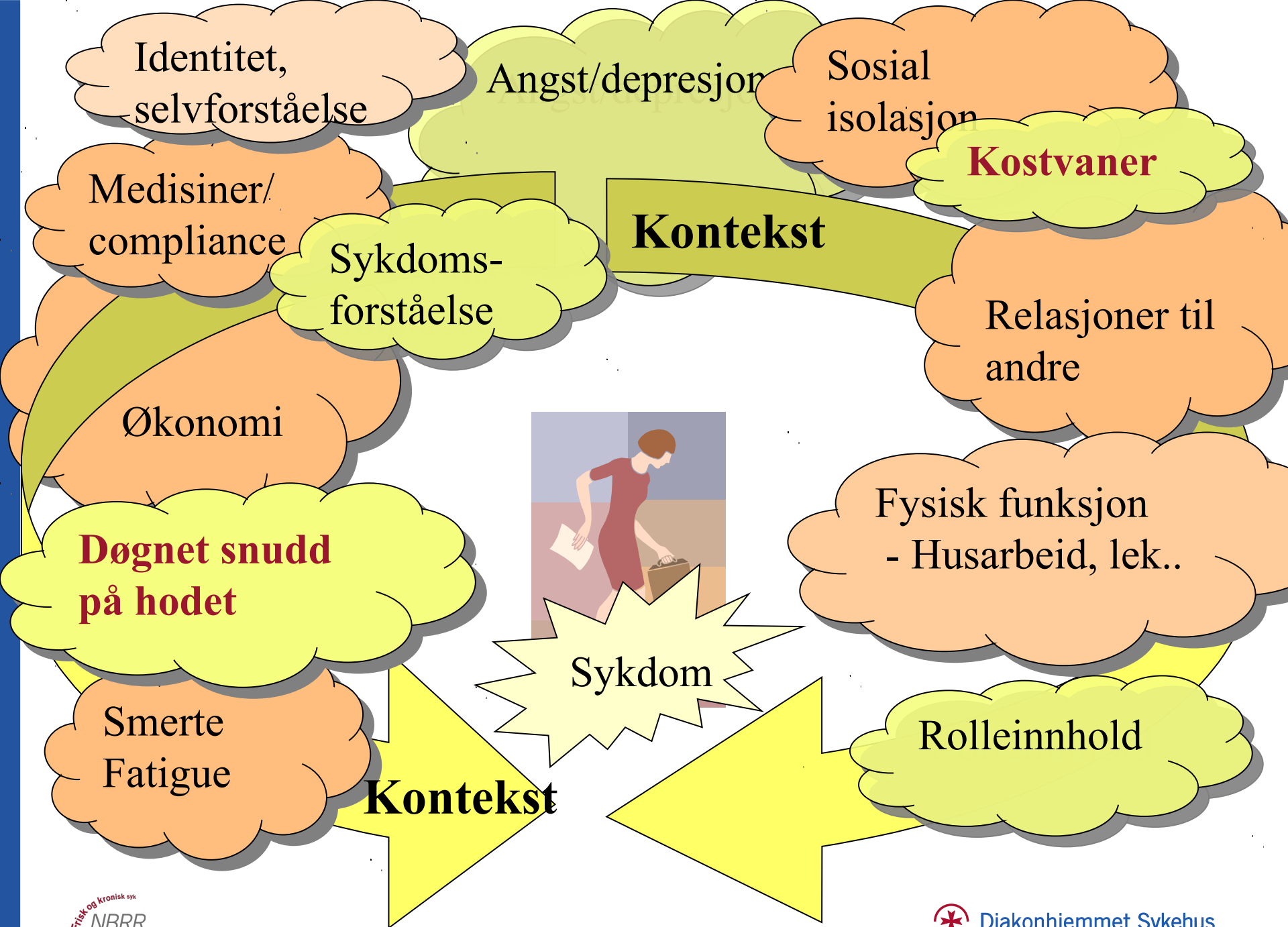
"Z50.89" og "Z50.80"



<b>Z50.89</b> + <b>Z50.80</b>	Tverrfaglig team min 4 (vanlig) eller 6 (kompleks) faggrupper
	Tverrfaglig dokumentasjon
	Individuell behandlingsplan
	Involvering og samhandling etater utenfor institusjonen
<b>Z50.80</b>	Foregår store deler av døgnet eller minst 5 dager
	Funksjonsstrening, trening kompensierende teknikker, tilpasning av hjelpemidler og miljø
	Vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid
	Teamet ledet av lege med spesialitet innen revmatologi eller annen godkjent spesialitet

# Kasuistikk

- Kvinne ca. 40, velutdanning, søkt uføretrygd, gift, 3 barn, et barn med kronisk sykdom
- SLE fra ca 25 års alder, alvorlig affeksjon, nefrotisk syndrom, nefritt klasse 4/5, sicca, sommerfuglutslett, antifosfolipider, spontanaborter x flere
- Sekundær binyrebarksvikt, 50 mg Kortison (tilsvarer 10 mg predn)
- Osteoporose, flere kompr frakturer rygg (Aclasta beh)
- Osteonecrose (steroid indusert) begge hofter, totalprotese h. hofte 2017 (ukomplisert)
- Medikasjon: 18 faste!! Inkludert Cellcept 500 mg x 2, Plaquenil, Kortison, tidlig ACE-hemmer, sep grunnet ↓BT, Kalk/D vit
- Fedme gr III: Høyde 172, Vekt 166 kg, BMI 56 (vekt 83 kg før SLE, vekt opp 50 kg etter 2 mnd!! med kortison)
- Avslag på slankeoperasjon



## BAKGRUNN OG FORVENTNINGER TIL OPPHOLDET VED NBRR

For å forberede oppholdet ditt best mulig, trenger vi utfyllende informasjon om din bakgrunn og kjennskap til hva som er dine forventninger og ønsker for rehabiliteringen. En rehabiliteringsprosess forutsetter som hovedregel et samarbeid mellom deg, det tverrfaglige teamet ved NBRR og relevante kontakter og behandlere lokalt. Vi ber deg derfor tenke gjennom hvem som er dine viktige kontaktpersoner lokalt (se spm. 9).

Skulle det være vanskelig å svare på noen av spørsmålene, lar du de stå åpne. Det er ingen fasit på disse spørsmålene og alle opplysninger vil bli behandlet med fortrolighet.

Takk for hjelpen!

### 1. Beskjeftigelse og trygdestatus: (Sett gjerne flere kryss hvis dette er aktuelt for deg)

Inntektsgivende arbeid	<input type="checkbox"/>	Sykepenger	<input type="checkbox"/>
Under utdanning	<input type="checkbox"/>	Arbeidsavklaringspenger	<input checked="" type="checkbox"/>
Hjemmearbeidende	<input type="checkbox"/>	Uføretrygd	<input type="checkbox"/>
Arbeidsrettede tiltak	<input type="checkbox"/>	Alderspensjon	<input type="checkbox"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>	Annet.....	<input type="checkbox"/>

### 2. Når du tar alle symptomer med i betraktning, - i hvor stor grad vil du si at din hverdag for tiden blir påvirket av din helsetilstand? (På en skala fra ingen til svært stor påvirkning, sett en strek på tvers av linjen som angir hvor du befinner deg)



### 3. Beskriv kortfattet den viktigste grunnen til at du ønsker opphold på NBRR.

Jeg sliter svært mye med fatigue, noe som er lamrende for hele kroppen min. Skulle ønske jeg kunne få hjelp til å finne en balanse mellom trening og hvile. Jeg har vært sengeliggende siden jul og all muskulatur er svekket. Har mye smerter i bevegelsesapparatet. Føler at legene ikke vet hvordan de skal hjelpe meg.

### 4. Hva er dine forventninger for oppholdet?

- Hjelp til å finne en balanse mellom trening og hvile
- Hjelp til å komme i gang med en type trening som ikke medfører at jeg sliter, er eller blir krigende etterpå
- Hvordan unngå forslags av sterke smerter, jeg har ved bevegelse
- Hvordan klare å utføre daglige aktiviteter osv uten å bli sengeliggende etterpå?

5. Har du problemer med å gjennomføre aktiviteter i hverdagen? Ja  Nei

- Personlig stell .....
- Husarbeid /praktiske gjøremål .....
- Sosialt samvær .....
- Fritidsinteresser.....
- Arbeid/ utdanning *har ikke jobbet siden 2011*

Evt. utfyllende opplysninger: *Både pga smerter og fatigue - Alt er et stort sett som du er lystbetont.*



hele tatt | | stor grad

7. I hvilken grad er du klar for å gjøre endringer i din hverdag?  
(På en skala fra ikke i det hele tatt til i meget stor grad, sett en strek på tvers av linjen som angir hvor du befinner deg)



8. Har du hatt rehabiliteringsopphold på NBRR eller annet sted for samme tilstand i løpet av siste 3 år ? (F.eks. ved sykehus, rehabilitering/opptreningsinstitusjon, behandlingsreiser i utlandet)

Ja  Nei  Hvis ja:

Tidspunkt:.....Sted:.....

9. Har du et samarbeid med helse – og rehabiliteringstjenester der du bor?

Ja  Nei  Hvis ja, – oppgi navn på evt. kontaktpersoner:

- Fysioterapeut...
- Ergoterapeut.....
- Hjemmetjeneste.....
- NAV-saksbehandler.....
- Andre kontaktpersoner.....

10. Er det opprettet Individuell plan eller andre samarbeidsgrupper for deg?

Ja  Nei  Hvis ja, – hvem er koordinator eller kontaktperson?

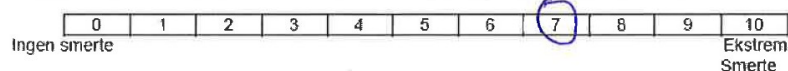
Koordinator/ kontaktperson: .....

Dato: *18/3-19*

# RAID

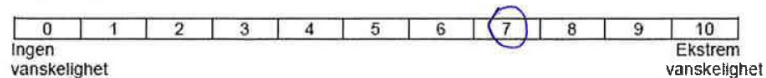
## Smerte

Sett ring rundt det tallet som best beskriver smerten du kjente pga din leddgikt i løpet av den siste uken:



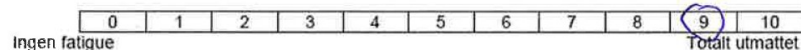
## Måling av fysisk funksjon

Sett ring rundt det tallet som best beskriver vanskeligheten du hadde med å gjøre daglige fysiske aktiviteter pga din leddgikt i løpet av den siste uken.



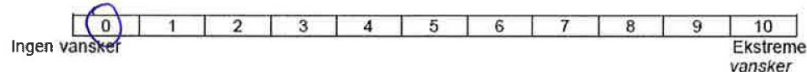
## Fatigue/utmattelse

Sett ring rundt det tallet som best beskriver hvor mye fatigue/utmattelse du kjente pga din leddgikt i løpet av den siste uken.



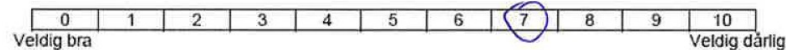
## Søvn

Sett ring rundt det tallet som best beskriver søvnvansker (hvile om natten) du følte pga din leddgikt i løpet av den siste uken.



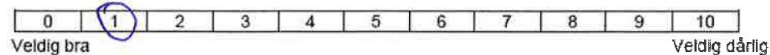
## Fysisk velvære

Tatt i betraktning din leddgikt generelt, hvordan vil du gradere nivået av fysisk velvære i løpet av den siste uken? Sett ring rundt det tallet som best beskriver nivået av fysisk velvære.



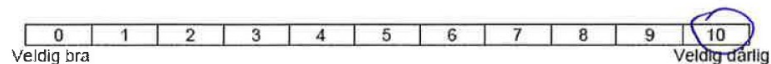
## Følelsesmessig velvære

Tatt i betraktning din leddgikt generelt, hvordan vil du gradere nivået av følelsesmessig velvære i løpet av den siste uken. Sett ring rundt det tallet som best beskriver nivået av følelsesmessig velvære.



## Mestring

Tatt i betraktning din leddgikt generelt, hvor bra mestret (taklet, styrt, kontrollerte) du din sykdom i løpet av den siste uken? Sett ring rundt det tallet som best beskriver din mestring.



# Fysio-vurdering, mange tester, utvalg her

## Submaksimal kondisjonstest på tredemølle ad Minor

Vekt	ca 160
Alder	36
Alderspredikert maxpuls (211 - (0.64 x alder)) og pulssoner	188 50%: 94, 70%: 132
Hvilepuls	-
<i>Tredemølle 0% stigning (totalt 4 min)</i>	
Selvvalgt hastighet	2,9
Anstregelsesgrad (Borg RPM)	13
Puls	124
<i>Tredemølle 5% stigning (totalt 4 min)</i>	
Arbeidspuls (puls etter 4 min)	145
Anstregelsesgrad (Borg RPM)	19 (maksimalt anstrengende)
Testresultat ml / kg x min	16,2

**Kommentar:** Gjennomsnittsverdi for friske kvinner i samme aldersgruppe (hentet fra direkte VO2max tester) er 37,6 ml/kg/min. Submaksimale tester har lavere validitet, men resultat tilsier uansett at pasienten har meget redusert aerob kapasitet. Hun angir økende smerter til knær og sete i tillegg til generell slitenhet og andpustenhet som begrensende faktorer.

### 30 sec chair stand test

Testen måler antall ganger reise/sette seg fra 45 cm høy stol på 30 sek. Pasienten klarer 15 repetisjoner, normalverdi for friske i samme alder og kjønn er 24 rep.

**Kommentar:** God kvalitet på utførelsen, evner å bremse bevegelsen på vei ned. Beveger seg i langsomt tempo og blir sliten og andpusten underveis.





# Forts fysio vurdering, utvalg

## Funksjonsvurdering - skulder/arm ad Boström

	Høyre	Smerte	Venstre	Smerte
Hånd mot tak (1-6, 6=ua)	6	3	6	0
Hånd til motsatt skulder (1-6, 6=ua)	4	7	6	0
Hånd i nakke (1-6, 6=ua)	6	1	6	0
Hånd i rygg (1-6, 6=ua)	6	2	6	0
Hånd til sete (1-6, 6=ua)	5	2	5	2
<b>Funksjon (5-30, 30=ua)</b>	<b>27</b>		<b>29</b>	
<b>Smerte (0-50, 0=ua)</b>		<b>15</b>		<b>2</b>

*Kommentar:* Lett redusert funksjon og svak til sterk smerte ved bevegelse av høyre arm.

## Håndkraft, Jamar

Kraftgrep	Maksimumsverdi	Gjennomsnitt referanseverdi	
Høyre hånd	29.8	31.2	
Dominant (venstre) hånd	41.1	31.7	

*Kommentar:* Bedre kraft enn gjennomsnittlig normalverdi for dominant hånd. Lett redusert kraft ikke-dominant (høyre) hånd, hun opplever selv at smerte til høyre skulder og arm begrenser henne noe.

# Ergo-vurdering

Ergoterapeut har gjennomført **kartlegging av aktivitetsproblemer i dagliglivet**, ved semistrukturert intervju, COPM (Canadian Occupational Performance Measure). COPM er et individualisert instrument for å få fram pasientens egen vurdering av aktivitetsutførelse i hverdagen.

**Pasienten har valgt ut følgende aktivitetsproblemer som er viktigst å gjøre noe med:**

*Her skåres betydning fra 1=ikke viktig i det hele tatt, til 10=veldig viktig. Utførelse skåres fra 1=kan ikke utføre i det hele tatt, til 10=kan utføre svært bra. Tilfredshet (med utførelsen) skåres fra 1=ikke tilfreds i det hele tatt, til 10=veldig tilfreds.*

Aktivitetsproblem	Betydning	Utførelse	Tilfredshet
Dusje	10	8	8
Ha energi til å spille spill/gjøre hobbyaktiviteter med barna	9	9	9
Gå tur med Gullie (hunden)	7	3	3
Ha et godt samliv med mannen	10	5	6
Lage middag	5	6	6

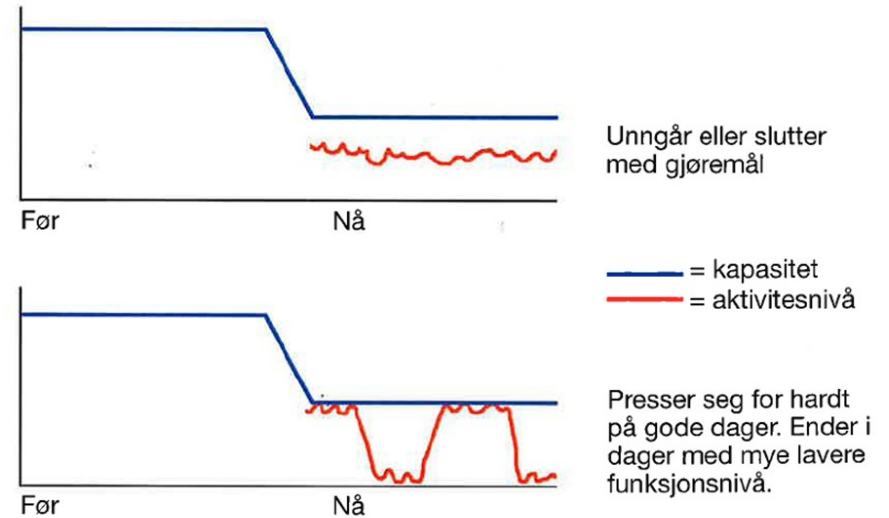
**Gjennom intervjuet oppgir pasienten følgende aktivitetsproblemer i tillegg:**

- Bære hunden
- Gå opp trapp
- Kjøre bil mer enn 10 min
- Spise når jeg er alene
- Strikke
- Gjøre hobbyaktiviteter
- Bake
- Gå på kjøpesenter
- Møte venner/ha besøk

# Hverdag

- Planlegge dagen eller uka
- Aktivitetsregulering
  - Tunge aktiviteter
  - Middels tunge aktiviteter
  - Lette aktiviteter
  - Avslappende aktiviteter
- Aktivitetsbalanse – god balanse mellom aktivitet og pause

## Hva er typisk aktivitetsnivå?



# SAMMENFATNING - Klinisk ernæringsfysiolog

## Anbefalte tiltak/råd:

- Spis 4-5 måltider hver dag, til faste tidspunkt, maks 4 timer mellom hvert måltid. Sett gjerne på en alarm på mobilen som minner deg på å spise.
- Kjøp inn store mengder frukt, bær og grønnsaker. Kutt det opp og ha det lett tilgjengelig i kjøleskapet. Her er det ingen begrensning. Spis så mye du vil!
- Fjern tilgjengeligheten av snacks. Ikke handle det inn, ikke ha det i skapene. Hvis du opplever at det er vanskelig å ikke ta det med i handlekurven i butikken, få noen andre til å handle inn for deg.

Poliklinisk kontroll ernæringsfysiolog om 1 mnd

# SLE hofter



# SLE rygg



# Første del av målplan

Plan for rehabiliteringsopphold. REV avd. NBRR. [REDACTED]

Langsiktig mål: Klare å gå tur med hunden, klare å gå tur på kjøpesenteret og i nærområdet. Melde meg på hobbykurs.

Dato	Kortsiktig mål	Ressurser	Tiltak	Ansvarlige	Evaluering/beskrivelse (dato)
05.09.19	Jeg klarer å gå opp en trapp på en komfortabel måte	Har vært mer aktiv siden forrige opphold Gått ned i vekt	Kondisjonstrening uten unødig belastning av venstre fot Styrketrening for overkropp og underkropp	[REDACTED] Fysio. Kristine	04.09 Innkomstsamtale 05.09 Trening, sykkel + styrke 06.09 Trening sykkel og styrke 09.09 Egentrening 12.09 Sykkel + styrke, økt varighet på sykling 13.09 Intervaller på ellipsemaskin + styrkeøvelser sete og mage 13.09 Pasienten kjenner at utmattelsen er bedre. 16.09 Egentrening 17.09 Trening 20.09 Trening med datteren
05.09.19	Jeg klarer å løfte venstre beinet, uten hjelp fra armene		Bruke støttestrømper Øvelser med fysio. MR av venstre hofte	[REDACTED] Ergo. Madeleine Fysio. Kristine dr. Sigrid	06.09 Løfter venstre benet i forbindelse med å komme opp på sykkel samt ved omdreininger på sykkel
05.09.19	Jeg har kartlagt hvilke husoppgaver jeg mestrer hjemme knyttet opp mot min energi og fysiske kapasitet	Klarer å ta ut av oppvaskmaskinen	Kartlegging og tilpasninger/hjelpemidler med ergo.	Marlene Ergo. Madeleine	12.09 Samtale om hva hun får til og hva hun ønsker å trene på 16.09 Samtale med pas. og datter relatert til fordeling av husarbeid



# Kasuistikk II

- Mann nå 40 år, kom til N i 2007, gift, 4 barn
- I utgangspunktet fysisk aktiv, fotball, sykling, løping
- Hardt kroppsarbeid, sykemeldt 2011 pga ryggsmarter, påvist **prolaps** lumbalt, spinal stenose
- Tilbake i annen jobb 2015, litt mindre fysisk krevende, fortsatt ryggsmarter, forverrelse, kollaps på jobb, s.m., nå AAP vedtak til mai 2020
- Diagnostisert **AS** i 2016, mangeårig velregulert **DM**
- Bivirkninger/manglende effekt av 3 TNF-hemmere, adalimumab initialt stor effekt på korsryggsmarter, avtagende?
- **IBS**, lav toleranse for NSAIDs
- Lokal rehabilitering x 2: **umulig å få han i gang med aktivitet, sterke ryggsmarter, morgenstivhet flere timer**
- Brukte høye doser opioider, greid å trappe ned, i nedtrappingsfasen lokal psykologoppfølging
- Søvn dårlig, både kvalitet og kvantitet

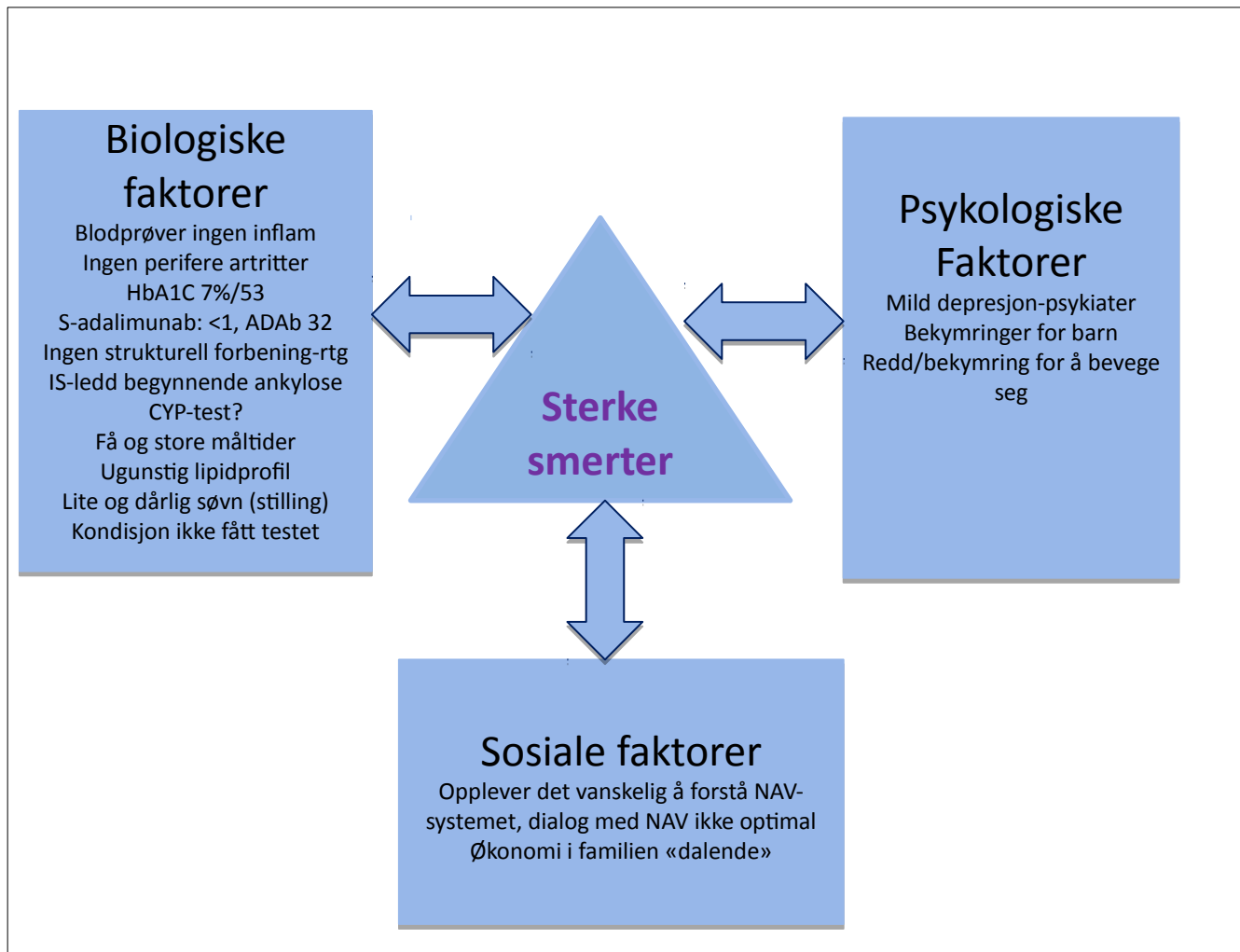
# Forts. kasuistikk II



- Svært lite bevegelighet i ryggen, ingen broddanning eller forbening i ligamenter på rgt
- Uttalte myalgier paravertebralt +
- Greide ikke fullføre kondisjonstest pga smerter
- Se biopsykososial kartleggings figur

# Biopsykososial kartlegging av kas. II

-tiltakene retter seg mot funn





**CPET: cardio-pulmonal exercise test.**  
Nytt utstyr ved aktivitetsmedisinsk  
Senter Diakonhjemmet sykehus





**Hvordan trene kondisjon/intervall** med et menneske med  
30 gr fleksjonskontr i hofter, 40 gr fleksjonskontr i knær og fraktursequele  
Begge legger?

# Henvisningskriterier NBRR,

alle 5 henvisningskriterier skal være oppfylt

- 1) Inflammatorisk revmatisk sykdom\*, medisinsk behandlet etter gjeldende faglige retningslinjer
- 2) Alder  $\geq 18$  år
- 3) Rehabilitering kommunalt og regionalt er prøvd og/eller vurdert utilstrekkelig
- 4) Behov for tverrfaglig spisskompetanse innen revmatologi og rehabilitering med samtidige tiltak fra 6 faggrupper
- 5) Komplekse sykdomsutfordringer, skal inkludere minst 3 av pkt`ene:

# Smerter og/eller utmattelse

# Overforbruk av analgetica

# Fysisk funksjonstap grunnet revmatisk sykdom

# Psykiske utfordringer, f.ex. Angst og/eller depresjon

# Komorbid somatisk lidelse

# Sosiale- og aktivitetsrelaterte utfordringer (utdanning, arbeid, økonomi, familie og hverdagsliv, fritid)

# Oppsummering



Z50.80: antall faggrupper kreves?

**Kommunikasjonsmåte** som fremmer endring .....



**BPS**-forståelse av kompleks sykdomstilstand

$1+1+1+1+1+1= \dots 8$



*Not all that can be counted  
counts  
not all that counts  
can be counted  
Albert Einstein*

