

FYSISK AKTIVITET I ARBEIDSRETTET REHABILITERING

OPPSUMMERING FRA DIGITALT FAGNETTVERKSMØTE

Dato	13.oktober 2020 kl. 09.00 – 11.30
Sted	Nettmøte på Zoom
Møtedeltakere	10 personer fra 6 ulike arbeidsrettede rehabiliteringstilbud, dag og døgn: Muritunet, Idrettens Helsecenter, Rehabiliteringssenteret AiR, Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter og Hernes Institutt. I tillegg deltok HelseArbeid ved UNN HF Tromsø i starten av møtet. 4 personer fra Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering
Program	2 gruppeøkter med diskusjoner, 1 plenumsøkt med innspill til kapittelet «fysisk aktivitet» i fagveilederen for arbeidsrettet rehabilitering

Ønsket resultat

Fornøydte møtedeltakere som opplever at de har fått diskutert faglige problemstillinger

- som er viktige i arbeidshverdagen
- som kan omsettes i (ny) praksis

Gruppeøkter med selvvalgte diskusjonstema

Møtedeltakerne kunne selv komme med innspill til problemstillinger som skulle diskuteres, og valgte selv gruppe ut fra hvilken problemstilling de var mest opptatte av. I gruppeøkt en diskuterte tre grupper hver sin problemstilling, i gruppeøkt to ble to ulike problemstillinger diskutert. Under følger en oppsummering av diskusjonene.

GRUPPEØKT 1

1.1 Hvordan motivere deltakere til å fortsette fysisk aktivitet etter oppholdet?

Felles opplevelse av at mange deltakere faller tilbake til gammelt (inaktivt) mønster etter oppholdet, gjerne etter bare noen uker.

Én løsning: koble på aktuelt lokalt støtteapparat. Dette kan gjøres både på systemnivå, ved at institusjonen informerer fastleger/fysioterapeuter/Frisklivssentraler m.m. om et ønske om oppfølging, og på teamnivå, ved at teamet under oppholdet gjør avtaler med oppfølgere på vegne av deltakeren.

Gruppen tematiserte viktigheten av at også alt som har med fysisk aktivitet å gjøre enda tydeligere må rettes inn mot at målet er økt arbeidsdeltakelse / bedret arbeidsfunksjon. Mange får nå med seg en plan som inneholder elementer som ikke har direkte betydning for arbeidsfunksjonen. Mange trenger fysisk aktivitet som en del av en plan, men ikke alle. Elementer som ikke er innrettet mot

målet (bedret arbeidsfunksjon) vil deltakere kunne miste motivasjonen for. Rehabiliteringen må derfor i enda større grad enn nå rettes inn mot å identifisere hva den enkelte trenger for å bedre arbeidsfunksjonen.

Punktet over ledet inn på diskusjon om den mulige konflikten mellom deltakers egen vurdering av hva vedkommende trenger og hva vedkommende har lyst til, og teamets vurdering av hva vedkommende trenger (for å styrke arbeidsfunksjon). Hva gjør man dersom deltaker og team gjør ulike vurderinger? Hvor sterkt press kan teamet øve på deltakeren for å vinne fram med teamets syn? Og, ikke minst: Hvordan kan man få deltakeren med på noe deltakeren i utgangspunktet ikke vil eller ser nytten ved? Klare svar ble ikke funnet, men dette ville det ha vært interessant å gå videre på.

1.2 Bruk av testing, hensiktsmessig i samband med vidare arbeidsdeltaking?

To av hovudspørsmåla som blei diskuterte, var:

1. Kvifor gjennomføre fysiske testar?
 - a. For å kunne dokumentere auka funksjon?
 - b. For å skape motivasjon ved å vise pasienten sin eigen framgang? (Og: Kan denne motivasjonen igjen føre til auka arbeidsdeltaking?)
2. Korleis finne fysiske testar som faktisk måler noko som har (direkte) samband med arbeidsdeltaking?

Felles for alle var at dei var på leit etter fysiske testar som kan knytast opp mot arbeidsdeltaking og funksjon. Ingen hadde ennå funne den «ultimate» testen.

Frå ein fagleg ståstad var det eit ynskje om å gjennomføre individuelle testar både på starten og slutten av rehabiliteringa, men det er det i realiteten ofte hverken tid eller pengar til. I praksis er difor testar som kan gjennomførast i grupper, som kun blir gjort ved oppstart, ei vanleg løysing.

Mogleg løysing:

Finne tre-fem ulike standardiserte testar som seier noko om funksjon, velge ein eller fleire av desse på individuell basis, tilpassa kvar enkelt pasient sin funksjon.

Døme på testar som er/har vore i bruk i starten og/eller på slutten av rehabiliteringa er

- Bip-test (kan gjennomførast i gruppe)
- Åstrand og Rodahls ergometersykkeltest, modifisert
- Test av O₂-opptak på tredemølle (ressurskrevjande)

Enkle fysiske testar som kan vera relevante å gjennomføre for å måle funksjon er

- Gå-test
- Vanlig undersøking hos fysioterapeut – gjev eit godt heilskapsbilete av pasienten (men er ressurskrevande om det skal gjennomførast på kvar enkelt, både ved start og slutt)
- Opp og ned på step, ta tida
- Gå i trapper, ta tida
- Generelt: Standardiserte testar på styrke og kondisjon som kan brukast til å vise framgang.

1.3 På hvilken måte opplever du at det fysiske aktivitetsprogrammet i rehabiliteringstilbudet deres bidrar til å hjelpe folk tilbake i jobb?

Det ble pekt på at mange deltakere er dekonisjonerte og derfor må fysisk aktivitet tilpasses den enkelte. Derfor handler det også mye om å våge, fear avoidance eksponering samt kjenne på at hvile også er viktig. Det tverrfaglige teamet jobber med å skape en realistisk forventning hos deltakeren. Arbeidsplassen kan også involveres for å avklare kapasiteten til deltakeren og skape en felles forventning hos arbeidsgiver og deltaker. Derfor er kunnskap om deltakerens jobb viktig med tanke på tilrettelegging.

Det ble stilt spørsmål om hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å dempe høy belastning over tid, dårlig søvn og stress som er arbeidsrelatert. Det tverrfaglige teamet kan skape bevisstgjøring rundt stressmestring i fysisk aktivitet.

GRUPPEØKT 2

2.1 Balanse mellom aktivitet og hvile – burde rehabiliteringen ha større fokus på restituerende hvile (kombinert med høyintensiv trening)?

Felles opplevelse av at mange deltakere er slitne på grunn av mye aktivitet utenfor programmet i en slik grad at de får redusert utbytte av selve programmet.

Tematisering av at slik observasjon kan brukes som inngang til å snakke om deltakerens mønster generelt i livet – kan det være at manglende evne til å si nei til aktiviteter / sette grenser under rehabiliteringsoppholdet også preger hverdagen hjemme og er en konstant kilde til slitenhet?

Tematisering av om rehabiliteringsprogrammene burde ha større fokus på faktisk restituerende hvile, at deltakerne må informeres om, læres opp og oppfordres til faktisk restitusjon (som kan være en dypere form for hvile enn for eksempel å ligge og se på TV). Mange deltakere erfarer i sitt voksne liv kanskje aldri slik hvile. Informasjon/opplæring kan skje både i plenumssammenhenger og individuelt. Burde restituerende hvile simpelthen settes opp på timeplanen akkurat på samme måte som sin motsats, fysisk aktivitet? Burde klinikerne "lede" slik restitusjon på samme måte som de leder fysisk aktivitetsøkter? Og: Burde i så fall økt fokus på restituerende hvile ledsages av mer høyintensiv fysisk aktivitet – istedenfor ofte lavintensiv fysisk aktivitet som ofte tilbys i programmene i dag?

Tematisering av at det er viktig å identifisere om den enkelte deltaker trenger fysisk restitusjon (fysisk hvile) eller mental restitusjon (for eksempel ved å gå en tur) – eller begge deler?

2.2 Intensiv trening i arbeidsrettet rehabilitering

Spørsmålet er hva vi kan få til av intensiv trening i arbeidsrettet rehabilitering i løpet av tre til fire uker. Det ble pekt på at pasientene har endret seg og det var enighet om at de fleste er veldig dårlig trent når de kommer. De som kommer er i generelt veldig dårlig form. Derfor er det mindre intensiv trening i arbeidsrettet rehabilitering nå enn før.

En institusjon bruker Rockport one mile test. I forbindelse med intensiv trening er Sokratiske utspørring en hensiktsmessig metode å bruke.

Hva er målet for hver enkelt, hva er i veien for at vedkommende kan jobbe?

Intensiv trening kan brukes i arbeidsrettet rehabilitering, for her er det tid til å håndtere en eventuell smell deltakeren går på. Mestringsopplevelsen er stor etter bakkeintervall og fire ganger fire. Det gjør at deltakeren får et eierforhold til seg selv og egen kropp. Hard trening skal være ubehagelig. Fysisk aktivitet bør ses på som en enkel inngang til mestring og som det er enkelt å gjøre noe med. Arbeidsrettet rehabilitering kan skape et godt fundament og gi deltakeren en boost på veien videre.

For deltakere med smerter kan det være en ekstra stor utfordring å drive intensiv trening da subjektive smerter hindrer dem. Smerten er selvopplevd og vrien å gjøre noe med. Tips er å ikke fokusere på smerten dersom ikke deltakeren selv gir uttrykk for at den er til hindring.

Det ble diskutert om det kunne vært en fordel å gjøre et tydeligere skille mellom ulike typer fysisk aktivitet, skille tydeligere mellom hard trening og lettere (mer lystbetont?) fysisk aktivitet, rendyrke de ulike formene mer. Og kanskje har vi for mye fysisk aktivitet på timeplanen?

PLENUMSØKT

Fysisk aktivitet i fagveilederen for arbeidsrettet rehabilitering – hvordan kan [fagveilederens kapittel om fysisk aktivitet](#) gjøres enda mer matnyttig for praksis?

Dette er noen av innspillene og tankene som kom opp, til temaer det kan være interessant at veilederen går inn i:

- Hva i fysisk aktivitet bidrar til å få deltakeren tilbake i jobb?
- Hvordan være i arbeidslivet til tross for smerte?
- Gir fysisk aktivitet større tillit til egen kropp og egne behov, som igjen kan lenkes til det å stå i arbeid?
- Hva blir formidlet rent muntlig til deltakeren, bør vi være mer spisset, formidle fysisk aktivitet i sammenheng med arbeidshelse, hvordan kan jeg i en samtale trygge inn mot arbeid, kan arbeidsgiver forstå dette?
- Knytte tråder mellom fysisk aktivitet og bedret arbeidsfunksjon.
- Fear avoidance innen fysisk aktivitet, hva handler den om, hva er kjernen? Kan den brukes inn mot arbeidslivet?
- Står ikke noe om arbeid under hensikt med fysisk aktivitet, hvorfor driver vi med fysisk aktivitet i arbeidsrettet rehabilitering?
- Eksponering, bare nye erfaringer kan døyve gamle og da må man utsettes for det
- Hva er god forskning, hvordan vet vi om det er en god studie?
- Veilederen kan ikke utelukkende formidle forskning. Kompetansetjenesten må se og tolke forskningen inn i den verden vi er i, nemlig arbeidsrettet rehabilitering.
- Forholde oss til den oppsummerte forskningen
- Klinisk erfaring, forskningsbasert erfaring og brukererfaring

Stefan Brunvatne, Anders Bergkvist, Thomas Johansen og Guro Lien 13.10.2020