

Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB 2019-2021 (toårig prosjekt)

- et prosjekt for voksne personer med
syns- og hørselshemming/døvblinde

Søkerorganisasjon

Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde
(LSH/DB)

Prosjektnummer

2019/HE2-280376

Prosjektet er støttet av Stiftelsen Dam

– Virksomhetsområde HELSE



Sluttrapport til Stiftelsen Dam



**Landsforbundet for kombinert syns-
og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB)**

Moss, 31. mars 2022

Finansieringsinstans

Stiftelsen Dam
Akersgata 28, 0158 Oslo
Telefon: 22 40 53 70
E-post: post@dam.no
Nettside: <https://dam.no> / <https://dam.no/kontakt/>

Prosjekteier

Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB)
(2019/2021)

Prosjektnummer (HELSE 2019)

2019/HE2-280376
Virksomhetsområde: HELSE

Prosjekttittel

Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB (2019-2021)

Prosjektansvarlig

Bedir Yiyit, Heimdallsgate 2 B, 1511 Moss
Mobil: 99 87 34 34, E-post: bedir73@online.no

Prosjektansvarliges kontaktpersoner

Forbundsleder Åshild Johansen og daglig leder Karin Andvig, tlf. 22 41 34 24 eller mobil 95 94 93 57, E-post: kontor@lshdb.no

Prosjektmedarbeidere

Bedir Yiyit, Erik Nilsen, Rune Holtze Jensen og Knut Ljungberg

Sluttrapport om prosjektet til Stiftelsen Dam

Eva Stormorken

Autorisert regnskapsfører

Husnain Ahmed Mirza
Fix regnskap AS
E-post: ham@fixregnskap.no
Mobil: 99 11 04 77
Besøksadresse i Moss: Årvollskogen 103, 1529 Moss
Adresse til firmaets hovedkontor: Ekebergveien 243, 1166 Oslo
Telefon sentralbord i Oslo: 21 51 66 66
Hjemmeside: www.fixregnskap.no

Statsautorisert revisor

Inge-Henning Stikholmen
IHS Revisjon AS
Telefon: 67 15 06 00
E-post: post@ihsregnskap.no
Besøksadresse i Moss: Munins vei 1, 1348 Rykkinn
Postadresse hovedkontor: Arnstein Arnebergs vei 28, 1366 Lysaker
Sentralbord hovedkontor i Bærum: 67 15 06 00

Forord

Hensikten med rapporten

Hensikten med prosjektrapporten er å belyse funksjonsbegrensninger hos personer med kombinert syns- og hørselshemming/døvblindhet, deres kommunikasjonsvansker, behov for bruk av hjelpemidler relatert til forflytning, syns- og hørselstap, kommunikasjon, samt trettbarhet, strategier i dagliglivet og ulike mestringsstrategier. Deres store kommunikasjonsutfordringer, som følger av alvorlig sansetap, begrenser i stor grad deres muligheter for sosialt liv. De har derfor lite sosialt netverk på hjemstedet og muligheter for fysiske aktiviteter. Sansetapene fører ofte til et stillesittende liv, noe som gjør at de har økt risiko for utvikling overvekt, høyt blodtrykk og kolesterol, psykiske vansker og psykiske lidelser. Denne gruppen har dårligere helse sammenlignet med friske. Personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet har behov for en rekke tiltak som kan gjøre dem i stand til å forebygge forverring, eller helst bedre egen helse og livskvalitet.

Rapporten redegjør for prosjektomfang, rekruttering og utvalg, utlevert digitalt utstyr og testing av basisnivåer for kondisjon og vekt. I tillegg omtales prosjektets formål, hovedmål, delmål, opprinnelig prosjektplan, prosjektomfang, trening, aktiviteter, opplæring, bruk av digitale hjelpemidler, fellessamlinger og sosialt samvær. Det redegjøres for i hvilken grad opprinnelig prosjektplan er gjennomført, utfordringer underveis, refleksjoner over opprinnelig prosjektplan og -gjennomføring, deltagerens tilbakemeldinger. I tillegg presenteres resultateffekt og vurderinger av disse, samt tanker om hvordan personer med dobbelt sansetap, offentlige organer eller andre instanser kan dra nytte av resultatene. Funn og erfaringer kan brukes ved planlegging av nye prosjekter og bidra til at disse blir enda mer skreddersyd i forhold til gruppen eller den enkelte deltagerens behov og funksjonsevne. I tillegg kan fremtidige prosjekter inkludere områder som ikke er dekket i dette prosjektet, for eksempel balansetrening, sansestimulering, relasjonen mellom kosthold og vekt, og andre typer treningsøvelser eller treningsarenaer.

Prosjekttype

Prosjektet hører inn under Virkeområde HELSE, der formålet er av sekundær-forebyggende art, det vil si forebygging av forverring, eller bedring av fysisk og psykisk helse og velvære. Dette kan realiseres gjennom opparbeiding av bedre kunnskap og nye ferdigheter relatert til ernæring, sunt kosthold, økt kondisjon og styrke, treningsmuligheter og

økt sosialt nettverk på hjemsted, samt andre muligheter for å leve et aktivt og sunnere liv med bedre livskvalitet.

Formålet med prosjektet

Personer med dobbelt sansetap har omfattende begrensinger med hensyn til normal livsutfoldelse sammenlignet med friske personer, noe som gjør at de i liten grad er sosialt integrert i samfunnet. Dette medfører risiko for sosial eksklusjon, ensomhet, psykiske forstyrrelser samt svekket fysisk og mental helse og sansedeprivasjon. Prosjektets formål var at deltagerne ved egen innsats, opplæring og veiledning, støtte, samt muligheter for økt sosialnettverk lokalt, kunne bli i stand til å forebygge og begrense forverring, og jobbe mot å bedre egen helse, velvære og funksjonsnivå.

Prosjektets varighet og omfang

Prosjektet var toårig (24.06.2019 til 31.12.2021). Smittevernrestriksjoner stoppet eller begrenset sosial kontakt mellom alle som var involvert i prosjektet. Korona-pandemien forhindret planlagt prosjektfremdrift, slik at den opprinnelige tidsfristen var umulig å overholde. Det ble per telefon 25. februar 2021, muntlig søkt om forlengelse av sluttdato. Søknaden ble godkjent samme dag, og vedtaket ble mottatt på e-post. Prosjektet involverte prosjekteier, prosjektleder/prosjektansvarlig, prosjektgruppe, idrettsutøvere, helsepersonell (fysioterapeuter og ernæringsfysiolog), trenere, frivillige ledsagere og tegnspråktolker-ledsagere. Det ble gjort en kartlegging av demografiske data, vekt, fysisk kondisjon og styrke ved prosjektstart. Metodene bestod av opplæring, instruksjon og veiledning i forskjellige treningsmetoder/øvelser, trening, ulike aktivitetsformer, samt undervisning/veiledning i kosthold og ernæring. Opptreningen foregikk ved ulike treningsmetoder, inne eller ute, ved deltagelse på korte og lange turer, gå-, jogge- eller løpeturer, samt deltagelse i virtuelle fjellturer. Det var fire fellessamlinger med opplæring, foredrag, trening og sosialt samvær. Mellom samlingene, skulle deltagerne trene for å forbedre fysisk kondisjon og jobbe med kostendringer, dvs. livsstilsendringer, på hjemstedet. For at prosjektet skulle gjennomføres etter planen, var det løpende dialog mellom deltagere og prosjektgruppen.

Prosjektdeltagere, samarbeidspartnere og kontaktpersoner

Deltagergruppen bestod av 11 syns- og hørselshemmede voksne kvinner og menn, i aldersgruppen 30 -75 år, hjemmehørende i ulike geografiske regioner i Øst og Vest-Norge. I prosjektperioden var det samarbeid med NAV Tolketjeneste, Den Norske Turistforening (DNT), frivillige idrettsutøvere- og andre frivillige ledsagere, fagpersoner og et treningssenter. Prosjektledelsen hadde løpende kontakt med ledelsen og administrasjonen

i søkerorganisasjon, dvs. prosjekteier, Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSHDB) og Stiftelsen Dam.

Takk for innsatsen

Prosjektledelsen ønsker å takke alle prosjektdeltagerne for at de ønsket å delta i prosjektet, bruke av sin tid og sine krefter, for deres positive stå-på vilje og holdning, motivasjon til å jobbe for positive livsendringer, og det gode samarbeidet under hele prosjektperioden. Uten deltagerens iherdige innsats, ville prosjektet ikke kunne gjennomføres og fullføres.

Det rettes også en stor takk til involverte organisasjoner, inkludert LSH/DB, DNT og Stiftelsen Dam. Takkes skal også NAV Tolketjeneste som sørget for profesjonelle tegnspråktolker-ledsagere. Både frivillige familieledsagere og idrettsutøvere skal takkes for den store innsatsen som ble lagt ned ved planlegging og gjennomføring av prosjektet. Spesielt rettes en stor takk til treningssenteret *Fokus Trening* som stilte ansatte og treningslokaler til disposisjon, og gjorde det mulig med tredemølletesting. Senterets *Team Fokus Trening*, var representert ved fysioterapeutene Kenneth Busch og Erik Holme og spinningstruktør Rune Holtze Jensen. Erik Holme takkes for foredrag om kosthold, tolk/ledsager Marit Garden for Yoga-instruksjon og fysioterapeut Knut Nedregaard frivillig ledsaging. Idrettsutøver og frivillig ledsager Knut Ljungberg takkes for målinger og registreringer av fysiske data, samt oppfølging av individuelle treningsopplegg. Rune Holtze Jensen takkes for spinningtime, trening og ledsaging. Jensen og Ljungberg er idrettsutøvere som representerer Moss Cykleklubb. Ernæringsfysiolog og sykepleier Mette Nedregaard takkes for undervisning om kosthold og ernæringsveiledning. Det er lagt ned et stort antall timer med frivillig arbeid for å få prosjektet i mål.

Innhold

Forord	iii
Sammendrag av sluttrapport	ix
Prosjektets sluttrapport	1
1. Bakgrunn for prosjektet	1
1.1 Behovet for å gjennomføre prosjektet.....	1
1.2 Hva som tidligere er gjort på området.....	2
1.3 Prosjektets tema	3
1.4 Spørsmål som ønsket besvart	3
1.5 Gjennomførte aktiviteter	3
1.6 Prosjektets omfang og begrensninger.....	4
1.7 Problemformulering	4
1.8 Finansieringskilder.....	4
1.9 Opprinnelig prosjektplan.....	4
1.10 Fremdriftsplan og eventuelle endringer/avvik fra denne	5
2. Målsetting og målgruppe	5
2.1 Formålet med prosjektet.....	5
2.2 Prosjektets målsetting	5
2.3 Hovedmål, personlige mål og måloppnåelse hos deltagerne	5
2.4 Beskrivelse av målgruppen.....	6
2.4.1 Definisjon av døvblindhet.....	6
2.4.2 Forekomst av døvblindhet	6
2.4.3 Om døvblindhet.....	7
2.4.4 Funksjonstap, kommunikasjonsvansker og sosial isolasjon	8
2.4.5 Risiko for utvikling av sekundære helseproblemer.....	9
2.4.6 Hva som må til for at denne gruppen kan delta i sosialt liv	10
2.4.7 Dårlig balanse.....	12
2.4.8 Barrierer for fysisk utfoldelse.....	13
2.5 Nytte av fysisk aktivitet.....	16
2.6 Behov for informasjon og trygghet.....	17
2.7 Hjelpetbehov	18
3. Prosjektgjennomføring/Metode	19
3.1 Elementer i prosjektplanen	19
3.2 Metode	20
3.2.1 Rekruttering og utvalg av deltagere	20
3.2.2 Kartlegging av deltagerens funksjonsnivå og bruk av hjelpemidler.....	20
3.2.3 Måleutstyr og metoder til å registrere endringer i kondisjon og vekt.....	20
3.2.4 Undervisning, felles og individuell veiledning og instruksjon	21
3.2.5 Fysiske og andre aktiviteter for å bedre egen total helse	21

3.2.6 Sosialt samvær.....	22
3.3 Samarbeid med frivillige organisasjoner/instanser, ledsagere og tolker.....	22
3.4 Gjort/ikke gjort i forhold til opprinnelig prosjektplan	23
3.4.1 Første fellessamling	23
3.4.2 Andre fellessamling	24
3.4.3 Tredje fellessamling.....	24
3.4.4 Fjerde og siste fellessamling.....	24
3.4.5 Planlagt helgesamling i forbindelse med maratonløp	25
3.4.6 Gjennomføring av opprinnelige planer	25
3.4.7 Intervjuguide for å få frem deltagerens erfaringer med prosjektet.....	25
3.5 Endringer av planlagte delmål/mål ikke nådd	26
3.5.1 Delmål - sosialt nettverk på hjemsted	26
3.5.2 Delmål - fysisk styrke og kondisjon.....	26
3.5.3 Delmål - omlegging til aktiv og sunnere livsstil.....	26
3.5.4 Endringer i metodevalg.....	26
3.5.5 Måling av basisverdier og progresjon.....	26
3.5.6 Progresjon i måloppnåelse	26
3.5.7 Eventuelle andre endringer.....	27
3.5.8 Avbrudd eller permisjoner	27
3.5.9 Andre praktiske problemer og forhold.....	27
3.5.10 Frafall, deltagelse underveis og andre former for avvik	27
3.6 Prosjektforendring.....	27
3.6.1 Planlagte aktiviteter	27
3.6.2 Avvik fra prosjektforendringen.....	28
3.6.3 Endringer i metoder underveis	28
4. Resultater, vurdering av effektmål og resultatvurdering.....	28
4.1 Resultater og funn	28
4.2 Resultat og måloppnåelse i forhold til effektmål.....	29
4.3 Deltagerens rapporter om deltagelse og måloppnåelse	29
4.4 Nedsatt funksjonsevne som følge av dobbelt sanseapparat	30
4.4.1 Fysisk funksjon.....	30
4.4.2 Kognitive utfordringer og digitale hjelpemidler.....	30
4.4.3 Måloppnåelse.....	31
4.5 Bruk av kognitive ressurser.....	32
4.6 Stimulering av sanseapparatet.....	32
4.7 Sosialt nettverk	33
4.8 Hindringer for måloppnåelse	33
4.9 Svaret på problemstillingen	33
4.10 Prosjektgruppens refleksjoner over prosjektgjennomføringen.....	34
4.10.1 Erfaring med det som ikke fungerte optimalt.....	34
4.10.2 Hva som kan gjøres bedre i et fremtidig prosjekt.....	34
4.11 Overføringsverdi og nytte for andre grupper og situasjoner	34
4.11.1 Nytte av brukerkompetanse i ledergruppen	34
4.11.2 Nytte for prosjektgruppen	35
4.11.3 Nytte for søkerorganisasjonen LSH/DB.....	35
4.11.4 Nytte for målgruppen.....	35
4.11.5 Nytte for frivillige familieledsagere.....	36

4.11.6	Nytte av å inkludere frivillige deltagere	36
4.11.7	Nytte av fagkompetanse	36
4.11.8	Nytte av å inkludere NAV Tolketjeneste	37
4.11.9	Nytte for andre	37
4.12	Hvilke konsekvenser gir resultatene?	37
4.13	Hvordan resultatene skal benyttes eller er tiltenkt	38
4.13.1	Hva er gjort av distribuering/formidling av resultater	39
4.13.2	Hvordan resultatene skal distribueres til andre	39
4.14	Regnskap/budsjett/økonomiske resultater	40
4.15	Konklusjon	41
4.15.1	Deltagernes erfaringer med prosjektdeltagelsen	41
4.15.2	Deltagernes ønsker om deltagelse i nytt prosjekt	42
4.15.3	Deltagernes forslag til nye prosjekter og videreføring til nytt prosjekt	42
5.	<i>Oppsummering/konklusjon/videre planer</i>	43
5.1	Kort oppsummering relatert bakgrunn og målsetting	43
5.2	Hva som skal gjøres videre	43
5.3	Prosjektmedarbeiderne og idrettsledsagernes refleksjoner	43
5.4	Prosjektforankring i egen eller offentlig organisasjon	46
5.4.1	Skal prosjektet forankres i egen organisasjon?	46
5.4.2	Skal prosjektet forankres i det offentlige?	46
5.5	Ønske om andre samarbeidspartnere	46
5.6	Skal prosjektet fortsette, hvis ikke - begrunn hvorfor?	47
5.7	Nytte av samarbeid - frivillige organisasjoner/andre instanser	47
5.7.1	Samarbeid med Røde Kors Hjelpekorps	47
5.7.2	Samarbeid med Storedal Kultursenter	47
Referanser		49
Oversikt over tilknyttede dokumenter		58

Sammendrag av sluttrapport

Målsetting, målgruppe, bakgrunn for prosjektet

Deltagerne skulle lære nye trenings- og aktivitetsformer, bedre egen styrke, kondisjon og endre livsstil. De skulle få økt sosialt nettverk og bli bedre integrert på hjemstedet for hindre ensomhet og sosial isolasjon. Samarbeid med organisasjoner på hjemsted skulle gjøre det mulig å finne turvenner og treningskontakter som kunne bistå og være en støtte slik at det ville bli lettere å fortsette med regelmessig trening, øke/eller holde kondisjonen vedlike, slik at fysisk, psykisk og sosial helse ble bedre. Målgruppen var personer med kombinert syns- og hørselshemming/døvblindhet. De kan være passive, overvektige, sosialt isolert, har sterkt nedsatt funksjonsevne, omfattende begrensninger med hensyn til deltagelse i vanlig daglig- og arbeidsliv og utdanning. Det er nødvendig med tegnspråktolker-ledsagere ved deltagelse i sosiale og fysiske aktiviteter, læresituasjoner, instruksjoner og reiser. Målgruppen har ofte ikke noe apparat lokalt som kan bistå dem i dagligliv, opplæring og trening.

I hvilken grad oppsatte effektmål ble nådd

Alle nådde målet om antall skritt i løpet av prosjektperioden og hadde gjennomført tre aktivitetskampanjer. Det kan sammenlignes med å gå Norge på langs. Enkelte gikk ned i vekt. Ikke alle hadde god nok kondisjon til å delta i Oslo Maraton. Tre gjennomførte Oslo Maraton enten ved å gå eller løpe 5 eller 10 km. Alle gjennomførte fjelltur på 14 km og krevende tur rundt et naturreservat på 13 km. Noen ønsket de hadde fått enda bedre kondisjon. Flere rapporterte at de hadde kommet godt i gang med sunnere kosthold og et mer aktivt liv. De hadde lært enkle retter. Mer enn halvparten nådde sine personlige mål. Alle klarte å nå noen av delmålene sine. Mål om økt kontaktnett på hjemsted ble ikke nådd på grunn av smittevernregler. De hadde deltatt i sosiale møter underveis, på fellessamlinger, felles turer og under aktiviteter. De hadde blitt bedre kjent med tidligere kjente på en dypere måte. Alle hadde fått stimulert sanseapparatene og opplevd glede av å ha klart å gjennomføre hele prosjektet.

Antall i målgruppen nådd av prosjektet

11 voksne personer av begge kjønn.

Prosjektgjennomføring/Metode

Prosjektgjennomføringen fulgte i hovedsak opprinnelig prosjektplan, inkludert opplæring, undervisning, veiledning, inne- og utetrening, styrke- og kondisjonstrening, gå-, jogge- eller løpeturer, fjelltur og krevende

turer/aktiviteter. Det var mye sosial omgang og møter med like-personer. Fire planlagte fellessamlinger ble gjennomført i henhold til planen. Mellom samlingene skulle de trene for å øke fysisk kondisjon og jobbe med kostendringer. Noen gjennomførte Oslo Maraton som planlagt. Deltagerne trente og fikk hjelp til kostendring slik at de kunne nå sine personlige mål. Alle gjennomførte opplæring og fysiske aktiviteter. Det ble rike muligheter for stimulering av sanseapparatene og bruk av kognitive ressurser. Det var nødvendig med digitale løsninger ved instruksjon og veiledning av kostholdsråd, Yoga og styrketrening. Løpende kommunikasjon mellom dem foregikk på e-post. Enkelte avvik fra prosjektplanen oppstod som følge av korona-pandemien og smittevernreglene. Besøk på den enkeltes hjemsted ble ikke mulig på grunn av smittehensyn. Prosjektet ble satt på pause en periode, og prosjektperioden måtte forlenges. Enkelte mistet noe av motivasjonen som følge pandemiens innvirkning.

Resultater og resultatvurdering

Innrapportering av måldata fungerte ikke som planlagt. Ikke alle tok i bruk utdelt digitale hjelpemidler til å registrere progresjon i kondisjon og kostendringer, og noe utstyr ble byttet ut. Det ble ikke mulig måle effekter av den innsatsen hver enkelt gjorde. Resultater fra deltagelse i prosjektet, er derfor hentet fra deltagerne tilbakemeldinger og skriftlig sluttevaluering. Halvparten hadde nådd personlige mål. Mange hadde kommet godt i gang med kondisjonstrening og kostendringer. De hadde fått mange gode sosiale opplevelser, gjennomført turer, deltatt i workshops og diskusjoner og felles treninger. Alle møtene med likesinnede hadde vært gode, og noe de hele tiden gledet seg til. Gjennomføringen hadde ført til glede av å mestre nye ting, mestringsfølelse over å ha klart å gå lange og krevende turer. De hadde tilegnet seg nye kunnskaper og ferdigheter som de ville ha nytte av i ettertid. De var meget fornøyde og var stolte av seg selv for å ha klart å gjennomføre hele prosjektet.

Oppsummering og videre planer

Prosjektet ble gjennomført med forlenget frist. Ingen falt fra underveis. Deltagerne var meget fornøyd med at prosjektet ble gjennomført, på tross av alle utfordringene som oppstod på grunn av korona-pandemien. Digitale hjelpemidler er vanskelig å bruke for enkelte. Denne gruppen har behov for langvarig støtte til livsstilsendringer, mye lenger enn et prosjekt kan dekke. Neste prosjekt vil bygge videre på det som fungerte godt, og fortsette med noen av elementene i dette prosjektet, men også fokusere på økt stimulering av ulike sanser, mer balansetrening, samt bringe inn nye og/eller andre aktiviteter.

Prosjektets sluttrapport

Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB (2019-2021)

1. Bakgrunn for prosjektet

I rapporten redegjøres for prosjektbakgrunn, tidligere ervervet kunnskap og erfaring, prosjekttema, spørsmåls- og problemstillinger, prosjektets omfang og begrensninger, opprinnelig prosjektplan og avvik fra denne, gjennomførte aktiviteter, resultater, samarbeidspartnere, finansieringsinstans, regnskap og videre planer.

1.1 Behovet for å gjennomføre prosjektet

Personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet har økt risiko for å få dårlig fysisk og psykiske helse, leve et passivt liv, ha dårlig kondisjon og være lite integrert på hjemsted, noe som gjør dem utsatt for overvekt, sosial isolasjon og ensomhet, dårlig fysisk og psykisk helse (1). Denne gruppen kan ha svak økonomi, er ofte fullt trygdet og har derfor ikke økonomiske midler til å betale for individuell oppfølging av coacher, eller tilpassede opptreningsopplegg, fra profesjonelle fagpersoner som ikke har avtale med det offentlige. Dette begrenser deres muligheter til selv å bekoste tilrettelagt opplæring, trening og langvarig oppfølging fra fagpersoner på hjemsted. De er avhengige av tegnspråktolker-ledsagere eller familie- og/eller venne-tolker og hjelpemidler for å delta i kommunikasjons- og forflytningssituasjoner, opplæring og veiledning, trening, fysiske aktiviteter, samt aktiv deltagelse i samfunnet (2). Det er få tiltak til denne gruppen på landsbasis, ikke alltid egnede tilbud eller lokale treningsentre der de bor, eller det mangler lokale fagpersoner som har kompetanse eller erfaring med å jobbe med denne type funksjonshemmede, eller vet hvordan behandling og trening må tilpasses. Det er derfor lite tilgang til ressurser som kan bistå med opplæring av treningsøvelser, egnede aktiviteter, bruk av teknologiske hjelpemidler, behandling og opptrening.

Personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet har ofte ikke ferdigheter eller god nok kunnskap når det gjelder fysiske treningsmetoder, treningsøvelser, styrketrening, bevegelse i ulendt terreng, eller om helsefremmende og sunt kosthold. Sansetapene gjør det tidkrevende for dem å kommunisere, tilegne seg kunnskap, lære nye ting, mestre aktiviteter, og å utvide sosialt nettverk. Denne gruppen trenger

derfor tilpasset opplæring og veiledning slik at de kan bli i stand til å bedre egen fysiske og psykiske helse, oppleve gode sosiale relasjoner, delta aktivt i samfunnet, i dagliglivet og i fritid. Dette vil kunne bedre deres helse, livskvalitet og motvirke sosial isolasjon. De har behov for økt kunnskap om ernæring, kosthold og trening for å kunne gå ned i vekt, og få bedre helse og kondisjon. Vekttap hos overvektige vil gjøre det lettere å trene og bidra til bedre kondisjon. De må starte opptrening med utgangspunkt i eget fysiske nivå og behov for vektnedgang, begynne med lav treningsintensitet, ha tilpasset progresjon samt individuell og langvarig oppfølging fordi det krever lang tid å mobilisere egne krefter for å klare og gjennomføre en livsstilsendring (2, 3).

Det mest alvorlige aspektet ved døvblindhet er sosial utestengelse (3), derfor er forebygging av sosial isolasjon viktig. Å treffe andre med samme funksjonsbegrensninger er viktig for å lære hvordan de kan tilpasse seg begrensninger som sansetapene medfører (4). Sosialt samvær med likesinnede, venner og andre kan gjøre at de opplever et fellesskap og føler seg mindre isolert. Denne gruppen har dårligere helserelatert livskvalitet enn likesinnede uten synshemming. Fysisk aktivitet og bedre sosialt nettverk er viktige faktorer for å bedre livskvaliteten (5). Det er behov for utvikling av tilrettelagte tilbud lokalt, gjennom samarbeid med kommunale tilbud, lokale fagfolk, frivillige ledsagere, organisasjoner og andre personer med nedsatt syns- og hørselshemming, for å øke sosial integrering og utvide sosialt nettverk (6). Tiltak for denne gruppen krever store ressurser i forbindelse med opplæring, trening, aktiviteter, samlinger og forflytning. Lokalforeninger i Den Norske Turistforening (DNT) skulle engasjeres for å bistå med å skaffe lokale sosiale kontakter eller treningsvenner på deltagerens hjemsted.

1.2 Hva som tidligere er gjort på området

Et dykk i forskningslitteraturen avdekket ikke studier spesifikt rettet mot å måle effekt av trening, kostholdsendringer og økt sosialt nettverk hos denne gruppen. Basert på et tidligere prosjekt i regi av Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemming (LSH/DB): «*Kom i gang med fysisk aktivitet for SH/DB*» (2016-2017), har det vist seg at døvblinde kan overkomme barrierer, har muligheter for vekst og utvikling og til å strekke seg etter nye mål for å bedre egen livskvalitet og kunne leve et sunt og aktivt liv. Opplæring og livsstilsendringer er ressurs- og tidkrevende, og krever mye lenger tid og ressurser enn det som var mulig innenfor dette prosjektets rammer. Resultatene fra det første prosjektet viste at de opplevde bedre (a) *fysisk helse* (kondisjon, styrke, utholdenhet, mestring

av fjelltur, bedre til å gå i ulendt terreng, og vektnedgang hos noen, (b) *mental helse* (bedre selvtillit, opplevelse av gruppetilhørighet, gjensidig støtte, overkommet barrierer og selvutvikling), (c) *kunnskap/kognitivt* (lært hva som skal til for å trene, delta i løp og gjennomføre idrettskonkurranser), (d) *stor tilfredshet* (måloppnåelse, mestringsfølelse, idrettsglede), og bedre (f) *sosial helse* (utvidet kontaktnett, nye venner, opplevd støtte fra andre, samt følelse av tilhørighet til en «storfamilie»). De manglet et apparat på hjemsted som kunne støtte opp og hjelpe dem med å få bedre helse og bli bedre integrert i lokalsamfunnet.

1.3 Prosjektets tema

Prosjektetemaet var av sekundærforebyggende art og skulle undersøke om personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet kunne ha nytte av ulike tiltak for å forebygge ytterligere funksjonstap, eller få bedre, fysisk, psykisk og sosialt velvære. Prosjektet var ment å undersøke om tiltakene ville føre til bedre folkehelse hos denne gruppen.

1.4 Spørsmål som ønsket besvart

- (1) Bedres fysisk kondisjon i løpet av prosjektperioden?
- (2) Økes kunnskap og ferdigheter relatert til bruk av alternative treningsmetoder, nye treningsaktiviteter og øvelser gjennom praktisk opplæring, undervisning og veiledning?
- (3) Skjer det en omlegging til sunnere kosthold ved hjelp av undervisning og veiledning om god ernæring?
- (4) Fører prosjektdeltagelsen til at de blir kjent med nye personer, får utvidet sosialt nettverk og blir bedre sosialt integrert i lokalsamfunnet?

1.5 Gjennomførte aktiviteter

Gjennomførte aktiviteter omfattet teoretisk og praktisk undervisning, fysisk opptrening, opplæring i nye øvelser, kondisjonstrening, ulike aktivitetsformer ute og innendørs, gå-/løpeturer, fjelltur, fire felles samlinger, og en egen samling for dem som skulle delta i Oslo Maraton. Profesjonelle fysioterapeuter, idrettsutøvere og ernæringsfysiolog, har undervist og deltatt i trening og treningsøvelser, opplæring i bruk av utdelte digitale hjelpemidler og hjulpet til med oppkobling av utstyret. Det har vært plenums diskusjoner, veiledning en-til-en eller i fellesskap, bruk av elektroniske hjelpemidler, utskifting av digitalt utstyr, samt tredemølltest for å måle kondisjon, vekt og løpetid på 1 km. Deltagerne drev med egentrening og kostendring på hjemsted mellom fellessamlingene. Kommunikasjon mellom partene utenom fellessamlingene foregikk ved epost-utvekslinger og/eller via digital plattform.

1.6 Prosjektets omfang og begrensninger

Prosjektet omfattet voksne personer med kombinert syns- og hørseltap/døvblindhet som opplever store utfordringer med hensyn til mobilitet, forflytnings- og kommunikasjonsvansker og lav sosial integrasjon. Under opplæring var det behov for digitale hjelpemidler, FM baserte taleforsterkere, tilpasset undervisning, bruk av profesjonelle tegnspråktolker-ledsagere og/eller familieledsagere som kunne bistå med tolking og ledsaging. Noen hadde behov for to tolker i løpet av døgnet. Prosjektet var tildelt midler for to år (2019-2021). Deltagergruppen kunne ikke være større enn at det ble tilstrekkelige muligheter for god individuell opplæring og oppfølging av hver enkelt deltager. Om det er for mange, blir deltagerne raskt utmattet og har ikke krefter til å få med seg det som skjer/sies, fordi det er så energikrevende å forholde seg til flere personer samtidig. Antall personer som var involvert i prosjektet, inkluderte prosjektleder, prosjektmedarbeidere, deltagere, tegnspråktolker-ledsagere, frivillige ledsagere, idrettsutøvere, ernæringsfysiolog og Yoga-instruktør, utgjorde til sammen nærmere 50 personer totalt. Prosjektet var begrenset til voksne personer med kombinert syns- og hørselshemming som frivillig ønsket å delta. Prosjektgjennomføringen krevde store ressurser som følge av deltagernes omfattende funksjons- og sansetap og hjelpebehov.

1.7 Problemformulering

Finnes det egnede metoder og tiltak som kan hjelpe og støtte personer med dobbelt sansetap til å leve et sunt og godt liv, få bedre psykisk og fysisk helse og bli bedre sosialt integrert i samfunnet?

1.8 Finansieringskilder

Stiftelsen Dam, Virkeområde HELSE, finansierte dette toårige prosjektet.

1.9 Opprinnelig prosjektplan

Første planleggingsmøte i prosjektgruppen fant sted 24.06.2019. Da ble den detaljerte prosjektplanen for hele prosjektperioden lagt, inklusiv fordeling av ansvarsområder og praktiske oppgaver, ansvar for innkjøp av nødvendig testutstyr, utsendelse av forespørsel om deltagelse, kontakt med NAV Tolketjeneste, Den Norske Turistforening (DNT), Moss Cykleklubb, Fokus Trening og deres Team Focus Trening i Moss, bestilling av hotellopphold og planlegging av programinnhold for hver samling, hvor ulike aktiviteter skulle foregå, bestilling av mat og undersøkelse av muligheter for deltagelse i en DYTT-kampanje som skulle starte

01.01.2020. Fire fellessamlinger ble planlagt, henholdsvis i Son Spa (06.-08.09.2019), Moss, Jeløy Radio (06.-08.2019), Norefjell (04.-09.2020) og Moss (03.-05.09.2021). I tillegg kommer Maraton-helgen i Oslo, 18.-20.2020. Imellom samlingene skulle deltagerne iverksette tiltak for å nå egne mål.

1.10 Fremdriftsplan og eventuelle endringer/avvik fra denne

Prosjektoppstart og første fellessamling skjedde i henhold til opprinnelig plan, men deler av prosjektet ble forsinket og skjøvet ut i tid på grunn av korona-pandemien og smittevernregler. Prosjektet skulle ha vært avsluttet 31.06.2021, men ble først avsluttet 31.12.2021.

2. Målsetting og målgruppe

Folkehelseperspektivet i prosjektet *'Kom i gang med et sunt og aktivt liv'* hadde et helhetlig perspektiv på helse, i samsvar med Verdens helseorganisasjon sitt syn på helse som fysisk, psykisk og sosialt velvære (7. april 1948). Et helhetlig perspektiv omfatter tre dimensjoner: (i) *fysisk velvære*: fysisk aktivt liv med sunt kosthold og vektnormalisering, (ii) *psykisk velvære*: mestringsfølelse, glede, gode opplevelser, livskvalitet og (iii) *sosialt velvære*: økt sosial deltagelse, utvidet sosialt nettverk, og fellesskapsfølelse med andre.

2.1 Formålet med prosjektet

Formålet var å undersøke om ulike metoder og tiltak kunne føre til at deltagerne kunne nå egne mål om bedre total helse, funksjonsnivå og økt sosial integrasjon. Planen var også å gjennomføre prosjektet innenfor prosjektperioden, i samsvar med målsetting og budsjett.

2.2 Prosjektets målsetting

Prosjektets målsetting var at deltagerne etter prosjektslutt skulle ha økt styrke, kondisjon og aktivitetsnivå, mestre nye trenings- og aktivitetsformer, ha økt kunnskap om sunn kost og ernæring, lagt om til sunnere livsstil og fått bedre fysisk og psykisk helse og være mer sosialt integrert i lokalsamfunnet.

2.3 Hovedmål, personlige mål og måloppnåelse hos deltagerne

Deltagerne satte personlige hovedmål og delmål basert på eget ståsted og hvilken utvikling de ønsket seg for å få bedre helse samt økt funksjons-, ferdighets- og kunnskapsnivå. Delmålene var relatert til (a) økt fysisk kondisjon, (b) vektreduksjon, (c) sunnere kosthold og (d) utvidet sosialt nettverk på hjemsted. Hovedmålet ved prosjektslutt var at

alle skulle ha lagt om til sunnere og mer helsefremmende livstil og oppleve bedre total helse.

Basismåling av kondisjon og data om den enkelte deltager ble utført på første fellessamling (Tabell 1). Delmål skulle oppnås ved å (a) trene regelmessig og tilegne seg mer kunnskap og nye ferdigheter knyttet til ulike treningsøvelser, (b) tilegne seg økt kunnskap om kosthold og ernæring, legge om til et sunnere kosthold og gå ned i vekt (for noen), og (c) delta i sosiale sammenkomster med likesinnede og nye personer de kan ha kontakt med etter prosjektslutt, (d) tenke mer positivt enn før, være stolte av sin nye livstil og ha en bedre hverdag. I tillegg skulle det opprettes samarbeid med ressurser i nærmiljøet (lokal treningskontakt, f.eks. fra idrettsklubb), eller lokale medlemmer av DNT, som kunne bistå deltagerne med omlegging til et sunnere og mer aktivt liv fordi livsstilsendring er en langvarig og krevende prosess som går over år (2).

2.4 Beskrivelse av målgruppen

2.4.1 Definisjon av døvblindhet

Den nordiske definisjonen av døvblindhet ble vedtatt juni 2016 på Nordisk lederforum, Eikholt, en enhet under Nasjonal Kompetansetjeneste for døvblinde, og lyder som følger: «*Døvblindhet er en kombinert syns- og hørselshemming av så alvorlig grad at de nedsatte sansene vanskelig kan kompensere for hverandre. Det gjør døvblindhet til en egen funksjonshemming*» (7).

Døvblindhet forekommer ved flere sykdommer/diagnoser, med ulike starttidspunkter og grader av syns- og hørselshemming (8). Begrepene 'døvblindhet' og 'kombinert sansetap' brukes noen ganger om hverandre (8). Dobbeltsansetap utgjør en distinkt type uførhet som i ulik grad begrenser aktiviteter og hindrer full samfunnsdeltagelse. Et så alvorlig sansetap rammer kommunikasjonsevnen, evne til å orientere og forflytte seg på egenhånd på en trygg måte, og muligheter for et aktivt sosialt liv.

2.4.2 Forekomst av døvblindhet

Døvblindhet er en heterogen tilstand som kan være genetisk/arvelig, medfødt, eller forårsaket av infeksjon, traume og for tidlig fødsel. Medfødt døvblindhet (blindhet og alvorlig hørselstap) er ekstremt sjelden. Cirka 1 av 10 000 nyfødte er rammet (9). Ifølge World Federation of the Deafblind (WFDB)(10) antas at global forekomst av døvblindhet er 0,2-2% (04.03.2022). Det er vanskelig å angi et eksakt tall fordi forekomsten varierer fra land til land, mellom befolknings- og aldersgrupper, type døvblindhet (11) og at gradsforskjellen på syns- og hørselstapene varierer

fra individ til individ (9). Døvblindhet er en alvorlig funksjonshemming, og i Norge regnes dövblindhet som en sjelden diagnose. Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKT DB) (04.03.2022) har registrert cirka 350 brukere med dövblindhet. Utredning av dövblindhet gjøres i regi av den nasjonale kompetansetjenesten (12).

2.4.3 Om dövblindhet

Kommunikasjon mellom mennesker er avhengig av syn og hørsel. Dette er to komplementære sanser som støtter hverandre. I omgivelser med støy, og det er vanskelig å høre, trengs visuelle ledetråder, slik som kroppsspråk og kroppsuttrykk som kan supplere forståelsen av det som blir sagt/høres. Når synet er dårlig, spiller hørselen en stor rolle når det gjelder å finne ut hvor lyden kommer fra, for å oppdage om det er en faresituasjon. Dette gjelder enten det foreligger alvorlig hørselstap og total blindhet, total dövhet med svekket syn og kombinert syns- og hørselssvekkelser. Fordi syn og hørsel samarbeider, betyr det i dette tilfellet, at én pluss én, tilsvarer tre. Selv om det er et kunstig skille, kan dövblindhet best forstås, dersom man snakker om enten medfødt eller ervervet dövblindhet. Barn med medfødt dövblindhet har svært ofte også tilleggsproblemer. De kan være mentalt tilbakestående eller ha cerebral parese. Et hoved-karakteristikum for medfødt dövblindhet er større eller mindre grad av kommunikasjonsvansker. Kommunikasjonstreningen er livslang og avhenger mye av taktilt tegnspråk (taktilt språk ved berøring) og informasjonstilførsel via de gjenværende sansene. De som har ervervet dövblindhet, har ikke vært totalt døvblinde fra fødselen av. Ervervet dövblindhet kan ha mange årsaker, og denne formen for dövblindhet rammer flere personer enn de som har en medfødt type. Ikke bare unge, men middelaldrende og eldre, kan ha alvorlig syns- og hørselshemming. Det er cirka 50 arvelige syndromer som forårsaker ervervet dövblindhet. De fleste er sjeldne, og noen av dem kan også ramme andre organer. Den hyppigste formen er Usher, som utgjør nærmere halvparten av dem som har ervervet dövblindhet. Usher syndrom er delt inn i tre hovedgrupper som er relatert til ulike gener. De viktigste symptomene ved Usher syndrom er sensorinevral hørselstap og en form for synsfeil som kalles retinitis pigmentosa (RP). Det medfører tap av nattsyn etterfulgt av blinde flekker som påvirker perifert syn (sidesynet), som etter hvert utvikler seg til tunnelsyn og utvikling av grønn stær (glaukom). Symptomene varierer avhengig av hvilken type Usher syndrom den enkelte har (9).

Personer med kombinert syns- og hørselshemming lærer seg over tid en rekke strategier de bruker i dagliglivet for å håndtere ulike oppgaver og

situasjoner. Mestringsstrategier som benyttes er: (a) de fortsetter å være aktive, (b) bruker hjelpemidler, (c) søker støtte når det trengs, (d) utveksler erfaringer og kunnskap, (e) setter pris på nåtiden (er til stede i nuet), (f) opprettholder et positivt bilde, og (g) lindrer emosjonell smerte, som består av to underdimensjoner: (i) løser eller forhindrer utfordringer og (ii) holder seg selv oppe – forstått som å være skipper på egen skute og vite hvordan «skuta skal styres» (tatt kontroll over eget liv) (13). De med Usher type II som er i yrkesalder, utvikler en rekke mestringsstrategier og fungerer som agenter i eget liv ved at de aktivt styrer livene sine (13).

2.4.4 Funksjonstap, kommunikasjonsvansker og sosial isolasjon

Det kombinerte sansetapet utgjør en distinkt funksjonshemming (14, 12) som fører til avhengighet av hvit stokk når synet forverres. Selv om døvblinde får opplæring i bruk av hjelpemidler, er det noen som har motforestillinger mot bruken av syns-, hørsels, eller mobilitetshjelpemidler (15). Den hvite stokken kan oppleves som et symbol på avhengighet og hjelpeløshet, som i seg selv kan være stigmatiserende. Da kan det være vanskelig å akseptere at man ikke klarer seg uten ulike former for støtte (2). I en slik fase, kan de ha behov for hjelp til å akseptere realitetene og ta i bruk hjelpemidler. Når de har akseptert det, og opplevd nytten av dem, blir hjelpemidlene verdsatt og brukt i hverdagen (15). Denne gruppen er avhengig av hørselshjelpemidler, cochlea implantater, punktskrift (braille), forstørrelsesglass, filterbriller, tilpasset lesemodus på pc, og tegnspråktolker-ledsagere for å få bedre tilgang til informasjon og kommunikasjon, og å kunne delta i sosialt liv og holde kontakt med andre (16). Det kombinerte sansetapet kan gjøre at de blir mer eller mindre avhengige av taktilsansen (7). Døvblinde har en «... *så alvorlig grad av kombinert syns- og hørselshemming at evnen til å ferdes ute og evnen til å kommunisere med andre på egen hånd eller ved hjelp av egnede hjelpemidler, er vesentlig innskrenket*» (17). Funksjonstapene reduserer deres sosiale liv, tilgang til informasjon, kommunikasjon med andre, evne til å orientere seg der de er og dermed evnen til å bevege seg fritt omkring på en god måte. Kombinert syns- og hørselstap medfører redusert evne til å utføre daglige aktiviteter, samt avhengighet av andre mennesker (18, 19, 20, 21). Dersom den ene forelderen/ektefellen/partneren er døvblind, kan kommunikasjonen med friske familiemedlemmer og andre friske utenfor familien, bli utfordrende. I tillegg må den friske forelder/parner/ektefelle påta seg flere oppgaver og større ansvar for familiens gjøren og laden enn den funksjonshemmede er i stand til (22).

De store kommunikasjonsvanskene (9, 18, 19) begrenser deres muligheter til å delta i aktiviteter i ulik grad og hindrer dem i å delta fullt ut i samfunnet (14, 23, 24). Det gjør at de har «...*ekstreme vanskeligheter med hensyn til utdanning, opplæring, arbeidsliv, sosialt liv, kulturelle aktiviteter og informasjon*» (17). Konsekvensene blir at de ikke/eller i liten grad har tilgang til informasjon, kommunikasjon, relasjoner til andre, mobilitet, utdanning, produktivitet (yrkesdeltagelse), rekreasjons- og fritidsaktiviteter, muligheter for å drive med aktiviteter eller delta fullt ut i samfunnet, noe som fører til at sentrale dimensjoner ved livsutfoldelsen blir sterkt begrenset og øker risikoen for sosial isolasjon (19, 20, 21).

2.4.5 Risiko for utvikling av sekundære helseproblemer

Språk- og kommunikasjonsbarrierer, manglende tilgang på informasjon og sosial deltagelse kan bidra til en rekke helserelaterte følgetilstander (25). På grunn av mobilitetsvansker (18, 19, 20, 21), vansker med å utføre huslige oppgaver (18, 19, 20), mangel på gode sosiale relasjoner til formelle nettverk (kommunen etc.), jobb, familie, venner (4), samt lav sosial deltagelse, økes risikoen for sosial isolasjon, kognitiv svekkelse, ensomhet, overvekt, dårlig fysisk og psykisk helse, f.eks. depresjon og psykose. Hos barn kan man se utviklingstilstander og psykiske plager (3, 25, 26). Dette gjør denne gruppen til en av de mest sårbare (27).

Deres helseproblemer er vesentlig større enn man ser ved hodepine, utmattelse, depresjon, selvmordstanker og selvmordsforsøk (28). Noen kan ha et pessimistisk syn på fremtiden (19, 20), og mange kan føle seg deprimerte som følge av frykt for fremtiden, problemer med å delta i aktiviteter, vansker med kommunikasjon og konflikter innad i familien (29). Imidlertid har majoriteten et positivt syn på fremtiden og funnet mening i den hverdagen de har. Førtiseks prosent opplever at de har god eller meget god helse (18).

Døve har dårligere helse enn befolkningen, og deres manglende muligheter til fysisk aktivitet øker risikoen for overvekt og fedme. Det er høy forekomst av overvekt blant døve, særlig hos dem over 65 år (26, 3, 30, 1). Et stillesittende liv gir økt risiko for Type 2 diabetes og blodsukkerverdier på pre-diabetisk eller diabetisk nivå, noe som forekommer hos cirka 10%. En studie viste at blant dem som hadde for høy blodsukkerverdi, var det 77 % som ikke visste om det selv (30). I tillegg visste 37 % av døve heller ikke at de hadde for høyt blodtrykk. Kun 42 % av dem som hadde påvist for høyt blodsukkernivå, hadde blitt

medisinsk behandlet. Døve rapporterer oftere depresjon (31 % hos kvinner, 14 % hos menn) enn friske, og nesten 50 % har høy risiko for utvikling av alvorlig følgesykdom. Døve synes å være en gruppe som er underdiagnostisert, ubehandlet og ubemidlet. De står i fare for å utvikle følgesykdommer som kan forebygges (1).

2.4.6 Hva som må til for at denne gruppen kan delta i sosialt liv

Gruppen har selv foreslått flere tiltak og mener at det er mulig å gjøre forbedringer på flere viktige livsområder slik at de kan bli bedre sosialt integrert i samfunnet, få bedre tilgang til informasjon, kommunikasjon, bedre mobilitet, relasjoner, utdanning, produktivitet og fritidsaktiviteter. For å få til dette, trengs spesifikke rehabiliteringstjenester og hjelpemidler (hørselshjelpemidler, cochlea implantat, oppdaterbar leselesist, forstørrelsesglass m.m.) som kan bedre tilgangen til informasjon, slik at de kan gjøres i stand til å kommunisere bedre og delta mer i sosiale interaksjoner (16). Det er viktig å tenke på personvern dersom man har behov for skrivetolking ved bruk av digital plattform til undervisning, opplæring eller kommunikasjon. I slike tilfeller er det arrangørene av webinarer, digital undervisning eller veiledning etc., på de ulike plattformene, som er ansvarlige for personvernet (31).

Tolketilgang er avgjørende for døve, døvblinde og syns- og hørselshemmedes muligheter for å overkomme språkbarrierer, kommunisere med andre eller delta i sosialt liv, gjennom tolking, ledsaging og beskrivelse av omgivelsene (14). Det er tolketjenesten som har ansvar for å utføre tolkeoppdrag og formidle kommunikasjon mellom døvblinde, hørselshemmede og døve, og mellom friske og personer med sansetap. Tolking kreves i situasjoner der det foreligger en språkbarriere som gjør det vanskelig å kommunisere med hverandre (32). Tilgang til tolketjenester anses som en demokratisk rettighet (33). I 1981 ble retten til tolking lovfestet, mens retten til tolk og ledsagerhjelp ble lovfestet i 1986 (34). I Norge finnes et nasjonalt register over offentlig godkjente tolker (35), og Tolkeforbundet har egne yrkesetiske retningslinjer som skal følges ved alle tolkeoppdrag (36). På tross av at tilgang tolk er en lovpålagt lovbestemt rettighet (34), og at tegnspråk er et offisielt norsk språk (23, 34), var tolketilgangen for prosjektdeltagerne utilstrekkelig, og noe som samsvarer med den store mangelen på autoriserte tolker i Norge (37, 38). Tolkemangel har oppstått på tross av at det allerede i 2008 ble varslet om at kapasitetsgrensen for utdanning av tolker var nådd, og at behovet for tolker ville å øke i fremtiden (14, 39).

2.4.7 Rask trettbarhet og energitap ved anstrengelser

Synstapet gjør at personer med kombinert sansetap må konsentrere seg mye mer enn friske for å håndtere hverdagen (2). Jo vanskeligere det er å oppfatte det som sies, jo mer spennes musklene. Energien tappes fort når de konsentrerer seg intenst, noe som fører til muskelspenninger og dårlig pustemønster. På sikt fører dette til stivhet, smerte og dårlig balanse (40). Det er mange situasjoner i dagliglivet, eller ved spesielle anledninger, som er anstrengende, energikrevende, trettende og gjør dem slitne (2, 40, 41). Personer med dobbelt sansetap opplever en større belastning enn om de bare hadde hatt enten synssvekkelse eller hørselshemming alene. Ved hørseltap må de konsentrere seg veldig for å fange opp det som blir sagt. Dersom det er støyende omgivelser, kan de måtte ty til kropps- eller munnnavlesning, eller etter beste evne forsøke å gjette hva som blir sagt. Jo mer de strever med å oppfatte det som blir sagt, jo mer spenner de muskler og puster overfladisk (40). Jo flere som er til stede, jo raskere blir de tappet for energi, og det blir vanskeligere å få med seg det som sies eller foregår (2).

Situasjoner som utløser energitap, slitenhet og utmattelse

- Å både se og høre dårlig (dobbelt sansetap)
- Kommunikasjon med andre mennesker, særlig hvis det er 3-4 personer eller flere til stede samtidig
- Sosialt samvær der flere er til stede og det er mye støy
- Tap av emosjonell energi skjer ved emosjonelle utfordringer som:
 - Sorg, sinne, frustrasjon, stress og ensomhet og sosial isolasjon
 - Selvtilliten rammes når man ikke lenger kan opprettholde funksjonsnivået
 - Ved tiltak for å begrense synligheten av (eller skjule) funksjonshemmingen som ledd i å unngå å bli stigmatisert som hjelpetrengende
 - Ved forsøk på å opprettholde fasaden utad for å unngå stigmatisering
 - Når man ikke kan stole på sansene sine
 - Ved anstrengelser for å opprettholde funksjonsnivået
 - Når man i stadig større grad må intensivere kreftene for ikke å slippe taket i sosialt liv

Konsekvenser av slitenhet

- Føles som en mental utmattelse

- Kan føles som fysisk smerte
- Det oppstår det lett misforståelser og mye annet «surr»
- Døvblindhet får store konsekvenser for hva og hvor mye man kan delta på
- Sansetapene gjør det vanskelig å ta initiativ til kontakt og å opprettholde tidligere etablerte relasjoner

Mestring av slitenhet, energitap og utmattelse

- Holde seg i ro noen dager for å lade batteriene
- Hvile, sørge for å være uthvilt – da er det mulig å bruke synet, kompensere og å følge bedre med på hva som sies og/eller skjer i omgivelsene
- Ta jevnlig pauser for å redusere utmattelsen som kommer etterpå
- Prioritering av hva, eller hvilke, situasjoner energien skal brukes på
- Er betingelsene krevende, velges sosiale sammenhenger bort

På tross av situasjonen, og sorgen over tapte funksjoner, har de et ønske om å komme seg videre. For omgivelsenes skyld tar de seg sammen, selv om de i perioder kan føle seg deprimert. Å komme seg videre innebærer endringer i livsstil, ofte fra en passiv og kanskje stillesittende, til en sunnere og en mer aktiv livsstil. Endring av livsstil er i realiteten et indre, langvarig og anstrengende arbeid som går over ulike faser, og som både er en fysisk og psykisk energikrevende prosess som kan ta veldig lang tid (2).

2.4.8 Mangel på stimulering av sansene

De ekstreme kommunikasjonsvanskene som følger av dobbelt sansetap (9), fører til *“fravær av initiativ til kontakt, utforskning, sosial samhandling og sosial kommunikasjon selv under tilrettelagte betingelser»* (s.7)(42). Dette kan føre til utfordringer knyttet til sosialt samspill og deltagelse (25), kommunikasjon, enhver type informasjon, fri bevegelse, samt orientering i rom (12). Denne gruppen er avhengig av hjelp, og dersom nødvendig hjelp ikke er lett tilgjengelig, øker risikoen for hjemmesitting, passivitet, vansker med å komme i gang med aktiviteter eller ta initiativ til andre helsefremmende tiltak. For liten stimulering av kroppens ulike sanser, fører til såkalt sansedeprivasjon (9).

2.4.7 Dårlig balanse

De fem mest kjente sansene er syn, hørsel, luktesans, smaksans og følesans. Balansesansen kommer i tillegg til disse (43). Balansesansen avhenger av nervesignaler fra tre systemer: (a) øyne, (b) ben og torso (dvs. kropp uten hode) og (c) balanseorganer i indre øre. Til sammen

utgjør dette det vestibulære system. Hvis noe går galt i dette systemet, dvs. i kroppens balanseorgan, fører det til dårlig balanse og vansker med å opprettholde kroppens likevekt. Symptomer på dårlig balanse er svimmelhet, kvalme, hodepine, synsvansker og ustøhet. Rundt 30% av døve kan ha balanseproblemer. Ved døvblindhet, inklusiv Usher syndrom Type 1, er det ikke uvanlig at det forekommer balanseproblemer (40). Det finnes imidlertid øvelser og rehabiliteringsprogrammer som kan bedre balansen (44, 45). Dersom de tidlig merker at de har balanseproblemer og nedsatt mørkesyn, lærer de seg etter hvert mestringsstrategier for å håndtere dette i daglivet. Eksempler er at de unngår å gå hjem etter at det har begynt å bli mørkt, slutter å kjøre moped eller sykle, og avstår fra situasjoner de opplever som utrygge eller vanskelige (40).

2.4.8 Barrierer for fysisk utfoldelse

Personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet har rett til fysisk aktivitet på lik linje med funksjonsfriske. Selv om de ikke alltid kan drive med samme type aktivitet som friske, kan de delta i fysiske aktiviteter og idretter som er tilrettelagt for ulike funksjonstap, jfr. para-idretten. På lik linje med friske, trenger også denne gruppen mål å strekke seg mot og kjenne på gleden av utvikling, nå egne mål og realisere eget potensial. Det finnes mange barrierer som kan hindre denne gruppens muligheter for opplæring og deltagelse i fysiske aktiviteter (46, 47). En rekke eksempler på barrierer er presentert nedenfor.

Relatert til lærere

Lærere mangler kunnskap, ferdigheter og opplæring i hvordan fysisk aktivitet kan organiseres og tilrettelegges, og de kan være uvitende om hvilket potensial syns- og hørselshemmede/døvblinde har til å drive fysisk aktivitet.

Læreplanen for fysisk aktivitet

Synshemmede kan ikke delta selvstendig i aktiviteter som basketball, fotball, fotball, hockey, volleyball, tennis og badminton, i et tradisjonelt skoleformat, aktiviteter som er vanlig i gymtimer på skolen.

Farten på undervisningen

Tempoet i instruksjon eller veiledning i generell kroppsøving kan være for høyt. Lærere kan ubevisst undervise i et tempo som bidrar til læring hos seende elever, men ikke for elever med syns- og hørselshemming. De synshemmede elevene trenger spesifikke forklaringer, demonstrasjoner, fysiske veiledninger og tilbakemeldinger vedrørende ferdigheter eller aktivitetsutførelse. Innen de forstår og klarer å utføre de nødvendige

kroppsbevegelsene for å kunne f.eks. lære seg å svømme, kan resten av klassen allerede ha gått videre til opplæring av en annen aktivitet.

Fare for overbeskyttelse og/eller for lave forventninger

Lærere kan anta at elever med synshemming ikke er i stand til å utføre forskjellige motoriske oppgaver, og at de derfor kan utgjøre en fare for sikkerheten til dem selv eller andre i klassen. Dermed vil døvblinde ikke få samme mulighet til opplæring som sine seende jevnaldrende. Lærere bør føle seg trygge på at elever med synshemming er like godt i stand til å utføre motoriske oppgaver som sine seende jevnaldrende. De bør derfor gis samme muligheter for involvering i aktiviteter.

Barrierer relatert til elever/studentene

Overbeskyttelse

- Foreldres overbeskyttelse kan bidra til manglende involvering i fysisk aktivitet og kroppsøving hos elever med synshemming. Det er forståelig at foreldre ønsker å sikre barnets sikkerhet for enhver pris, men de kan dermed begrense barnets evne til å samhandle fritt med miljøet eller jevnaldrende.

For lave forventninger/undervurdering av hva barnet kan klare

- Foreldre kan anta at barnet deres ikke er i stand til å utføre ulike motoriske oppgaver på grunn av synshemming og kan be om at barnet blir fritatt fra kroppsøving.

Mangel på muligheter

Muligheter og ressurser for fysisk aktivitet kan være begrenset. I de første årene kan det for eksempel hende at synshemmede barn ikke har mulighet til å samhandle med omgivelsene sine og lære grunnleggende motoriske ferdigheter som klatring, hopping eller grunnleggende objekt-kontroll ferdigheter som sprett, kast eller slag. Tidlig mangel på muligheter for fysiske aktiviteter, påvirker senere engasjement i typiske aldersrelaterte aktiviteter som gymnastikk, fotball og lagidrett.

Mangel på selvtillit

Manglende muligheter kan føre til at disse elevene mangler selvtillit og er redde for å delta i typiske fysiske aktiviteter. De som avstår fra deltagelse i fysiske aktiviteter, gjør det fordi de har lavt ferdighetsnivå, er redde for å bli latterliggjort, at laget deres taper på grunn av dem, eller at de er redde for å skade seg selv eller andre.

Administrative barrierer

Disse barrierene handler om forhold som påvirker vurderinger om synshemmede elever skal delta i kroppsøving eller ikke. De handler om tid, utstyr, mangel på tilrettelagt kroppsøving og generelle medisinske grunner fra leger som fritar eleven fra deltagelse i fysiske aktiviteter uten at det oppgis en god nok medisinsk forklaring.

Tidsaspektet

Mange synshemmede barn har full timeplan med punktskriftopplæring, orienterings-, ergo- eller fysioterapi, noe som kan gjøre det vanskelig å finne tid til kroppsøving. En full timeplan kan utilsiktet frarøve disse elevene muligheten til å delta i kroppsøving. En slik praksis er uakseptabel. Kroppsøving er en lovpålagt tjeneste ifølge regelverket om spesialundervisning i USA og også en del av den norske opplæringsplanen. Aktiviteter som orientering, mobilitet og fysio- og ergoterapi kan supplere studentens daglige motoriske program, men erstatter ikke kroppsøving. Elever med synshemming må ha kroppsøving i like stor grad som sine jevnaldrende.

Mangel på egnet/tilpasset utstyr

Noen kan ha nytte av pipeballer og mål, bjelleballer, større og lysere utstyr, det vil si utstyr som kan være kostbart og uoverkommelig innenfor et stramt skolebudsjett.

Generelle medisinsk fritaksgrunner

Leger kan komme med generelle og uspesifiserte grunner for at eleven/studenten skal ha til fritak fra kroppsøving. Øyeleger kan forby studenten å engasjere seg i kroppsøving eller fysiske aktiviteter. For eksempel kan netthinneløsning, grønn stær (glaukom) eller andre synstilstander, ofte føre til at leger, foreldre og skoleledere er redde, dermed begrenses elevens deltakelse i kroppsøving. Generelle medisinske grunner kan frata elever muligheten til å delta i samme eller tilsvarende aktiviteter som jevnaldrende, noe som kan hemme livskvaliteten for disse barna. Disse grunnene kan være unødvendige fordi kroppsøvingslærere for barn og unge med syns- og hørselshemming har erfaring og konsultert leger, lærere, administratorer og foreldre for å utvikle et trygt, vellykket og tilpasset program for å møte de unike behovene til den enkelte elev (46).

2.5 Nytte av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er definert som bevegelser av kroppen som fører til bruk av energi på et høyere nivå enn i kroppens hvilemodus (48). Deltagelse i kroppsøving gir livslang helsegevinst og søken etter livslange rekreasjons- og sportsaktiviteter. Deltagelse i fysiske aktiviteter bidrar til redusert risiko for hjertesykdom, diabetes, høyt blodtrykk og kolesterol. Den sosiale og psykologiske nytten av fysisk aktivitet er enorm. Forskning viser at personer som er involvert i daglig trening rapporterer om bedre evne til å sove, bedre selvtillit, økt utholdenhet og redusert stressnivå. Dette er egenskaper som fører til at de som trener regelmessig, har en bedre holdning til livet. Når elever er involvert i daglig fysisk aktivitet, kan det bidra til å dempe upassende atferd, noe som kan være til hjelp for elever som driver med selvskading eller selvdestruktiv atferd. Personer med syns- og hørselshemming/døvblinde gis ikke samme muligheter til å delta i regelmessig fysisk aktivitet og oppnår derfor ikke de samme psykologiske, sosiale og fysiske fordelene som sine seende jevnaldrende (46, 47). Trening og fysisk aktivitet kan bidra til å redusere angst og depresjon (49) og bedre livskvaliteten (5). Fysisk aktivitet kan være både forebyggende og/eller brukes som behandling (50).

Både psykologisk og sosialt, synes stillesittende personer å ha negativ affekt (depressivt sinn, ubehagelige følelser, grubling og engstelse), angst, depresjon, lav selvtillit og dårlig mestringsevne. Fysisk sett, har blinde og døvblinde høyere kroppsfett og dårligere fysisk kondisjon, dårlig fysisk funksjon og utholdenhet, lavere muskelstyrke, og muskelutholdenhet enn friske likesinnede. Blinde studenter er mindre flinke til aktiviteter som å kaste, fange, balansere, slå og har dårligere kropps- og romlig bevissthet. Dårlig fysisk og motorisk kondisjon er spesielt alarmerende fordi døvblinde forbruker mer energi enn seende individer ved nesten alle former for aktivitet i dagliglivet (46). Dagliglivets aktiviteter krever ekstra oppmerksomhet til retninger, sikkerhet og plassering av hverdagsobjekter, og da trengs mer styrke, bedre balanse og koordinasjon. Synshemmede forbruker vesentlig mye mer energi når de går eller løper, enn funksjonsfriske. Ved synshemming kreves høyere metabolsk energibruk, (dvs. at det forbrukes mer energi enn hos friske) til å utføre de fleste motoriske oppgaver på grunn av økt spenning og stress som oppstår ved manglende visuell tilbakemelding. De har samme potensial for å utvikle motoriske ferdigheter og kondisjon som sine jevnaldrende, men mangel på muligheter, begrensede forventninger og mangel på trening fører til utviklingsforsinkelser og redusert kondisjonsnivå. Det er viktig å oppmuntre blinde/døvblinde til å delta i fysisk

aktivitet. De fysiske, sosiale og psykologiske fordelene ved fysisk aktivitet øker sannsynligheten for uavhengighet og forbedrer livskvaliteten (46).

2.6 Behov for informasjon og trygghet

Å leve med døvblindhet under COVID-19 pandemien er en situasjon ingen tidligere har opplevd. Situasjonen har vært særlig utfordrende for personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet. Som følge av alvorlig sansetap, ble det svært utfordrende å følge med på den store strømmen av nyheter og endringer i smittevernregler. For å undersøke hvilke temaer som var utfordrende for denne gruppen, bestemte en forskergruppe seg for å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser døvblinde hadde med å leve med sterke snittevertiltak under pandemien og den sosiale isolasjonen dette medførte. Ved hjelp av digital plattform ble det arrangert et nettmøte for en gruppe satt sammen av døvblinde, helsepersonell, profesjonelle helsetjenesteytere og forskere (51). Resultatene viste at døvblinde var opptatt av en rekke temaer, slik som vansker med tilgang til informasjon, kommunikasjon med andre, tilgang til helsetjenester, endringer i tjenestetilbud, tilpasning til nye rutiner for levering av helsetjenester, opplevelse av utrygghet når de skulle lete etter troverdig informasjon på internett, generell usikkerhet, hvordan man skal bruke smittevernutstyr, f.eks. bruk av hansker ved taktilt tegnspråk, behov for å desinfisere hjelpemidler som brukes av flere personer, holde fysisk avstand til andre og bruk av ansiktsmaske under tolking. Noen kom opp med ideen om å sette inn et 'plastvindu' i masken, slik at det ble mulig å kommunisere med personer som er avhengige av tale og leppelesing. Andre temaer var ensomhet og siste nytt om forskning på COVID-19. Forskningsdeltagerne opplevde at nettmøtet hadde ført til flere positive effekter: (i) avhjulpet utrygghet, (ii) ført til opplevelse av gruppefelleskap, (iii) bedret kommunikasjonen mellom profesjonelle, tjenesteytere og døvblinde, (iv) partene ble bedre knyttet sammen, (v) at det ble enklere å få tilgang til informasjon og tjenester, (vi) ga mulighet for å diskutere temaer som mental helse og forskning, (vii) få råd om nettsikkerhet og sikre nettkilder for informasjon om pandemien, og (viii) opplevd likepersonstøtte fra andre døvblinde deltagere. Nettmøtet skapte følelse av håp om videre samarbeid og bedre tilgang til informasjon. Bruk av digitalt nettmøte gjorde det mulig å ivareta døvblindes behov og samtidig holde sosial distanse av smittevernhensyn. Forskerne hevder at døvblinde er den gruppen som har vært hardest rammet under pandemien fordi den i stor grad har begrenset deres deltagelse i samfunnet og kommunikasjon med andre (51).

Prosjektet «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*» og deltagerne ble berørt av korona-pandemien flere måter. Den sosiale isolasjonen økte under pandemien for prosjektdeltagerne fordi sosialt samvær med andre ble begrenset, og utvidelse av lokalt nettverk viste seg umulig å få til. Enkelte planer måtte fravikes, og prosjektperioden ble forlenget. Prosjektdeltagerne fikk ikke så hyppig og tett støtte som de hadde trengt mens de jobbet med livsstilsendringer og å nå egne mål på egenhånd. Noen var redde for å delta på fellessamlinger som følge av smittefare. Behovet for informasjon, kontakt med helsepersonell, trenere, instruktører og prosjektgruppede medlemmer, ble forsøkt dekket ved å bruke kommunikasjonskanaler som epost og nettmøter. Det gjorde det mulig å opprettholde kontakt med prosjektdeltagere, undervise og veilede, og svare på spørsmål, men de fikk ikke samme nære kontakt som under fellessamlingene og fellestreningene. Deltagerne rapporterte at de hadde hatt nytte av nettbasert opplæring/instruksjon og kommunikasjon når det ikke var mulig å møtes fysisk. Funnene i dette avsluttede prosjektet, «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*», samsvarer med funnene i COVID-19 studien (51).

2.7 Hjelpebehov

Denne gruppen har store begrensninger i forhold til aktivitetsutfoldelse og samfunnsdeltagelse. Når funksjonshemmingen er så omfattende, må samfunnet ta ansvar for å tilby denne gruppen tilpassede helse- og sosialtjenester, og andre tilbud, samt foreta tilpasninger i omgivelsene og sørge for at de får teknologiske hjelpemidler, tilrettelagt undervisning og rett til ledsaging og transport, slik at de kan ta ut sitt fulle potensial (52). Alle skal ha tilgang på informasjon slik at de kan delta i sosialt liv. Det er også behov for støtte for å kunne gjøre dagliglivet enklere, ved tilrettelegging av fysiske forhold, tilpasset utstyr, samt tilgang til teknologiske hjelpemidler og opplæring i bruk. For å kompensere for sansetapene, blir berøringssansen (taktil-sansen) viktig, derfor trengs tegnspråktolker som taktilt kan gi beskrivelser av omgivelser, stemning i rommet og ledsaging. Det er samfunnets oppgave å tilrettelegge egnede tiltak, men ved opprettelse av tiltak og tiltaksplaner, må begge parter være aktivt involvert. For at tiltak skal bli vellykkede, kreves samarbeid mellom kompetente kommunikasjonspartnere, dvs. tilgang til profesjonelle tegnspråktolker-ledsagere og dem som lever med syns- og hørselshemming/døvblindhet for å sikre brukermedvirkning. Det er helt vitalt at tjenester for personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet, har en interdisiplinær tilnærming, det vil si at ulike fagpersoner samarbeider for å nå et felles mål og blir enige om tiltak som kan bedre

helse, funksjonsnivå, samt fysisk, psykisk og sosialt velvære hos den funksjonshemmede. Dette kan optimalisere mulighetene for at den enkelte kan få økt funksjonsnivå, bli mer sosial integrert, deltar mer i samfunnet, får bedre helse og livskvalitet, og gis reelle muligheter for å ta ut sitt fulle potensial og samtidig forebygge forverring av helse og funksjonsnivå.

Mange ønsker å trene, men kan mangle kunnskap om hvordan de kan være fysisk aktive, trene og/eller om kosthold/ernæring som kan hjelpe dem til å leve et sunnere og mer aktivt liv. Det er derfor behov for tilretteleggelse av sosiale og fysiske miljøer, tilpasset opplæring i bruk av hjelpemidler, inklusive teknologiske hjelpemidler, treningsutstyr og treningsmetoder, samt sosiale møteplasser. Til fysiske aktiviteter, treninger og konkurransedeltagelser kreves tegnspråktolker, tolker eller ledsagere som er i stand til slike anstrengelser, men ikke ved undervisning, opplæring og sosiale sammenhenger (12, 52). Det er behov for å utvikle tilpassede rehabiliteringstjenester, eller opplæringsprogrammer og teknologiske hjelpemidler, gjennom et samarbeid mellom personer som er eksperter på å leve med sansetap og fagpersoner i interdisiplinære team (8, 53, 54). Forskjeller i funksjonsevne kan skyldes både personlige og miljømessige faktorer (54).

Helsetjenesteytere kan bringe inn ulike og viktige perspektiver når det gjelder å lage tilpassede rehabiliteringsprogrammer, basert på profesjonsbaserte erfaringer. Men ved planlegging av opplærings- eller treningsprogrammer, må representanter for brukergruppen delta for å sikre at opplæring og gjennomføring av kurs, utdanning og treningsopplegg er godt nok tilpasset til gruppen og dens behov. I tillegg må helsetjenestens planlagte opplæringspakker og kursprogrammer være forskningsbasert, slik at man kjenner til effektene av ulike tiltak (15).

3. Prosjektgjennomføring/ Metode

3.1 Elementer i prosjektplanen

Prosjektmedarbeiderne utarbeidet en detaljert plan for hele prosjektet i juni 2019. Den inneholdt elementer som teoretiske opplæringstiltak, fysiske tester, treningsprogram, opplæring i nye treningsøvelser, ferdighetstrening, hvilke data som skulle måles, fysiske aktiviteter, sosiale samvær, fellessamlinger, hvordan kognitive ressurser kan stimuleres gjennom diskusjoner, gruppearbeid og være ute i naturen. Evaluering ble gjort underveis og ved prosjektslutt.

3.2 Metode

3.2.1 Rekruttering og utvalg av deltagere

Rekruttering av deltagere startet etter at Stiftelsen Dam den 15. juni 2019 hadde bevilget midler til å gjennomføre prosjektet. Dette ble gjort ved nasjonal utsendelse av forespørsel om prosjektdeltagelse ved hjelp av epost-utsendelse til Foreningen Norges Døvblinde (FNDB), regionsentrene for døvblinde, Landsforbundet for syns- og hørselshemmede (LSHDB) og epostliste over kjente døvblinde. Samtidig ble det lagt ut informasjon om prosjektet på sosiale medier. Dette ble gjort for å sikre rekruttering fra hele landet. Fjorten personer ønsket å delta, men på grunn av kapasitetsproblemer, måtte tre settes på venteliste.

3.2.2 Kartlegging av deltagernes funksjonsnivå og bruk av hjelpemidler

Utvalget bestod av totalt 11 prosjektdeltagere, hvorav åtte voksne kvinner og tre menn, i aldersgruppen 30 -73 år. Fire var fullt trygdet, tre var halvt uføretrygdet/jobbet deltid, og fire var pensjonister. Det var relativt høy alder på deltagerne, som kom fra Oslo, Viken, Rogaland, Sunnmøre og Trøndelag. Alle bodde i eget hjem. Graden av syns- og hørselshemming varierte mellom dem. Enkelte var helt døvblinde og trengte hjelp med å forflytte seg fra sted til sted og hadde behov for tegnspråktolk. Noen kunne bevege seg alene dersom de var på godt kjente steder, med eller uten blindestokk, mens andre trengte støtte fra én ledsager/tolk for å bevege seg på hjemstedet. Én trengte to ledsagere eller tegnspråktolker samtidig for å forflytte seg fra sted til sted, mens andre kunne gå selvstendig ved hjelp av hjelpemiddel (blindestokk), eller hadde behov for å bli ledsaget av tegnspråktolk-ledsager, familie-medlemmer eller venner. Syv var svaksynte og trengte tilpassede løsninger på dataskjerm, bruk av blindelist (braille), skriftstørrelse, kontraster, store bokstaver, stort mellomrom mellom ord samt filterbriller som kunne skjerme mot lys. Enkelte brukte høreapparat, noen var helt døve, andre brukte teleslynge og FM forsterkerutstyr for å kunne oppfatte det som blir kommunisert. Alle behersket tegnspråk og hadde behov for å bli ledsaget på ulike måter og i ulikt omfang. Én var helt avhengig av taktil kommunikasjon. Færre enn halvparten hadde norsk tegnspråk som første språk, mens resterende hadde norsk tale som første språk.

3.2.3 Måleutstyr og metoder til å registrere endringer i kondisjon og vekt

Tildelt utstyr: ski/turdress, U-GO hesteskoformet ledsagerbøyle, Garmin pulsklokke (pulsfrekvensmåler) og aktivitetsmåler (skritteller).

Pulsklokke ble brukt til å registrere pulsfrekvens fortløpende, enten de holdt på med store eller små aktiviteter, eller når de var passive.

Skritteller ble innstilt for hver deltager og koblet opp mot mobiltelefonen. Det ble gitt individuell opplæring i bruk av utstyr og hvordan de skulle registrere antall skritt i DYTT-appen for at alt skulle fungere i praksis.

Annen tildelt ressurs: Deltagerne fikk dekket kostnadene for tilgang til DYTT-appen og deltagelse i aktivitetskampanjer (55). Appen er et digitalt hjelpemiddel der man kan registrere basisverdier og melde seg på digitale turer/aktivitetskampanjer. Det gjør det enkelt å få oversikt over egne skritt og å motivere seg til å nå egne aktivitetsmål. Hensikten med bruken av teknologiske hjelpemidler var at deltagerne kunne konkurrere med seg selv når de deltok på virtuelle gåturer til forskjellige fjelltopper.

Måletidspunkt for basisverdier

Oppstart 06.-08. september 2019, i Son.

Måling av basisverdier og potensielle endringer underveis

Måling ved oppstart inkluderte vekt, høyde, midje, BMI, fettprosent, forbrenning i hvile, muskelmasse, bukfett, laktatnivåer og løpetid på 1 km. Deltagerne skulle selv rapportere måledata som vekt og løpetid hver måned til prosjektmedarbeider som skulle legge dataen inn i Excel-ark og vurdere resultateffekt med hensyn til vekttap og bedre kondisjon.

3.2.4 Undervisning, felles og individuell veiledning og instruksjon

Opplæring foregikk ved bruk av følgende metoder:

- Forelesninger om effekter av økt kondisjon og sunnere kosthold for å motivere til innsats med å endre livsstil
- Undervisning og veiledning i kosthold og ernæring
- Bruk av digitalt utstyr som kunne motivere til trening
- Deltagelse i aktivitetskampanjer og guidet tur
- Undervisning i bruk av digitalt utstyr til å registrere måledata
- Instruksjon og veiledning under treningsøvelser og Yoga-trening

3.2.5 Fysiske og andre aktiviteter for å bedre egen total helse

Dette inkluderte ute- og inne-trening, på treningscenter, trening på mølle, styrketrening, gå tur, gå i fjellet, løpe/jogge, trene på å bevege seg i ulendt terreng, oppover og nedover. Å være ute i naturen stimulerer balanse- og andre sanser, i tillegg til at det fører til bedre kondisjon, styrke, og fysisk og psykisk velvære. Yoga-trening ble inkludert som ledd i å redusere stress, angst, samt bedre mental og total helse (56, 57). Yoga har vist bedre effekt enn avspenningsmetoder når det gjelder vitalitet, bedring av bedre sosial funksjon og mental helse (57).

3.2.6 Sosialt samvær

Formålet med alle former for tiltak til denne gruppen var å redusere sosial isolasjon. Eksempler på tiltak som ble brukt var: (a) tekniske/digitale hjelpemidler, (b) bruk av datamaskin og internett, (c) programvare og utstyr som blindelist (braille/punktskrift), (d) utstyr som forenkler kommunikasjon, slik som taleforsterker, (e) forstørrelsesglass, (f) forstørrelsesmuligheter på pc-en, samt (g) FM utstyr og taleforsterker. Internett og digitale plattformer har åpnet opp for kommunikasjon med andre døvblinde og resten av samfunnet, både nasjonalt og internasjonalt (9). Sosialt velvære ble ivaretatt ved samvær/fellesskap, felles måltider, om kveldene og i helgesamlingene, under felles treninger og turer der de kunne dele opplevelser og erfaringer seg imellom.

3.3 Samarbeid med frivillige organisasjoner/instanser, ledsagere og tolker

Hensikten med samarbeid med frivillige og andre instanser eller orrganisasjoner, var at dette kunne føre til at deltagerne kunne få lokale turvenner slik at de kunne komme seg mer ut på tur, trene regelmessig og bli bedre sosialt integrert på hjemsted.

Den *første* samarbeids-partneren, DNT sentralt, ble bedt om å sende en representant til første fellessamling. Thea Utvik kom og presenterte hva DNT kunne bidra med gjennom deres lokalforeninger og hvordan lokale medlemmer kunne involveres for å få til et varig engasjement og samarbeid, og derigjennom utvide deltagerens sosiale nettverk.

Den *andre* samarbeidspartneren var Moss Cykleklubb ved prosjekt-medarbeidere og aktive idrettsutøvere, Knut Ljungberg og Rune Holtze Jensen. De hjalp til med gjennomføring av Dytt-kampanjene, holdt kontakt med deltagerne, foretok målinger ved prosjektstart, kjøpte inn utstyr, koblet klokke mot smarttelefon, ledsaget under treningsøkter og bidro med individuelle treningsråd og hvordan deltagerne kunne måle effekten av treningen sin.

Den *tredje* samarbeidspartneren var Fokus Trening, som bestod av Erik Holme, daglig leder, fysioterapeut og osteopat; Kenneth Busch, fysioterapeut med Mastergrad i klinisk hjerte- og lungefysioterapi, samt fysioterapeut Knut Nedregaard som bidro som ledsager. Erik Holme holdt foredrag om kosthold. Spinningsinstruktør Rune Holtze Jensen sørget for spinningstrening på Fokus Trening og bidro som ledsager/guide. Fokus

Trening bidro med treningslokaler og fysioterapeuter og muliggjorde trening og tredemølletesting.

Den *fjerde* samarbeidspartneren var Team Focus Trening som sørget for spinningstimer, sirkel- og styrketrening, treningsutstyr, individuelle treningsråd og registrering av deltagerens basisdata. Kenneth Busch tok ansvar for kondisjonstest og trening.

Femte samarbeidspartner var Mette Nedregaard, sykepleier og ernæringsfysiolog, Sykehuset Østfold Moss, som underviste og veiledet deltagerne i ernæring og kosthold.

Den *sjette* samarbeidspartneren var Achilles International of Norway, en organisasjon for personer med syns- og hørselshemming eller andre grupper med funksjonshemming. Organisasjonen har mange års erfaring med å tilrettelegge, organisere og gjennomføre aktiviteter og samlinger, samt gjennomføre løp og konkurranser, både i Norge og utlandet. Representanter fra styret i Achilles var med i prosjektgruppen og deltok ved planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet. De har omfattende erfaringsbasert kompetanse når det gjelder prosjektgjennomføring og vet hvilke aktivitetsmuligheter og sosiale tiltak som kan passe for prosjektdeltagerens muligheter og funksjonshemming. Achilles bidro også med teleslynge, bestilling av skiutstyr, utlån av foreningens regnskapsfører og revisor. Erik Nilsen informerte om aktivitets-klokker, og Knut Ljungberg sørget for utsendelse av forespørsel om deltagelse i prosjektet, innhenting av frivillig samtykke til deltagelse i prosjekt og informerte om at det var mulig å trekke seg underveis. I tillegg innhentet han tillatelse til publisering av bilder og annen informasjon på sosiale medier. Disse prosedyrene tilfredsstiller etiske og legale standarder. Frivillige ledsagere og idrettsutøvere bidro også. Samarbeidet mellom personer tilknyttet Achilles og andre involverte i prosjektet, fungerte meget godt.

3.4 Gjort/ikke gjort i forhold til opprinnelig prosjektplan

3.4.1 Første fellessamling

Dato og sted: 06.-08. september 2019 på Son Spa (Nordic Choice Hotels), Hollandveien 30, 1555 Son.

Til stede: 11 deltagere, 4 prosjektmedarbeidere, 2 eksterne foredragsholdere, 26 tolker/ledsagere, 4 prosjektmedarbeidere, derav 2 fra Moss Cykleklubb og 1 frivillig ledsager.

Program: Kartlegging relatert til kosthold og aktivitetsnivå, opplæring i bruk av treningsapparater og elektronisk utstyr, trening, utarbeidelse av individuelle tiltaksplaner for kondisjonsøking og vektreduksjon, undervisning/foredrag om ernæring og sunn kost, utdeling av tilrettelagt kostholdsinformasjon i elektronisk form. Deltagerne satte seg personlige mål mht. fysisk progresjon (f.eks. delta i en konkurranse), vekttap, sosial deltagelse, og utarbeidet planer for å nå målene. Det var workshop, refleksjoner over stillesittende livsstil og fysisk aktivitet, spørsmål & svar sesjon, felles middag og sosialt samvær for å bli bedre kjent.

3.4.2 Andre fellessamling

Dato og sted: 6.-8. desember 2019 på Hotell Jeløy Radio, Kortbølgen 74, 1519 Moss.

Til stede: 10 deltagere, 4 prosjektmedarbeidere, derav 2 fra Moss Cykleklubb, 1 foredragsholder, 24 tolker/ledsagere og 1 frivillig ledsager.

Program: Foredrag om kosthold, kondisjonstesting og trening på Fokus Trening, samt felles middag.

3.4.3 Tredje fellessamling

Dato og sted: 04.-06. september 2020 på Norefjell Ski & Spa, Bøseter, 3543 Norefjell.

Til stede: 11 deltagere, 4 prosjektmedarbeidere, derav to fra Moss Cykleklubb, 1 ekstern foredragsholder, 1 foredragsholder fra prosjektgruppen, 26 tolker/ledsagere og 1 frivillig ledsager.

Program: Fjelltur med samling på turisthytte, målinger, individuell og felles veiledning, revisjon av individuelle tiltaksplaner om nødvendig, trening, workshop, undervisning/foredrag, erfaringsutveksling, fellesdiskusjon, evaluering av prosjektet så langt, felles middag og sosialt samvær. Fjellturen på 14 km var tilrettelagt og passe krevende, dvs. en strekning tilsvarende tur til Besseggen eller Galdhøpiggen. Det var et mål de skulle strekke seg mot.

3.4.4 Fjerde og siste fellessamling

Dato og sted: 03.-05. september 2021 på Mitt Hotell, Rådhusgata 3, 1531 Moss.

Til stede: 11 deltagere, 1 ekstern foredragsholder, 26 tolker/ledsagere, 4 prosjektmedarbeidere derav 2 fra Moss Cykleklubb og 1 frivillig ledsager.

Program: Felles middag på restaurant i Moss, Yoga og styrkeøvelser digitalt, tur på 13 km rundt Rødsåsen naturreservat på Jeløy, guidet gåtur til Mossefossen/Møllebyen.

3.4.5 Planlagt helgesamling i forbindelse med maratonløp

Dato og sted: 18.-20. september 2021 på Thon Hotell Storo, Vitaminveien 23, 0485 Oslo.

Til stede: 3 deltagere, 10 tolker/ledsagere, 2 prosjektmedarbeidere, 4 frivillige ledsagere fra Moss.

Målgruppe: Prosjektdeltagere spreke nok til å delta i Oslo Maraton.

Mål: Gjennomføre Oslo Maraton ved å gå eller løpe 5 eller 10 km.

Program: Vurdering av måloppnåelse, erfaringsdeling, diskusjon, fysisk aktivitet og sosialt nettverk, hvilken nytte deltagerne har hatt av prosjektet, muntlig evaluering av prosjektet, samt sosialt samvær med felles middag.

3.4.6 Gjennomføring av opprinnelige planer

På grunn av de korona-relaterte begrensningene deltagerne hadde opplevd, ble det bestemt å samarbeide med organisasjonen Achilles International of Norway for å arrangere en ekstra «bonus-samling». Bonus-samlingen ble planlagt gjennomført 10.-12.21 og skulle være en kombinasjon av prosjektavslutning og julebord. Planen måtte senere avlyses på grunn av endringer i smittevernreglene. Maksimalgrensen for antall personer samlet på ett sted, gjorde at planen måtte avlyses fordi totalt antall deltagere og tegnspråktilker-ledsagere ville være høyere enn tillatt av smittevernmyndighetene. Fellessamlingene, fjelltur, gå- og løpeturer og undervisnings- og treningstilbudet fungerte som planlagt. Det samme gjorde fjellturen og opplærings- og treningsaktivitetene. De fire fellessamlingene ble gjennomført i henholdsvis 2019, 2020 og 2021, og samlingen i forbindelse med Oslo Maraton, i 2021.

3.4.7 Intervjuguide for å få frem deltagerens erfaringer med prosjektet

En intervjuguide med åpne spørsmål ble brukt som huskeliste i veiledningssamtaler og under plenumsdiskusjoner der hensikten var å få frem deltagerens egne tanker, refleksjoner og erfaringer relatert til alle

aspekter ved prosjektet, dvs. hva som hadde/ikke hadde fungert etter hensikten og som kunne forbedres, eventuelt andre forhold. Muntlige evalueringer ble gjort underveis, mens sluttevalueringen var skriftlig og gjennomført etter prosjektslutt, som planlagt.

3.5 Endringer av planlagte delmål/mål ikke nådd

3.5.1 Delmål - sosialt nettverk på hjemsted

På grunn av smittevernreglene kunne DNT ikke rekruttere personer fra sine lokallag som kunne bistå deltagerne med trening og aktiviteter, finne mulige turvenner eller bidra til å skaffe lokale sosiale kontakter.

3.5.2 Delmål - fysisk styrke og kondisjon

Ikke alle var i stand til det, noen fikk ikke tak i tegnspråktolk-ledsager, andre var engstelige for å reise til Oslo og risikere å bli korona-smittet. De justerte målene sine og ville heller delta på Norefjelltur i stedet for Oslo Maraton. Alle deltagerne klarte å gjennomføre Norefjellturen, en tur på 14 km, inklusiv stigning. I tillegg gjennomførte deltagerne tre DYT-aktivitetskampanjer. Ved prosjektslutt hadde alle nådd delmålet om å gjennomføre de tre digitale aktivitets-kampanjene/virtuelle turer.

3.5.3 Delmål - omlegging til aktiv og sunnere livsstil

Omlegging av livsstil, inklusive kosthold, vektnedgang (overvektige) og økning av kondisjon og styrke, er en krevende prosess som tar lang tid. Det varierte blant deltagerne i hvilken grad de nådde sine mål.

3.5.4 Endringer i metodevalg

Undervisning i Yoga og styrkeøvelser/-treninger måtte gjøres digitalt av smittevernhensyn og mangel på instruktører.

3.5.5 Måling av basisverdier og progresjon

Innrapportering av basisverdier som løpstid på 1 km, antall skritt og rapportering fra DYT-appen til prosjektmedarbeider fungerte ikke som forventet. Det kan skyldes at de ikke hadde fått god nok opplæring og trening i å bruke det digitale utstyret innledningsvis, eller utstyret kan ha sviktet, eller at de ikke var motivert nok til å bruke det. Dermed ble datamaterialet og effektmålingene ufullstendige og ubrukelige.

3.5.6 Progresjon i måloppnåelse

Graden av progresjon for den enkelte varierte. Den ble ikke helt som forventet, slik at den måtte justeres. Dette kan skyldes smittevernregler, vansker med å få tak i tegnspråktolk-ledsager på grunn av pandemien, manglende muligheter for å komme seg ut på tur/trening, delta i sosiale

treff på hjemsted, sviktende motivasjon som følge av svært lang prosjektperiode, eller ikke hyppig eller tett nok oppfølging fra prosjektmedarbeiderne.

3.5.7 Eventuelle andre endringer

Fordi ikke alle hadde et funksjonsnivå som gjorde dem fysisk sterke nok til å delta i Oslo Maraton, og/eller ikke ville utsette seg selv for koronasmitte i Oslo, ble det bestemt at det i stedet skulle arrangeres en tur rundt Rødsåsen naturreservat på Jeløya i Moss. Alle gjennomførte turen.

3.5.8 Avbrudd eller permisjoner

Ingen prosjektmedarbeidere eller deltagerne hadde permisjon underveis.

3.5.9 Andre praktiske problemer og forhold

Opprinnelig var det planlagt at lokale DNT-representanter skulle komme til den andre samlingen (06.-08.2019) for å bli kjent med deltagerne og inngå et samarbeid, men dette falt bort. Smittevernregler (a) forhindret prosjektmedarbeiderne fra å reise på hjemmebesøk hos deltagerne som hadde behov for støtte og praktisk hjelp, (b) det var mangel på tegnspråktolk-ledsagere som kunne bistå deltagerne med fysiske aktiviteter på hjemsted, og (c) det var ikke mulig å involvere lokale representanter fra DNT. Derfor ble det heller ikke mulig å knytte lokale bånd mellom prosjektdeltagerne og lokale DNT-medlemmer, eller med medlemmer i lokale idrettsforeninger. Dette begrenset mulighetene for å få til regelmessig trening, utvide det sosialt nettverk, og finne lokale treningstur-venner/ledsagere. Det var nødvendig å bytte ut pulsklokker med skrittellere, fordi disse var enklere for deltagerne å forholde seg til. Opprinnelig var målet at alle deltagerne skulle oppnå såpass god kondisjon at de kunne løpe eller gå 5 eller 10 km i Oslo Maraton før prosjektslutt, men smittevernhensyn gjorde at enkelte ikke fikk tak i tegnspråktolk-ledsager, redsel for å bli smittet ved reiser, høy alder og/eller at motivasjonen hadde avtatt hosenkelte. Oppfølgingen av prosjektgruppen ble heller ikke som planlagt.

3.5.10 Frafall, deltagelse underveis og andre former for avvik

Ingen deltagerne falt fra underveis. Noen få deltok ikke på hver samling på grunn av sykdom og mangel på tegnspråktolk-ledsager.

3.6 Prosjektframdrift

3.6.1 Planlagte aktiviteter

Alle fellessamlinger, programmet for hver samling, fjelltur, fysiske aktiviteter og maraton-deltagelse ble gjennomført i henhold til opprinnelig

prosjektplan. Korona-pandemien nødvendiggjorde endringer i type aktiviteter underveis, for eksempel måtte Yoga- og styrketrening gjøres digitalt. Det var også nødvendig med en pause i Yoga-instruksjonen som følge av mangel på instruktør. Intensiteten på Yoga-treningen økte mot slutten av prosjektperioden for å ta igjen noe av det tapte.

3.6.2 Avvik fra prosjektfremdriften

Pandemien gjorde det nødvendig å sette fremdriften på pause i en periode. Den planlagte fremdriftsplanen, med opprinnelig sluttdato 31.06.2021, lot seg ikke overholde. Prosjektleder søkte om forlenget frist og fikk godkjent dette av Stiftelsen Dam den 25.02.2021. Etter pausen, startet fremdriften opp igjen, og prosjektet ble avsluttet 31.12.2021.

3.6.3 Endringer i metoder underveis

Planlagte metoder ble brukt i henhold til opprinnelige planer, bortsett fra hjemmebesøk hos deltagerne og engasjement fra DNT og deres lokallag.

4. Resultater, vurdering av effektmål og resultatvurdering

4.1 Resultater og funn

Innledningsvis ble det registrert basisdata om prosjektgruppen (Tabell 1). Målingene ble ikke repetert i løpet av prosjektperioden på grunn av pandemien, smittevernregler og manglende innrapportering av måledata.

Tabell 1: Registrerte basisdata om prosjektgruppen

Nr.	Kjønn	Alder	Høyde	Vekt	Fettprosent	Forbrenning i hvile	Muskel-Masse	Bukfett
1	M	67	182	75,6	12,3	1874	63,0	9
2	K	71	167	70,5	38,9	1302	40,9	10
3	K	41	155	58,3	30,3	1231	38,6	5
4	M	73	179	85,6	20,5	1906	63,0	14
5	M	30	-	82,4	25,6	7614	58,2	9
6	K	68	173	73,0	34,5	1417	45,4	8
7	K	34	155	48,5	16,3	1206	38,5	1
8	K	52	161	70,0	33,6	1388	44,1	7
9	K	52	170	106,3	47,7	1736	52,8	13
10	K	49	160	77,6	40,8	1409	43,6	9
13	K	66	164	81,4	39,4	1485	46,8	11

4.2 Resultat og måloppnåelse i forhold til effektmål

Før oppstart av treningsplan og kostholdsendringer, ble det gjennomført løpetest på 1 km for å måle kondisjonsstatus, men månedlige innrapporteringer av data fungerte ikke. Resultatene blir derfor presentert i form av deltagerens løpende tilbakemeldinger og resultater fra avsluttende evaluering.

4.3 Deltagerens rapporter om deltagelse og måloppnåelse

De var fornøyde med opplæringen i kost og ernæring og med de tipsene ernæringsfysiologen hadde gitt dem, f.eks. enkle retter som de hadde lært seg å lage hjemme. Deltagerne hadde gode erfaringer med støtte og veiledning fra ernæringsfysiologen. Samarbeidet hadde vært godt og inspirerende. De hadde lært mer om kosthold, lest litt om ernæring og kosthold på egenhånd, hadde endret litt på kostholdet og var fornøyde med informasjonen om at det var lov å kose seg litt med måte i helgene. Noen syntes sukker-sug var vanskelig å håndtere, andre hadde vanskelige opplevelser knyttet til relasjonen mellom mat og vekt. De siste temaene ble ikke utdypet i dette prosjektet, men er ønsket i et fremtidig prosjekt.

Flere deltagere rapporterte at de var kommet godt i gang med å legge om til en sunnere og mer aktiv livsstil. Noen hadde opplevd at vekten varierte veldig. Stress i hverdagen og opphold på steder med fristende mat hadde ødelagt planene. Dessuten var det vanskelig å holde vekten når det skjedde ytre ting som forstyrret etterlevelsen (julestri, korona-pandemi og at ordningen med tur-venn/støttekontakt ble satt på pause på grunn av pandemien), noe som førte til sterkt redusert aktivitetsnivå. Stort vekttap i begynnelsen hadde vært avløst av mer eller mindre vektoppgang i en periode med mye stress, eller hvis de hadde hatt en dårlig periode. En rapporterte at vekten var den samme som før prosjektstart, men at kroppen kjentes mye bedre, ikke så tung, og med lite smerter. Noen gikk ned 5-6 kg, enkelte til laveste vektnivå på 20 år, men fikk etterpå en vektøkning. Vektendringene varierte mye mellom deltagerne. Ved ny vektoppgang, reviderte de planene og startet på igjen med sunne vaner og gode planer. De fant ut at de måtte ha ferdiglagede retter i bakhånd ved behov. Etter gode samtaler med kostveileder, rapporterte noen at vekten hadde begynt å gå ned igjen. De ytret behov for å jobbe dypere med relasjonen mellom kosthold og det mentale og ønsket flere timer med en ernærings-coach. Én deltager hadde undersøkt om hjelp og støtte fra privatpraktiserende ernæringsfysiolog var realiserbart, men det viste seg alt for dyrt til å la seg gjennomføre.

Opplæring i sunt kosthold og ferdigheter i fysisk aktivitet, samt endring av livsstil er svært utfordrende, tidkrevende prosess som krever sterk motivasjon. For personer med kombinert sansetap kreves det stor personlig innsats, store ressurser, veiledning og støtte over meget lang tid (2). Gevinsten av å leve et sunt og aktivt liv, er bedre fysisk, psykisk og sosial helse og velvære, samt bedre livskvalitet. Det forebygger også negative konsekvenser av overvekt og stillesittende livsførsel (5). Bedre helse og kondisjon vil kunne redusere utfordringene med energitap og rask trettbarhet, noen av de største utfordringene for personer kombinert syns- og hørsels-hemming/døvblindhet (2, 41).

4.4 Nedsatt funksjonsevne som følge av dobbelt sansetap

4.4.1 Fysisk funksjon

Ikke alle klarte å løpe eller jogge, men gåturer og treningsøvelser passet for alle. Å øke fysisk funksjonsnivå var et sentralt aspekt for å kunne leve et sunnere og mer aktivt liv. DYTT-appen ble valgt som et eksperiment for å undersøke om dette kunne være et nyttig verktøy til å motivere til økt aktivitetsnivå og innsats for å bedre egen kondisjon. Deltagelse i aktivitetskampanjer krevde innlogging i Dytt-appen, og ved hjelp av registreringer kunne deltagerne konkurrere med seg selv for å se om de kunne nå egne mål. Prosjektmedarbeider sendte ut e-post med påminnelse om innrapportering av rådata hver måned og at de måtte logge seg inn og rapportere antall skritt de hadde gått i forbindelse med gåturer, svømming, støvsuging, dvs. alle typer aktiviteter utenom å sitte i sofaen. Målet var å gå så mange «skritt» at det tilsvarte tur til en fjelltopp. Noen rapporterte inn antall skritt pr. uke via appen til prosjektmedarbeider. De som ønsket hjelp til innrapportering, fikk det.

4.4.2 Kognitive utfordringer og digitale hjelpemidler

Som følge av alvorlig synshemming var det vanskelig å følge med på noe som bare er visuelt, slik som DYTT-appen, derfor fungerte ikke dette for alle. Kunnskapstilegnelse, praktisk opplæring og opparbeiding av nye ferdigheter tar lang tid fordi det trengs tegnspråktolker-ledsagere og andre kommunikasjons-hjelpemidler. I tillegg kan kommunikasjons- og læringsprosesser være energikrevende og utmattende. Noen kan gi opp fordi de tror ikke klarer å lære og/eller bruke utstyret, eller fordi de ikke har krefter nok. Muligens var det ikke satt av tid nok til undervisning eller praktisk trening i programmet. For noen virket DYTT-opplegget motiverende, ved at de fikk «et spark bak» og inspirasjon til å komme seg ut på tur, men dette gjaldt ikke for alle. De fleste likte godt den digitale løsningen med Yoga-instruksjon som erstatning for fellestrening.

4.4.3 Måloppnåelse

Mer enn halvparten nådde sine personlige mål i løpet av prosjektperioden. Alle klarte noen av delmålene sine. Som følge av at pandemien tvang frem en prosjektpause, de-eskalerte kondisjonsopplegget ved at deltagerne enten ikke orket mer eller hadde muligheter for å fullføre sin opprinnelige plan. Enkelte rapporterte at kondisjon og styrke hadde økt og at de var mer motivert til å trene, og trene mer. De hadde gått turer og drevet med Yoga-trening, orket mer og hadde mer energi. Noen ønsket at de hadde fått enda bedre kondisjon, for da hadde det vært lettere for dem å komme seg ut på tur og gått mer ned i vekt. Alle gjennomførte de tre aktivitetskampanjene og den stabasiøse og krevende turen rundt Rødsåsen naturreservat, mens tre gjennomførte Oslo Maraton. Måloppnåelse relatert til kondisjon og fysisk aktivitet varierte mellom dem. Med hensyn til måloppnåelse knyttet til kostomlegging, varierte graden av vekttap hos overvektige. Noen hadde vektnedgang som etter en tid snudde til vektoppgang. Andre hadde samme vekt som de hadde pleid å ha gjennom årene, men var ikke overvektige. Mange jobbet med endringer i kosthold og livsstil ved prosjektslutt. Måloppnåelse relatert til økt sosialt nettverk og bedre sosial integrasjon på hjemsted lot seg ikke gjennomføre.

4.5 Psykisk velvære

4.5.1 Fellessamlinger som sosiale møteplasser mellom likepersoner

Deltagerne opplevde fellessamlingene som gode og viktige, og noe de alltid gledet seg til. Samlingene ga muligheter for nærere sosial kontakt, erfaringsutveksling, deling av gode erfaringer og tips, følelse av å være inkludert, bli bedre kjent med andre deltagerne og møte nye personer. Ekspertbrukere kan bidra med mye viktig erfaring og tips til personer som er tidlig i forløpet, eller er uerfarne. I en setting med syns- og hørsels-hemmede/døvblinde likepersoner, profesjonelle tegnspråktolker- ledsagere, kunnskapsrike og erfarne ledsagere, er barrieren for sosial deltagelse lav, sammenlignet med det de opplever på hjemsted. Personer med alvorlige kroniske funksjonsbegrensinger/-tap verdsetter møter med likesinnede høyt, ikke bare fordi det handler om erfaringsutveksling, men også fordi de umiddelbart blir forstått uten å måtte forklare og forsvare seg. De kan også få verdifull støtte i en utfordrende livssituasjon. Felles opplevelser kan bidra til å styrke båndene mellom dem.

4.5.2 Bruk av kropp og sinn – redusert stress og økt livskvalitet

Det er godt kjent at bruk av kropp og sinn kan utløse følelse av velvære, derfor er alle typer aktiviteter viktig. Man må være kreativ når det gjelder

å komme på aktiviteter som kan læres, man liker og som enkelt kan gjennomføres i hverdagen. Fordi denne gruppen er utsatt for dårlig fysisk og psykisk helse, er det ekstra viktig å ha en sunn og aktiv livsstil som kan redusere risikoen for forverring av helsen (5). Med dårligere helse følger psykiske vansker, kognitiv svekkelse, ensomhet, sosial isolasjon og -utestengelse, depresjon, og tap av uavhengighet, utmattelse og lav livskvalitet (58). Yoga-trening kan ha positive mentale effekter, slik som opplevd bedring av total livskvalitet, redusert stress og angst, styrking av skjelettet og føre til at man blir mer oppmerksom på egen kropp og tilstand (57). I et sekundær-forebyggende helseperspektiv, var det viktig å ha fokus på ulike faktorer som kan bidra til et sunnere og mer aktivt liv for å bedre livskvaliteten.

4.5.3 Opplevelse av mestringsfølelse

Etter å ha gjennomført to turer i meget krevende og ulendt terreng, oppover og nedoverbakker, på tur til Ravnås på Norefjell (14 km) og tur rundt Rødsåsen (13 km), som virkelig utfordret balansesansen, ga deltagerne uttrykk for mestringsfølelse og stor glede av å ha klart disse presentasjonene og ha oppnådd sine mål om å gjennomføre disse turene. I løpet av prosjektperioden hadde alle deltagerne gått en strekning som tilsvarer Norge på langs og dermed nådd målet om antall skritt.

4.5 Bruk av kognitive ressurser

Hjernen er en muskel som hele tiden må trenes ifølge legene. Derfor er deltagelse i situasjoner som krever kognitive ferdigheter viktig, slik som diskusjoner, workshops, gruppearbeid, læring av ny kunnskap eller nye ferdigheter. Slike aktiviteter stimulerer hjerneaktiviteten og bruk av kognitive ressurser, noe som kan vedlikeholde, øke, eller forebygge kognitiv svekkelse.

4.6 Stimulering av sanseapparatet

Syns- og hørselshemmede/døvblinde er utsatt for sansedeprivasjon (9), men dette kan forebygges ved aktiv sansestimulering. Lukt-, hørsel- og føle- og smak sansene kan stimuleres ved å være ute i natur, på fjellet, ved sjø, i skog, og gjennom smaking på friske bær og urter, eller ved besøk i botaniske hager. Luktesansen stimuleres ved å lukte på ulike dufter, og følelsesansen kan stimuleres ved å ta på trær, blomster og andre vekster. Smakssansen kan stimuleres ved å smake på ulike krydder, urter, matvarer eller drikker. Hørselsansen kan stimuleres ved å lytte til naturens forskjellige lyder, bølgebrus, fuglerlyder og dyrellyder m.m. Balanseapparat og muskulatur kan stimuleres og bedres ved å ferdes i ulendt terreng, gå i oppover og nedoverbakker og drive med

fysiske aktiviteter, eller ved spesifikke øvelser. Stimulering av sanseapparatet var ikke spesielt vektlagt i dette prosjektet, men er ønsket som fokusområde i et femtidig prosjekt.

4.7 Sosialt nettverk

Det varierte i hvilken grad deltagerne hadde blitt kjent med nye personer i løpet av prosjektperioden. Dette kunne variere fra å ha møtt nye mennesker, til å ha snakket med noen nye, men ikke blitt godt nok kjent, til at noen hadde blitt kjent med tidligere kjente på en annerledes måte, ved at de hadde fått innsikt i hverandres styrker og svakheter. Det var godt å treffe andre personer enn dem de omgikk til daglig. Under fellessamlingene møtte de likesinnede «i samme båt». Da kunne de diskutere, snakke sammen, dele erfaringer og motivere hverandre til livsstilsendringer. Sosiale samlinger ble ansett som svært viktige fordi deltagerne ofte har et begrenset sosialt hverdagsliv.

4.8 Hindringer for måloppnåelse

Prosjektet ble satt på pause som følge av smittevern hensyn. I denne perioden kan noen ha mistet lyst til å fortsette eller fått dårligere motivasjon til å holde på eller starte opp igjen etter et langt avbrekk. Det var ikke lett å opprettholde motivasjonen over lang tid, spesielt ikke fordi prosjektslutt ble skjøvet lenger frem i tid enn planlagt. I tillegg er det vanskelig å holde på alene på hjemsted uten støtte lokalt. Noen klarte ikke å få tak i tegnspråktolk-ledsager på hjemstedet og kom seg ikke så mye ut på tur slik de ønsket. Pandemien ble en begrensende faktor fordi den forsinket fremdriften og satte en stopper for oppfølging på hjemsted og planene om å skaffe lokale turvenner/sosiale kontakter.

4.9 Svaret på problemstillingen

Prosjektet viste at livstilendringer hos personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet er ressurskrevende med hensyn til omfattende tidsbruk relatert til opplæring, veiledning, trening, profesjonell og frivillig tolkehjelp samt ledsaging. Sansetapene gjør det utfordrende å lære nye ting og å mestre bruk av digitale hjelpemidler. De vil derfor ha behov for tett oppfølging og coaching over meget lang tid fordi livsstilsendringer er svært krevende og gå over flere år. Selv om det er ressurskrevende, viser prosjektet at det er mulig med tilrettelagte tiltak å hjelpe syns- og hørselshemmede/døvblinde med å tilegne seg økt kunnskap, bedre ferdigheter, stimulering av sansene og mestring av stress. Dette er tiltak som kan styrke deres fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale kapasitet og utholdenhet, samt føre til bedre helse, velvære og livskvalitet, samtidig som det reduserer risikoen for alvorlige senfølger i

kjølvannet av passiv og usunn livsstil. Denne gruppen har en positiv og optimistisk innstilling, er motivert for å gripe fatt i eget liv og foreta livsstilsendringer for å bedre egen helse og redusere risikoen for uheldige følgetilstander.

4.10 Prosjektgruppens refleksjoner over prosjektgjennomføringen

4.10.1 Erfaring med det som ikke fungerte optimalt

Det var stor spredning i gruppen når det gjaldt kondisjon og hvor spreke de var, både før, under og ved prosjektslutt. Refleksjoner og læringspunkter er utdypet i pkt. 5.3.

4.10.2 Hva som kan gjøres bedre i et fremtidig prosjekt

Det må være tettere og hyppigere kontakt med deltagerne og bedre oppfølging, mer praktisk opplæring i bruk av teknisk utstyr, samt opprettelse av kontaktnett på den enkeltes hjemsted. Deltagerne bør muligens deles i grupper basert på fysisk funksjonsnivå, eller man kan på forhånd velge ut en gruppe med samme nivå.

4.11 Overføringsverdi og nytte for andre grupper og situasjoner

4.11.1 Nytte av brukerkompetanse i ledergruppen

Prosjektledergruppen bestod ikke kun av funksjonsfriske, men også av ekspertbrukere for å sikre god brukermedvirkning. Ekspertbrukerne fungerte som sentrale ressurspersoner ved planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet. Deres bidrag var en forutsetning for at prosjektet ble tilpasset deltagergruppen og gjennomført på en god måte. Inklusjon av ekspertbrukere som selv er aktive idrettsutøvere, skapte legitimitet og troverdighet. Ekspertbrukere kan: (a) klargjøre hvilke typer aktiviteter deltagergruppen vil kunne klare, (b) påvirke hvor fellessamlingene skal være, med tanke på tilgjengelighet og egnethet for prosjektdeltagere og andre involverte, (c) informere om hvordan fellesmøter må tilrettelegges slik at deltagerne kan få med seg hva som blir sagt, sørge for at alle kan stille spørsmål, delta i diskusjoner og gi tilbakemeldinger, (d) bestemme tempo for gjennomføring av møter og behovet for pauser, (e) fortelle om hvordan kommunikasjonen på møter må foregå, og (f) fungere som forbilder fordi de selv har vært gjennom livsstilsendring. De kan også bidra til å motivere deltagerne, støtte dem med å bryte barrierer og stå på. Ekspertbrukerne i dette prosjektet kjente deltagerne fra tidligere og var derfor i stand til å sørge for at opplegget ble tilpasset deltagergruppen og den enkelte deltager.

4.11.2 Nytte for prosjektgruppen

Planlegging, gjennomføring og metoder må tilpasses bedre til den enkelte deltager i fremtidige prosjekter, jmf. ulike funksjonsnivåer, grad av sansetap, samt evne til å benytte digitale hjelpemidler. Prosjektgruppen har fått mer erfaring med hva som kreves og hvordan tiltak, aktiviteter og oppfølging kan skreddersyes bedre. Deltagerne kom opp med ideer for innhold i fremtidige prosjekter. Det er viktig å få kunnskap fra «dem som har skoen på og vet hvor den trykker» om hvilke behov de har for opplæring og trening, slik at et fremtidige prosjekter kan dekke disse områdene.

4.11.3 Nytte for søkerorganisasjonen LSH/DB

LSH/DB kan få enda mer kunnskap om hvilke behov personer med SH/DB har, deres begrensinger og muligheter til opplæring, slik at det kan iverksettes tiltak som kan hjelpe dem til å ta ut sitt potensial. Forbundet kan formidle håp til medlemmer og pårørende om at det finnes metoder og tiltak som kan hjelpe denne gruppen til et liv med bedre helse og livskvalitet. LSH/DB kan få økt kunnskap om hvordan opplæringsprogrammer kan tilrettelegges bedre, ressursbehov, bli kjent med forbedringsområder og få innspill om temaer eller elementer som anbefales videreført, eller om nye områder bør dekkes. Med kunnskap og erfaring fra dette prosjektet, kan LSH/DB bidra i planlegging av nye opplæringsprogrammer eller prosjekter. Søkerorganisasjonen kan formidle gruppens behov for opplæring til helsemyndigheter, regionsentre og fagmiljøet. I tillegg kan organisasjonen melde fra til NAV Tolketjeneste om at tolketilgangen under prosjektet var utilstrekkelig og dermed hemmet opplæring, muligheter for regelmessig trening og oppnåelse av en sunnere livsstil. Forbundet kan legge press på NAV Tolketjeneste og helsemyndighetene for at de skal øke utdanningskapasiteten. Tolkemangel kan oppleves som diskriminering av funksjonshemmede, sammenlignet med friskes muligheter (39). Funnene kan også brukes i politisk arbeid for å bedre folkehelsen hos personer med alvorlig dobbelt sansetap.

4.11.4 Nytte for målgruppen

Sammen kan målgruppen bryte mange barrierer, få tro på at egen innsats nytter og oppleve at selvtillit, helse og livskvalitet bedres. Det kan øke motivasjonen for å endre livsstil slik at risikoen for følgene av et usunt og passivt liv reduseres. Opplæring og trening vil gi positive helseeffekter. De kan bli tryggere på å ferdes i ulendt terreng, være på ukjente trakter, beherske nye typer treningsøvelser, samt bruke digitale hjelpemidler. Et aktivt liv gjør det mulig å bli bedre sosialt integrert på hjemsted, og

enkler å opprettholde vennskap over tid. Når andre har gått foran, er det lettere å komme etter.

4.11.5 Nytte for frivillige familieledsagere

Familiemedlemmer og venner kan ha nytte av å lese rapporten, fordi det kan gi dem en bedre forståelse av funksjonshemminger og utfordringer på turer og under trening. Dermed kan de bedre støtte, hjelpe, legge til rette for, og ledsage både inne, ute på flat mark, eller i ulendt terreng. Dette kan åpne opp for å se etter nye eller andre aktiviteter på hjemsted, og hvordan man som familie kan skape positive relasjoner gjennom gode felles opplevelser. Når familiemedlemmer eller venner er ledsagere, får de samtidig felles opplevelser og erfaringer som de kan glede seg over der og da og i ettertid. Familieledsagere kan møte andre familieledsagere som er i samme situasjon og utveksle nyttige erfaringer.

4.11.6 Nytte av å inkludere frivillige deltagere

Ledergruppen bestod av to frivillige idrettsutøvere fra en lokal sykkelklubb med mye erfaring med ledsaging, samt to andre frivillige ledsagere. Frivillige med relevant erfaring har vært viktige for gjennomføringen av prosjektet, særlig når det ikke var mulig å få tak i tegnspråktolker-ledsagere. Dessuten kan de fungere som ledsagere i daglivet. De frivillige har veiledet, støttet, hjulpet og trent sammen med deltagerne slik at de kunne nå sine personlige mål. I tillegg har de stått for mye praktisk arbeid og logistikk, undervisning og veiledning.

4.11.7 Nytte av fagkompetanse

Prosjektet omfattet fagpersoner som ernæringsfysiolog/sykepleier, fysioterapeuter/osteopat, instruktører og idrettsutøvere, samt tegnspråktolker-ledsagere. Å bli undervist og veiledet av fagpersoner eller idrettsutøvere er svært viktig med tanke på at trening og øvelser skal gjøres korrekt, at kostholdsendringer/-råd er faglig forankret, og at ledsagingen er optimal slik at det ikke gjøres noe som er til skade for deltagerne. At fagpersonene både hadde møtt deltagerne før og hadde tidligere erfaring med brukerne, gjorde at deltagerne følte seg trygge. Deltagerne opplevde støtten fra fagpersonene underveis som viktig. Samarbeidet med profesjonelle tegnspråktolker-ledsagere, Moss Cykleklubb, Fokus Trening og Team Fokus Trening i Moss har vært en nødvendig betingelse for å få gjennomført prosjektet. Samarbeidet mellom alle parter har vært meget godt.

4.11.8 Nytte av å inkludere NAV Tolketjeneste

Nav Tolketjeneste bidro med godkjente tegnspråktolker-ledsagere. Uten dem, ville deltagerne ikke kunne reise for å delta i prosjektet, tilegne seg kunnskap og ferdigheter, gjennomføre opplæring og trening, delta på aktiviteter, dra på turer, drive idrett eller være til stede ved sosiale sammenhenger. Tegnspråktolker-ledsagere kan også hjelpe syns- og hørselshemmede/døvblinde med å bli mer sosialt integrert. Uten de skolerte tolkenes store innsats, hadde det ikke vært mulig å gjennomføre prosjektet eller opplæringen (14). Tegnspråktolker-ledsagere som deltok i prosjektet, har fått verdifull erfaring når det gjelder ledsaging på tur i fjell og ulendt terreng, oppover og nedover bakker, erfaringer de kan dele med sine mindre erfarne kolleger. Uten personer med tolkekompetanse kan ikke denne gruppen ikke delta i samfunnsliv, aktiviteter, turer, utdanning eller sosiale sammenhenger når de har behov for det. Mangel på tegnspråktolker innskrenker denne gruppens muligheter for å være sosialt integrert og fysisk aktive. Gruppen blir dermed ikke likestilt med andre mennesker og opplever å bli sosialt ekskludert (37, 39), og går glipp av utdanning/opplæring (38). Dessverre var det ikke alltid lett å få tak i tolkehjelp med kompetanse til det spesifikke oppdraget eller som passert til den funksjonshemmede. Prosjektdeltagerne var utsatt for mangel på tegnspråktolker-ledsagere, noe som førte til at de ble forhindret fra å reise til fellessamlinger. De gikk glipp av trening og planlagte aktiviteter, deltagelse i konkurranser, opplæring, veiledning og sosialt samvær med likesinnede. Tolkemangel bidro til at deltagerne ble hemmet når det gjalt å nå mål de hadde satt seg.

4.11.9 Nytte for andre

Offentlige etater med ansvar for helsetjenester og hva som kan gjøres for å bedre folkehelsen hos syns- og hørselshemmede/døvblinde, kan dra nytte av resultatene og forstå behovet for å bevilge mer midler til gode og hensiktsmessige tiltak som kan forebygge forverring av fysisk og psykisk helse og/eller fremme bedring av helsen. Dessuten trengs også tiltak som kan fremme sosial integrering, slik at denne gruppen ikke blir diskriminert (39). Helsemyndigheter og relevante etater og organisasjoner kan jobbe for å øke kapasiteten på tolkeutdanningen. Andre interesserte kan få innsikt i denne gruppens funksjonsnivå og muligheter, samt hvilken hjelp eller opplæring de trenger for å gjøre dem i stand til, ved egen innsats, å få et bedre og sunnere liv, som et ledd i å styrke folkehelsen deres.

4.12 Hvilke konsekvenser gir resultatene?

Resultatene viser at personer med syns- og hørselshemming/døvblindhet har stort udekket behov for praktisk opplæring med digitale hjelpemidler,

trening med å gå i ulendt terreng for å styrke muskulatur, balanse, kondisjon, sansestimulering, undervisning i ernæring og sunt kosthold, og hjelp til bedre sosial integrering. Det kreves mange ressurser fordi opplærings- og veiledningsbehovet er omfattende, samt tid- og personellkrevende. Antall personer med denne funksjonshemmingen er lite, de bor spredt utover landet og mangler lokale tilbud. Det innebærer at det ikke alltid finnes likepersoner i nærområdet der de bor som kan hjelpe, støtte og motivere hverandre til livsstilsendringer. De er ofte stillesittende, sosialt isolerte og lever et passivt liv med fare for utvikling av flere helseplager som ytterligere reduserer funksjonsnivået. De trenger derfor langvarig støtte og hjelp til å bevare motivasjonen som trengs for å endre livsstil. Behovet denne gruppen har, er på langt nær dekket. Resultatene viser at tiltak som ble gjort, var egnet for gruppen, men at det trengs mye tettere oppfølging, opplæring og støtte over lengre tid, samt felles og individuell opplæring og veiledning, fordi graden av funksjons- og sansetap er forskjellig. Selv om det bevilges midler til enkeltstående fremtidige prosjekter, er ikke dette tilstrekkelig til å dekke gruppens behov i det lange løp. Å stå alene uten støtte og hjelp fra det offentlige, og hele tiden skulle forsøke å motivere seg selv til trening og kostendring, er svært krevende, spesielt for personer med dobbelt sansetap. Et sitat fra avsluttende evaluering viser nettopp at det er behov for tiltak på hjemsted, i dagligliv og fritid:

«Jeg mener offentligheten må overta og gi et varig tilbud for døvblindgruppa. Det krever for mye av oss enkelt individer til å skulle motivere seg selv på hjemstedet alene. Det kan jeg skrive under på.»

Resultatene viser at deltagerne hadde nytte av det de lærte og tilegnet seg av kunnskaper og ferdigheter. Det var i midlertid et ønske om at det offentlige overtar ansvaret for å hjelpe dem til bedre fysisk og psykisk helse, sett i et sekundærforebyggende perspektiv, slik at de unngår dårligere psykisk og helse, overvekt, og risiko for å utvikle følgetilstander som ytterligere forverrer deres helse og funksjonsnivå.

4.13 Hvordan resultatene skal benyttes eller er tiltenkt

Søkerorganisasjonen (LSH/DB) og andre som er nevnt ovenfor kan bruke rapporten i sitt videre politiske arbeid for å jobbe for bedring av tjenestene til døvblinde, og utarbeide tilpassede opplærings- og treningsprogrammer. Deltagernes tilbakemeldinger og innspill samt prosjektgruppens refleksjoner, skal brukes til å skreddersy nye prosjekter og inkludere metoder og aktiviteter som ikke ble dekket i dette prosjektet.

4.13.1 Hva er gjort av distribuering/formidling av resultater

To reportasjer om prosjektet er publisert så langt. De finnes som vedlegg.

- 1) Prosjektgruppen. Turen går til: Norefjell med prosjektet «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*»! SynHør-bladet, 2020, nr. 5, s. 14-15. <https://www.lshdb.no/synhor-bladet-9005s.html>
<https://admin.mekke.no/data/images/1009/SynHør%20bladet/SynHør-bladet%20nr%205%20-%202020%20Annonser.pdf>
- 2) Espen Vinje. Bedir er svaksynt og tunghørt – vil hjelpe andre opp av sofaen. Moss Avis, publisert 17.09.2019.
<https://www.moss-avis.no/bedir-er-svaksynt-og-tunghort-na-vil-han-hjelpe-andre-opp-av-sofaen/s/5-67-916542>

I tillegg er det spredt informasjon om prosjektet på digitale plattformer:

Achilles International of Norway – Nettside

<https://www.achillesnorway.com>

Reportasjer og annet finnes på Achilles of Norway's – Facebook

<https://www.facebook.com/AchillesNorway/>

Achilles International of Norway – Blog

<https://www.achillesnorway.com/blog>

Achilles International of Norway – Etterspørsel etter ledsagere (Achilles "Norway Ledsager/guide") <https://www.achillesnorway.com/ledsagere>

4.13.2 Hvordan resultatene skal distribueres til andre

Det vil bli publisert artikler i organisasjonenes medlemsblader; Norges Døveforbund (NDF), Foreningen Norges Døvblinde (FNDB), Norges Blindeforbund (NBF), Hørselshemmedes landsforbund (HLS), Norges Handikapforbund (NHF), Retinitis Pigmentosa Foreningen i Norge (RP-foreningen) og Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB). Formidling vil også gjøres til andre grupper som kan ha interesse av å lese om prosjektet og resultatene, f.eks. (a) frivillige ledsagere (familieleadsagere, frivillige idrettsutøvere) og Norges Idrettsforbund (NIF) v/ paraidretten

(<https://www.idrettsforbundet.no>). Det er også planer, i samarbeid med LSH/DB (<https://www.lshdb.no>), om å sende sluttrapporten til, og/eller formidle resultatene til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKTDB) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (<https://unn.no/fag-og-forskning/nasjonale-kompetansetjenester-for-dovblinde>), de fire regionsentrene for døvblinde (Oslo, Tromsø, Bergen og Andebu) (<https://www.dovblindhet.no/om-oss.130503.no.html>), Tolketjenesten - NAV (<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og->

[tilrettelegging/tolketjenesten](#)), Tolkestudiet på OsloMet (<https://www.oslomet.no/studier/loi/tolking-i-offentlig-sektor>). Hjelpemiddelsentralen – døvblinde (<https://www.dovblindhet.no/hjelpemidler.553883.no.html>) (<https://www.dovblindhet.no/kombinerte-sansetap.545804.no.html>) Eikholt – enhet i Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKTDB) (<https://www.eikholt.no>), Statped (<https://www.statped.no/fagomrader/> og (<https://www.statped.no/kombinerte-syns--og-horselstap-og-dovblindhet/>). Det er internasjonalt samarbeid med Sverige, Danmark og Finland, og det arrangeres også nordiske konferanser. Informasjon, kunnskap og erfaring deles med søsterorganisasjoner i andre land og på nasjonale og internasjonale konferanser.

4.14 Regnskap/budsjett/økonomiske resultater

Regnskap er gjort i henhold til prinsipper for god regnskapsskikk. Midlene er brukt i samsvar med formål og prosjektplan. Achilles International of Norway ga prosjektet «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*» et tilskudd som dekket opp for et lite driftsunderskudd på 379 kroner*. Detaljert regnskap, attest fra prosjektleder om ansvar for daglig regnskap, samt revisorrapport følger som vedlegg. Regnskapet ble ført av autorisert regnskapfører, og revisjonen ble gjort av statsautorisert revisor. Prosjektets resultatrapport ved prosjektslutt, er presentert i Tabell 2.

Tabell 2. Resultatrapport pr. 25.03.2022

Inntekter	2021
Stiftelsen Dam	819 000
Egne midler	0
Offentlige midler	0
Tilskudd fra Achilles Int of Norway*	379
Delsum	819 379
Utgifter	2021
Lønn, sosiale utgifter	360 499
Innkjøpte tjenester/honorarer	96 034
Materiell/utstyr	50 784
Andre utgifter	312 062
Delsum	819 379

4.15 Konklusjon

Personer med kombinert syns- og hørselshemming/døvblindhet har stort behov for hjelp, ledsaging, mental støtte, opplæring, trening og økt motivasjon for livsstilsendringer, for å komme seg ut og delta i fritidsaktiviteter og leve et sunt og aktivt sosialt liv. Fordi antall rammede er lavt på landsbasis, er det vanskelig for enkeltpersoner som er geografisk spredt å ha sosialt samvær med likesinnede. Sosial integrering hemmes sterkt av store kommunikasjons- og mobilitetsbegrensinger som hindrer vanlig livsutfoldelse, derfor er hjelpebehovet omfattende.

Prosjektet var tilpasset deltagergruppen og ble stort sett gjennomført som opprinnelig planlagt, med kun få avvik. Ikke alle nådde målene de hadde satt seg, men halvparten hadde kommet godt i gang med trening og sunnere kosthold for å bedre egen helse. Resultatene viste at det er behov for langvarig støtte til livsstilsendringer når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet, utvidelse av sosialt nettverk, bruk av kropp, kognitive evner og sanser. Funksjonsevnen varierte, og enkelte vil trenge mer hjelp og støtte enn andre.

Deltagerne fikk ikke alltid tildelt tegnspråktolk-ledsager, derfor var det deler av programmet de ikke fikk med seg. Det er godt kjent at tolketilgangen i Norge er utilstrekkelig. I denne sammenheng gikk enkelte deltagere glipp av opplæring, trening og sosiale møteplasser. Tolkemangel gir liten mulighet for spontane aktiviteter, trening og sosialt samvær i hverdagslivet. Hvis man skal være sikker på å få riktig tegnspråktolk-ledsager som passer til aktuelt oppdrag og individ, må oppdraget bestilles i meget god tid på forhånd. Uten tilgang til tolk vil denne gruppen diskrimineres ved at de ikke blir likestilt med andre personer i samfunnet. I realiteten blir de satt utenfor livet som funksjonsfriske har tilgang til og blir dermed passivisert og sosialt isolert. Det offentlige må ta større ansvar for å dekke denne gruppens langvarige, omfattende og komplekse behov. Utdanningen av tolker må økes, og øke fort, fordi det antas at behovet for tolker vil fortsette å øke i fremtiden.

4.15.1 Deltagernes erfaringer med prosjektdeltagelsen

Muntlige tilbakemeldinger fra deltagerne ble innhentet underveis og på siste fellessamling. Skriftlig evaluering ble mottatt fra deltagerne etter prosjektslutt. Alle var meget tilfredse med prosjektet og var glade for det de hadde lært. De rettet en stor takk til prosjektmedarbeiderne som hadde gjort en flott jobb og klart å gjennomføre hele prosjektet, på tross av pågående pandemi og alle smittevern hensynene. Én formulerte seg slik: «*Det er faktisk behov for samme tilbud videre, og det er jo positive tilbakemeldinger på prosjektet*».

4.15.2 Deltagernes ønsker om deltagelse i nytt prosjekt

Det var unison enighet om at alle ville være med i et fremtidig prosjekt. De ga uttrykk for at de følte seg trygge når de beveget seg på ukjent og ulendt terreng sammen med ledsagere fra Team Fokus Trening. De hadde møtt dem tidligere og visste at de hadde erfaring som ledsagere.

4.15.3 Deltagernes forslag til nye prosjekter og videreføring til nytt prosjekt

I sluttevalueringen fremkom flere forslag til innhold i nytt prosjekt. Ett forslag var hyppigere, men kortere samlinger, f.eks. 1 dagssamling i måneden, eller at dette kunne komme i tillegg til, eller i stedet for fellessamlingene. De kunne sette seg personlige mål å jobbe mot imellom samlingene, med hensyn til å trene (klare å jogge 3 km, øke til 5 km til neste samling) eller gjennomføre andre tiltak. Under fellessamlingene ønsker de å trene sammen, men kan deles inn i grupper i forhold til kondisjonsnivå (mosjonister går på tur, andre jogger litt, og godt trente løper). Type aktiviteter kan med fordel varieres. Et nytt prosjekt kunne lages over samme lest som dette prosjektet, men at det legges mer vekt på økt kunnskap og praktisk opplæring om styrketrening, balanse, Yoga- og sirkeltrening (ikke bare opplæring digitalt). De ønsket å lære nye øvelser som trening i basseng, vann-gym eller andre ting og ha mer fokus på styrketrening og kondisjonstrening, noe som ville gi dem mer overskudd. De ønsket både inne- og uteaktiviteter, spesielt aktiviteter som bedrer balanse, styrke og utholdenhet, ulike uteaktiviteter sammen med tolker/ledsagere, slik som fjellturer, roing, padling, judo, sykling, klassisk Yoga og Mindfulness. Andre forslag var gestaltterapi, pusteteknikker, terapiridning osv. Mestring av ulike typer aktiviteter kunne hjelpe dem til å bryte barrierer, få bedre selvtillit, samt fysisk og psykisk styrke. Samtidig måtte det være fokus på kosthold og ernæring for å bedre egen helse. De ønsket en personlig utdannet coach med god erfaring som kunne støtte og følge dem opp når det gjaldt kosthold og ernæring, fordi enkelte har et sårbart forhold til dette. Andre forslag til aktiviteter var førstehjelpskurs, og utarbeidelse av et hefte med enkle tips til hvordan man kan ledsage syns- og hørselshemmede/døvblinde på tur, på en mest mulig selvstendig måte. Det er mange frivillige som sitter på mye mye erfaring med dette, og erfaringene og kunnskapen, må deles og videreformidles til andre. Et fremtidig prosjekt bør være et lav-terskel tilbud, slik at de fleste kan ha mulighet til å delta. De ønsket at flere elementer i dette prosjektet skulle videreføres, men at det også måtte inkluderes noen nye. Videre ønsket de en tettere og hyppigere oppfølging og kontakt via epost, chat, eller annen digital plattform, i neste prosjekt. Digitale hjelpemidler kan brukes både mellom deltagere som ønsker å støtte hverandre underveis og til å kommunisere med prosjektgruppen.

5. Oppsummering/konklusjon/videre planer

5.1 Kort oppsummering relatert bakgrunn og målsetting

Denne gruppen er rammet av alvorlig, kombinert sansetap, som gjør dem utsatt for utvikling av dårlig fysisk og psykisk helse, stillesitting/passivitet, overvekt og sosial isolasjon, med de følger dette har, slik som psykiske lidelser, sansedeprivasjon, hjertesykdom og diabetes, høyt kolesterol og nedsatt livskvalitet. De har stort behov for tilrettelagt opplæring og trening, treningsstøtte, aktivitetsutøvelse, ledsaging ved forflytning og gjennomføring av aktiviteter, og å bli bedre sosialt integrert. Prosjektet ble planlagt og gjennomført for å undersøke om ulike tiltak og metoder, slik som undervisning/foredrag, praktisk opplæring i treningsteknikker, trening og veiledning, kunne bedre folkehelsen hos denne gruppen. Hensikten med prosjektet var å motivere til fysisk aktivitet, livsstilsendringer, bedre fysisk og psykisk helse, og hjelpe til med sosial integrering på hjemsted. Målsettingen var at overvektige deltagere skulle ha oppnådd vekttap, at alle hadde fått bedre kondisjon, endret kosthold, lagt om til en sunnere og mer aktiv livsstil, fått bedre fysisk og psykisk helse og utvidet kontaktnett på hjemsted. Bedre helse vil bidra til økt funksjonsnivå og redusere risiko for utvikling av senfølger. Mestring av digitale verktøy vil kunne motivere til fortsatt trening og sunn livsstil etter prosjektslutt. Prosjektet kan fungere som en modell for opplæring av denne gruppen.

5.2 Hva som skal gjøres videre

Tilbakemeldingene fra deltagerne gir mulighet for å justere tiltak og/eller forbedre det som ikke fungerte etter hensikten når neste prosjekt skal planlegges og gjennomføres.

5.3 Prosjektmedarbeiderne og idrettsledsagernes refleksjoner

Ved prosjektslutt reflekterte ledergruppen over prosjektet og gjennomføringen med tanke på hva som fungerte bra, hvordan man kan gjøre forbedringer, hvordan erfaringene kan overføres til et nytt prosjekt, og samtidig ta hensyn deltagerens innspill om behov og prosjektinnhold og aktiviteter. Refleksjoner og læringspunkter er listet opp nedenfor:

- Inkludere familier med barn (barnefamilier) fordi dette har ikke vært gjort tidligere. Familiene kan bli kjent med andre familier med samme utfordringer og muligheter, og barna kan treffe likesinnede barn i andre familier og knytte kontakter. Et nytt prosjekt vil kunne

være en viktig arena for erfaringsutveksling, deling av gode tips, og muligheter for å knytte sosiale bånd mellom familiene

- Gå mer på turer, fordi dette er aktiviteter som de fleste kan klare (lavterskel-aktivitet)
- Behov for mer undervisning i øvelser og trening på balanse
- Koble hver deltager til en personlig trener/coach
- Komponenter i nytt prosjekt kan være å lære mer om samspill mellom hørselstap og mental helse, balansetrening og mer varierte aktiviteter som for eksempel å være på/ved sjøen, ferdes på vann (bølger og balanse) og besøke sanse-/botaniske hager for å stimulere sansene
- Etter deltagerens ønsker, skal endel elementer fra dette prosjektet videreføres i neste prosjekt, men også inkludere nye og andre aktiviteter
- Oppfølgingen av enkelte deltagere underveis var ikke tilstrekkelig
- Tettere oppfølging, eksempelvis hver 3-4. uke digitalt
- Flere hjemmebesøk eller hyppigere digitale møter trengs
- Noen trenger tettere oppfølging enn andre
- Detaljerte prosjektplaner må være klare i meget god tid av hensyn til muligheten for å få bestilt tegnspråktolker-ledsagere med riktig og tilpasset kompetanse
- Trenings- og opplæringsbehovet varierer mellom deltagerne og kan derfor tilpasses bedre
- Mer kreativitet må til for å lage planer for hvordan prosjekt-deltagere kan hjelpe og støtte hverandre, skryte av hverandre og hjelpe hverandre til å oppnå sine ukentlige-, månedlige eller sluttmål
- Deltagerne har behov for personlig oppfølging over lengre tid for å lykkes med å nå sine mål
- Det trengs mer kunnskap om hvordan man kan skape og vedlikeholde motivasjon hos deltagerne over lengre perioder. Motivasjons-opplæringen må ikke være overordnet og teoretisk, men til konkret og praktisk bruk i hverdagen og ved samarbeid mellom deltagerne, eller med prosjektmedarbeidere. Det finnes ulike former for motivasjon, og ikke alle motiveres av de samme tingene
- Det er behov for mer veiledning og trening på ledsagerteknikker i ulike typer terreng eller i ulendt terreng, f.eks. gå bak hverandre og holde i ryggsekken til personen foran på vei oppover eller nedover i terrenget, eller holde en lang hvit blindestokk mellom seg. Ledsager må kommunisere tydelig om terrenget, om sjøen/fjelllets karakter,

omgivelsene og holde i armen. Deltagere med svært dårlig balanse har behov for to ledsagere samtidig. Et hjelpemiddel ved ledsaging, er en U-GO ledsagerbøyle, og denne kan benyttes hvis det ikke er for smalt på stien/turveien. U-GO bøylene er en hesteskoformet stang som man kan holde mellom seg mens man går ved siden av hverandre

- Man søke NAV Hjelpemiddelsentral om å få en U-GO bøyle
- Det kan utarbeides planer for hvordan deltakerne kan motivere og støtte hverandre, praktisk og emosjonelt. De må rekrutteres en faglig kompetent person til å forelese om hvordan man kan motivere hverandre, og eventuelt seg selv. Deltagerne kan få en «verktøy-kasse» med gode råd om motivasjon før de skal lage planer for hvordan de skal motivere hverandre til å nå sine mål
- Det må avsettes mer tid til Yoga- og styrketrening digitalt (hjemme) enn det som ble tilbudt i dette prosjektet
- Deltagerne trenger mer oppmuntring og støtte for å drive med trening, holde seg i form og trene regelmessig på hjemstedet
- Kostholdsveileder kunne vært mer aktiv med å kontakte deltagere og sikre at alle ble godt inkludert, engasjert og fulgt opp
- Det må avsettes mer tid til opplæring og bruk av digitale og tekniske hjelpemidler, samt sørge for at utstyret fungerer for den enkelte og på hjemstedet
- Prosjektmedarbeiderne må være mer aktive for å sikre at det opprettes og opprettholdes bedre kontakt med kostveileder
- Det må sørges for hyppigere kommunikasjon med deltagerne fordi dette er en viktig måte å støtte deltagerne psykologisk på
- Deltagerne hadde trengt å få mer støtte for å motivere seg til å oppnå egne mål etter at prosjektet ble satt på pause, for da ble det synlig at motivasjonen dabbet av
- Et nytt prosjekt kan gi mulighet for å teste ut om et tilrettelagt støtteprogram kan ha positive effekter i form av bedre opplevd helse og livskvalitet. På engelsk kalles dette for «buddy-program» (venne eller følgesvenn-program), men betegnelsen er ikke helt dekkende for programinnholdet. Et forslag er å kalle det et «støtteprogram», fordi programmet inkluderer to komponenter, dvs. to ulike former for støtte: 1) praktisk støtte og hjelp i dagliglivet (sosial støtte) og 2) mental hjelp og støtte. Den første komponenten inkluderer en «sosial» følgesvenn som ukentlig kan komme på et kort hjemmebesøk for å hjelpe til med enkle huslige oppgaver, eller handle ting, dvs. noe praktisk den funksjonshemmede har behov for hjelp til. Det kreves ikke at denne personen har kunnskap om

sykdom eller funksjonstap. Det kan være en frivillig frisk person. Den andre komponenten inkluderer en mentor som selv har syns- og hørselshemming og derfor kjenner til hvordan det er å leve med sansetap. Mentoren, som i realiteten er en likeperson, skal hjelpe deltageren med å løse egne problemer, til å komme videre i sorg- og akseptasjonsprosessen, gi gode råd og være en mental støttespiller i dagliglivet. I tillegg kan de utveksle erfaringer og dele sykdomsopplevelser og erfaringer (59).

5.4 Prosjektforankring i egen eller offentlig organisasjon

5.4.1 Skal prosjektet forankres i egen organisasjon?

Landsforbundet for syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB) er en svært liten organisasjon som ikke på noen måte har ressurser eller kapasitet nok til å forankre prosjektet i organisasjonen.

5.4.2 Skal prosjektet forankres i det offentlige?

Det er ingen planer om en offentlig forankring på nåværende tidspunkt. Deltagerne mener at det offentlige må ta ansvar for å tilby tiltak som gjør det mulig for denne gruppen og kunne endre livsstil og få bedre livskvalitet, rikere livsutfoldelse, mer sosial kontakt, og at de blir i stand til å bryte barriere og utvikle sitt fulle potensial. Til dette kreves opplæring og trening, langvarige tiltak, samt et helhetlig fokus på helse. Erfaringene kan være til nytte for Eikholt, syns- og hørselsforeninger, Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde og regionsentrene.

5.5 Ønske om andre samarbeidspartnere

Andre samarbeidspartnere kan være institusjoner med sansehager, eller botaniske hager, tilrettelagt for personer med behov for å stimulere sanseapparatet, dvs. bruk av syns-, lukt-, føle-, smak og berørings-sansene (kjenne duft av og taktilt berøre planter og andre vekster for å stimulere sanseapparatet). Det kan arrangeres et tilrettelagt opplegg for personer med syns- og hørselshemming/døvblinde slik at de enkelt og på en rimelig måte kan få naturoplevelser. Besøk i sansehager kan passe for alle med syns- og hørselshemming/døvblindhet. Forskning viser at det å bruke sansehager sees på som en type miljøbehandling med positiv effekt. Naturoplevelser roer ned kroppen, bruken av legemidler mot psykiske plager og urolig atferd kan reduseres, søvnen blir bedre, og funksjonsnivået øker. Også planter innendørs kan føre til positive effekter og økt trivsel. Sansedeprivasjon forekommer ikke bare ved syns- og hørselshemming/døvblindhet (9), men også ved flere andre tilstander. Naturen i seg selv gjør at kropp og sjel slapper av, stresser ned, skaper et fristed fra hverdagens rutiner og krav, og vekker minner. Naturen har

hjulpet menneskeheten gjennom flere århundre. Å kunne være ute i fri natur, gå på tur, på ski, være ved/på sjø, vandre rundt eller oppsøke steder der roen senker seg, brukes av mange til å kontemplere (filosofere) over egen livsverden, erkjenne sorg/tap, gradvis forsone seg med situasjonen og etterhvert innse hvordan man kan leve best mulig med kronisk sykdom eller sansetap. De som ikke har mulighet for å være ut i fri natur, kan ha nytte av å besøke sanse- eller botaniske hager. Sansehager finnes en rekke steder i Norge og tilbyr lavterskel-aktiviteter som alle kan klare. Man kan samarbeide med de som driver sanse- eller botaniske hager og få til et tilrettelagt opplegg. Bruk av sansehager har positiv effekt og er godt for helsen, spesielt med tanke på sansestimulering (60, 61, 62).

5.6 Skal prosjektet fortsette, hvis ikke - begrunn hvorfor?

Dette var et prosjekt med avgrenset varighet. Søkerorganisasjonen har ikke økonomiske-, bemannings- eller ressursmessige muligheter for å videreføre prosjektet, derfor kan det dessverre ikke fortsettes. Søkerorganisasjonen og prosjektmedarbeiderne er imidlertid fortsatt motivert til innsats i nye prosjekter som kan være til nytte for brukergruppen.

5.7 Nytte av samarbeid - frivillige organisasjoner/andre instanser

5.7.1 Samarbeid med Røde Kors Hjelpekorps

En prosjektdeltager uttrykte ønske om å lære førstehjelp. Derfor kan det være av interesse å samarbeide med en annen frivillig organisasjon for å få undervisning og veiledning i førstehjelpsarbeid i et fremtidig prosjekt. Da kan Røde Kors Hjelpekorps, en frivillig landsdekkende organisasjon med mange lokalforeninger, være en aktuell samarbeidspartner.

<https://www.rodekors.no/om/>.

Røde Korps Hjelpekorps sentralt:

<https://www.rodekors.no/tilbudene/hjelpekorps/>

Moss Røde Kors, Kallumveien 3, 1524 Moss, tlf: 69 25 30 00

E-post: post@mossrk.no

Lokalforeningen: <https://www.rodekors.no/lokalforeninger/ostfold/moss/>

5.7.2 Samarbeid med Storedal Kultursenter

Personer med syns- og hørselshemming får ikke stimulert sanseapparatet på samme måte som friske fordi de ofte lever et stillesittende liv i hjemmet og/eller er sosialt isolert. Storedal Kultursenter ligger på Storedal gård i Skjeberg, Sarpsborg, og ble offisielt åpnet i 1970. Det var den synshemmede ildsjelen Erling Stordahl som i sin tid var drivkraften bak skapelsen av senteret. Kultursenteret er i dag et opplevelsessenter som byr på naturopplevelser, historie og kultur. Det er en tilrettelagt hage

som byr på opplevelser som lukt/duft, farger, lyder, smak og berøring, der navn på vekstene finnes på skilt, tilrettelagt for synshemmede og bruk av taktil sans (63). Derfor kan det være aktuelt å samarbeide med kultursenteret for å arrangere egen tilrettelagt omvisning med innlagt lunsj og smaks-opplevelser, slik at sansene blir godt stimulert.

Referanser

1. Emond A, Ridd M, Sutherland H, Allsop L, Alexander A, Kyle J. The current health of the signing Deaf community in the UK compared with the general population: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006668. doi:[10.1136/bmjopen-2014-006668](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006668)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316428/>
2. Gullacksen A-C, Göransson L, Rönnblom GH, Koppen A, Jørgensen AR. Livsomstilling ved kombinert syns- og hørselsnedsettelse/døvblindhet – et indre arbeid over tid. 2011.
https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2012/02/SNED_norsk_web.pdf (05.02.2022)
3. Meld. St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 26. april 2013, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
4. Arndt K & Parker A. Perceptions of social networks by adults who are deafblind. *Am Ann Deaf*. 2016;161(3):369-83.
<https://muse.jhu.edu/article/627251/pdf>
5. Haegele JA, Famelia R, Lee, J. Health related quality of life, physical activity, and sedentary behavior of adults with visual impairments. *Disabil Rehabil*. 2016;39(22):2269-2276.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1225825>
<https://doi.org/10.2174/1871527313666140612102841>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24923346>
6. Dean G, Orford A, Staines R, McGee A, Smith KJ. Psychosocial well-being and health-related quality of life in a UK population with Usher syndrome. *BMJ Open*. 2017;7(1):e013261.
doi: [10.1136/bmjopen-2016-013261](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013261)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28082366/>
<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/1/e013261.full.pdf>
7. Eikholt - Nasjonal Kompetansetjeneste for døvblinde. Nordisk definisjon av dövblindhet, vedtatt juni 2016.

<https://www.eikholt.no/publikasjon/nordisk-definisjon-av-dovblindhet/>

8. Wittich W, Southall K, Sikora L, Watanabe DH, Gagné, J.- P. What's in a name: Dual sensory impairment or deafblindness? *Brit J Visual Impairment*. 2013;31(3):198–207.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0264619613490519>
9. Möller C. Deafblindness: living with sensory deprivation. *Lancet*. 2003;362:December, Special Issue. Suppl:s46-s7.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14698128>
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15074-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15074-X)
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)15074-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)15074-X/fulltext)
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2803%2915074-X>
10. The World Federation of the Deafblind (WFDB) (11.03.2022). President/leder: Geir Jensen, C/O FNDB, Sporveisgata 10, N-0354 Oslo, Norway. Telefon: 22 93 33 50. Nettside: <https://wfdb.eu> E-post: team@wfdb.eu
11. Minhas R, Jaiswal A, Chan S, Trevisan J, Paramasivam A, Spruyt-Rocks R. Prevalence of individuals with deafblindness and age-related dual-sensory loss. *J Visual Impairment Blindness*. 2022;116(1):36-47. doi:[10.1177/0145482X211072541](https://doi.org/10.1177/0145482X211072541)
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0145482X211072541>
12. Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKTDB), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). <https://unn.no/fag-og-forskning/nasjonal-kompetansetjeneste-for-dovblinde#koordineringsenheten> / <http://www.dovblindhet.no>
<http://www.dovblindhet.no/doevblindhet.124832.no.html>
13. Ehn M, Anderzén-Carlsson Agneta, Möller C, Wahlqvist M. Life strategies of people with deafblindness due to Usher syndrome type 2a - a qualitative study. *Int J Qual Stud Health and Well-being*. 2019;14(1):1-15.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2019.1656790> / <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1656790>
14. Raanes E & Berge SS. Tolketjenesten: Avgjørende for døvblindes deltakelse. *Fontene forskning* 2011;1:4-17.
<https://fonteneforskning.no/pdf-15.26441.0.3.c9cbd52784>
<https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/avgjorende-for-dovblindes-deltakelse-6.19.264764.b415b4a207>

15. Wittich W, Granberg S, Wahlqvist M, Pichora-Fuller MK, Mäki-Torkko E. Device abandonment in deafblindness: a scoping review of the intersection of functionality and usability through the International Classification of Functioning, Disability and Health lens. *BMJ Open* 2021;11(1):e044873. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044873>
<https://bmjopen.bmj.com/content/11/1/e044873>
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/1/e044873.full.pdf>
16. Jaiswal A, Aldersey H, Wittich W, Mirza M, Finlayson M. What can be done differently to enable social participation of individuals with deafblindness or dual sensory impairment? *Arch Phys Med Rehab*, October 2021;2(10):e104. (Research poster)
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.799>
[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(21\)01355-1/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(21)01355-1/pdf)
17. Petrén F. Bättre livsvillkor för dövblinda i Norden: Förslag från Nordiska arbetsgruppen för dövblinda. Bromma: Nordiska nämnden för handikappfrågor (1980:78).
18. Dalby DM, Hirdes JP, Stolee P, Graham Strong J, Poss J, Tjam EY, Bowman L, Ashworth M. Characteristics of individuals with congenital and acquired deaf-blindness. *J Visual Impairment Blindness*. 2009;103(2):93-102. <https://doi.org/10.1177/0145482X0910300208>
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145482X0910300208>
<https://doi.org/10.1177/0145482X0910300208>
19. Fletcher PC & Guthrie DM. The lived experiences of individuals with acquired deafblindness: Challenges and the future. *Int J Disabil, Commity & Rehab*, 2013;12(1),1-8.
https://scholars.wlu.ca/kppe_faculty/44/
https://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1568&context=kppe_faculty
20. Hersh M. Deafblind people, communication, independence, and isolation. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2013;18(4):446-63.
doi: 10.1093/deafed/ent022. Epub 2013 Jun 7. PMID: 23749484, DOI: [10.1093/deafed/ent022](https://doi.org/10.1093/deafed/ent022)
21. Rönnåsen B, Möller K, Möller C, Lyxell B, Anderzén-Carlsson A. Aspects of learning from the perspective of people with Alstrom syndrome. *Disabil Rehabil*. 2015;38(7):644-652.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26084572/>
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2015.1055381>

22. Björk M, Wahlqvist M, Huus K, Anderzén-Carlsson A. The consequences of deafblindness rules the family: Parents' lived experiences of family life when the other parent has deafblindness. *Brit J Visual Impairment*. 2022;40(1):18-28.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0264619620941895>
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0264619620941895><https://doi.org/10.1177/0264619620941895><https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0264619620941895#bibr19-0264619620941895>
23. Rikstrygdeverket, Hjelpemiddelkontoret. Nasjonal standard for tolketjenesten. Kvalitet i formidlingen av hjelpemidler og tolkehjelp. Oslo, juni 2004. ISBN-82-551-1044-5.
<http://bgds.andata.no/bodyFrame/Tolkesaker/Nasjonal%20standard%20for%20tolketjenester.pdf>
24. Sosial- og helsedepartementet (nå Arbeids- og sosialdepartementet). Forskrift om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede. F15.04.1997 nr. 320 (datert 15.04. 1997).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-15-320>
25. Dammeyer J. Deafblindness: a review of the literature. *Scand J Public Health*. 2014;42(7):554-62.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25114064>
26. Holmboe J. Tjenestetilbudet til døve med psykiske lidelser. En utredning med forslag om å styrke tilbudene fra psykisk helsevern til døve barn, ungdommer og voksne. Statens helsetilsyn, IK-2729. Utredningsserien 7:2001.
<https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/doevpsykiskelidelserik-2729.pdf> (lastet 04.03.22)
27. Simcock P. One of society's most vulnerable groups? A systematically conducted literature review exploring the vulnerability of deafblind people. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):813-839.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26733322>
28. Wahlqvist M, Möller C, Möller K, Danermark B. Physical and psychological health in persons with deafblindness that is due to Usher syndrome type II. *J Visual Impairment Blindness*. 2013;107(3),207-220.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145482X1310700305>

29. LeJeune BJ. Aging with dual sensory loss: Thoughts from consumer focus groups. *AER Journal: Res Pract Visual Impairment Blindness*, 2010;3(4):146–152.
30. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. Sedentary behavior as a mediator of type 2 diabetes. *Med Sport Sci*. 2014;60:11-26.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226797>
31. Arbeids og velferdsetaten (NAV). Personvern ved skrive­tolking. https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/tolketjenesten/bruk-av-tolk_kap (17.02.2022)
32. NAV Tolketjenesten. Publisert 01.12.2019 | Sist endret 01.03.2022.
<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/tolketjenesten>
33. Hansen B. Rapport vedrørende uddannelse af tolke indenfor hørehandicapområdet. København: Nordisk Ministerråd. 2004:5.
34. Bergh G (Red.) (2004). Norsk tegnspråk som offisielt språk. Oslo: ABM-utvikling. <https://solvberget.bib.no/cgi-bin/m2?tnr=520710> (04.03.22) ISSN 1503-5972 / ISBN 82-8105-012-8.
35. Arbeids og velferdsetaten (NAV). Nasjonalt tolkere­register: <https://www.tolkeregisteret.no>
36. Tolkeforbundet 2022. Tolkeforbundets yrkesetiske retningslinjer
<https://www.tolkeforbundet.no>
<https://www.tolkeforbundet.no/om/etikk/godtolk>
37. Paulson S. Vi trenger flere tolker i offentlig sektor. Under halvparten av alle tolkeoppdrag i det offentlige blir levert med en kvalifisert tolk. Det kan få store konsekvenser for brukerne av tjenestene. *Khrono, Debatt*. Publisert mandag 18.01.2021 kl. 08:04.
<https://khrono.no/vi-trenger-flere-kvalifiserte-tolker-i-offentlig-sektor/546550>
38. Loe, ILP. Tusenvis av oppdrag står uløst – Kaja (24) frykter for utdannelsen. Kaja Bråten mangler tolk til annenhver skolesamling. Ressursmangel gjør at NAV har over 5300 uløste tolkeoppdrag hittil i år. *TV2 nettavisen*. Publisert 20.11.2021, oppdatert 21.11.2021.
<https://www.tv2.no/a/14336829/>

39. Hjort P. *Tolkeutredningen 2008: Framtidens tolke- og kommunikasjonstjenester for døve, døvblinde og hørselshemmede*. Arbeids- og velferdsdirektoraret og NaV, Oslo, Oslo, 23 mai 2008.
<https://docplayer.me/11182576-Tolkeutredningen-2008.html>
40. Fuglesang L. Kan det være Usher syndrom? StatPed Magasinet, November 2018;3:28-31.
<http://51.13.64.223/statpedmagasinet2/statpedmagasinet-32018/kan-det-vare-usher-syndrom/>
<http://51.13.64.223/globalassets/statpedmagasinet/dokumenter/statpedmagasiner-3---2018.pdf>
41. Andersen W. Skal vi være venner? StatPed Magasinet. 2018;3:8-12.
<http://51.13.64.223/statpedmagasinet2/statpedmagasinet-32018/skal-vi-vare-venner/>
<http://51.13.64.223/globalassets/statpedmagasinet/dokumenter/statpedmagasiner-3---2018.pdf>
42. Nafstad A & Rødbroe I. Utviklingsprofilen for døvblindfødte – et verktøy i diagnostisering og habilitering ved medfødt døvblindhet. Arbeidstekst 22. Nordisk Uddannelsescenter for døvblindepersonale (NUD). Dronninglund, Danmark; 1992. ISBN 87-7919-002-2/
https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/a22_Anne_Nafstad_Inger_Rodbroe_web-1.pdf
<https://nordicwelfare.org/en/publikationer/utviklingsprofilen-for-dovblindfodte-et-verktoy-i-diagnostisering-og-habilitering-ved-medfodt-dovblindhed-2/>
43. Isachsen HB. Forsket på svimmelhet: – Kan bidra til å løse flere medisinske tilstander. Dagens Medisin, publisert 11.03.22 kl.06.00. Epost: hbi@dagensmedisin.no
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/03/11/forsket-pa-svimmelhet--den-nye-metoden-og-funnene-vil-bidra-til-a-forklare-hvordan-hjernen-var-hindrer-oss-i-a-bli-svimle-nar-vi-beveger-hodet/>
44. Berke J. Døvhhet og balanseproblemer.
<https://no.approby.com/doevhet-og-balanseproblemer/>

45. Hayes K & Olender S. Svimmelhet – Symptomer med balanse og vestibular rehab. <https://no.approby.com/reduser-svimmelhet-symptomer-med-balanse-og-vestibular-rehab/>(02.03.2022).

46. Lieberman LJ. & Houston-Wilson C. Overcoming the barriers to including students with visual impairments and deaf-blindness into physical education. *RE: view.1999;31(3):129-138.*
<https://sites.aph.org/physical-education/articles/overcoming-the-barriers-to-including-students-with-visual-impairments-and-deaf-blindness-in-physical-education/>

47. Lieberman, LJ, Ponchillia PE, Ponchillia SV. The impact of visual impairment and deafblindness on learning and development (chapt 1, pp. 3-26). I: Physical education and sports for people with visual impairments and deafblindness: foundations of instruction; AFB Press, 2013. ISBN-10: 0891284540 / ISBN-13: 978-0891284543.
https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=yCk3v79IIe0C&oi=fnd&pg=PP1&dq=Lauren+J+Lieberman++2013+Physical+education&ots=D56EHNTzpW&sig=tOPICjuAJ34rGaEWGZDDV4UGGX0&redir_esc=y#v=onepage&q=Lauren%20J%20Lieberman%20%202013%20Physical%20education&f=false

48. Anshel MH, Freedson P, Hamill J, Horvat M, Plowman SA. Dictionary of sport and exercise sciences. Champaign, IL; Human Kinetics.
<https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19901884825>

49. Rössner S. Overvekt og fedme. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.* Helsedirektoratet. 2008;kap. 35:466-483.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

50. Henriksson J, Sundberg CJ. *Generelle effekter av fysisk aktivitet* (kap. 1). I: Roald Bahr (red.). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling,* Helsedirektoratet. 2008:s.8-s.35.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-1-generelle-effekter-av-fysisk-aktivitet.pdf>
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

51. Wittich W, Nicholas J, Damen S. Living with deafblindness during COVID-19: An international webinar to facilitate global knowledge translation. *Brit J Visual Impairment*. June 17. 2021;s1-13. 02646196211002887.
<https://doi.org/10.1177%2F02646196211002887>
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02646196211002887>
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/02646196211002887>

52. Wittich W, Jarry J, Groulx J, Southall K, Gagné J-P. Rehabilitation and research priorities in deafblindness for the next decade. *J Visual Impairment Blindness*. 2016;110(4):219-231.
doi:[10.1177/0145482X1611000402](https://doi.org/10.1177/0145482X1611000402)
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145482X1611000402>
<https://doi.org/10.1177/0145482X1611000402>

53. Mathos KK & Pollard Jr. RQ. Capitalizing on community resources to build specialized behavioral health services together with persons who are deaf, deafblind or hard of hearing. *Community Ment Health J*. 2016;52(2):187-193.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737785/pdf/10597_2015_Article_9940.pdf

54. Nordens välfärdscenter. Nordens välfärdscenter är en institution inom Nordiska ministerrådets social- och hälsossektor. Sverige.
<https://nordicwelfare.org/om-oss/>
<https://nordicwelfare.org/en/about-us/>
<https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/03/nordic-definition-of-deafblindness.pdf>).

55. Dytt.no. Norges største leverandør av aktivitetskampanjer. Etablert 2007. (<https://www.dytt.no>)

56. Treningno. 5 helsefordeler ved Yoga. www.trening.no / <https://www.trening.no> / <https://www.trening.no/helse/5-helsefordeler-ved-yoga/> (24.03.2022)

57. Smith C, Hancock H, Blake-Mortimer J, Eckert K. A randomized comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Compar Ther Med*. 2007 Jun;15(2):77-83.
DOI: [10.1016/j.ctim.2006.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2006.05.001)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17544857/>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229906000434?via%3Dihub> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17544857/>

58. Wittich W & Lorenzini M-C. Exploring the lived experience of older adults with dual sensory impairment. September 2019, s1-28.
PsyArXiv: <https://osf.io/7dcng/> DOI: [10.31219/osf.io/7dcng](https://doi.org/10.31219/osf.io/7dcng) Preprint
DOI: [10.31219/osf.io/7dcng](https://doi.org/10.31219/osf.io/7dcng)
59. Shlaes JL & Jason LA. Buddy/mentor program for people with chronic fatigue syndrome. The CFIDS Chronicle, Winter 1996, s21-25.
https://www.researchgate.net/publication/260102257_A_BuddyMent_or_Program_for_People_with_Chronic_Fatigue_Syndrome
60. Gonzales MT. Sansehager og terapeutisk hagebruk ved demenslidelser. Plan, 8. Mai 2013;45(2):32-35.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3045-2013-02-08>
<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3045-2013-02-08>
61. Kirkevold M & Gonzales MT. Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. Sykepleien Forskning. 2012;7(1):52-64. DOI: [10.4220/sykepleienf.2012.0029](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029).
<https://sykepleien.no/forskning/2012/03/betydningen-av-sansehage-og-terapeutisk-hagebruk-personer-med-demens>
62. Berentsen VD, Grefsrød E-E, Eek A. Sansehager for personer med demens – utforming og bruk. Forlaget Aldring og helse. 2008. ISBN 978-82-8061-078-2 (bok) / ISBN 978-82-8061-540-4 (digital utgave 2019). Forlaget Aldring og helse 2007.
<https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/sansehager-for-personer-med-demens-web.pdf>
63. Storedal Kultursenter. Storedalveien 215, 1747 Skjeberg. Telefon: 69 11 56 50. E-post: storedal@ostfoldmuseene.no
Hjemmeside: <https://www.storedalkultursenter.no/>
FaceBook: <https://www.facebook.com/StoredalKultursenter/>

Oversikt over tilknyttede dokumenter

«Kom i gang med et sunt og aktivt liv»

Stiftelsen Dam – Virksomhetsområde HELSE
Prosjektnummer 2019-HE2-280376

- Vedlegg 1: Sluttrapport til ExtraStiftelsen, Helse og rehabilitering. Moss, 15. februar 2018. Prosjektnummer 2016/FB80502. «*Kom i gang med fysisk aktivitet - for SH/DB (2016-2017) – et prosjekt for voksne personer med syns- og hørselshemming. Søkerorganisasjon: Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede /døvblinde (LSHDB).*
- Vedlegg 2: Prosjektsøknad til Extrastiftelsen, Virkeområde Helse. Prosjekt: «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB*». Søkerorganisasjon: Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemming (LSH/DB). Innsendt av prosjektleder Bedir Yiyit. Moss, primo mars 2019.
- Vedlegg 3: Tildelingsmelding fra Stiftelsen Dam. Prosjektnummer: 2019/HE2-280376. Oslo, 15.06.2019. Elektronisk melding via Extraweb-portalen. Email referanse: <file:///Users/evastormorken/Downloads/E-mail-1560602441485.html>
- Vedlegg 4: Prosjektkontrakt for prosjektet 2019/HE2-280376. Signert av prosjekteier/prosjektansvarlig Karin Andvig, på vegne av Landsforbundet for syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB) prosjektansvarlig/prosjektleder Bedir Yiyit. Steder: Oslo/Moss. Dato: 02.08.2019. (1. prosjektår)
- Vedlegg 5: Skjema for overføring av prosjektmidler fra prosjekteier (LSH/DB) til prosjektleder Bedir Yiyit. Bevilgningsår: 2019. Prosjektår: 2019/2020. Prosjektnavn: «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB*». Prosjektnummer: 2019/HE2-280376. Bevilget beløp: 413 000. Utbetales to ganger årlig. Sted/dato: Moss, 02.08.2019. (1. prosjektår)

- Vedlegg 6: Prosjektkontrakt for prosjektet 2019/HE2-280376: «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*». Signert av prosjekteier/prosjektleder Karin Andvig, på vegne av Landsforbundet for syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB). Oslo 11.01.2021 og prosjektansvarlig/prosjektleder Bedir Yiyit, Moss, 08.01.2021. Mottaker: Bedir Yiyit. (2. prosjektår)
- Vedlegg 7: Prosjektkontrakt for prosjektet 2019/HE2-280376 med skjema for overføring av prosjektmidler. Signert av prosjekteier /prosjektansvarlig Karin Andvig, på vegne av Landsforbundet for syns- og hørselshemmede/døvblinde (LSH/DB) prosjektansvarlig/prosjektleder Bedir Yiyit. Sted:Oslo, 11.01.2021 og i Moss. Dato: 11.01.21. (2. prosjektår). Signering av overføringen ble gjort samtidig med signering av prosjekt-kontrakten, men bilaget mangler.
- Vedlegg 8: Framdriftsrapport sendt Stiftelsen Dam ved prosjektansvarlig /prosjektleder Bedir Yiyit. Søknadsnummer 2019/HE2-280376: «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB*». Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede (LSH/DB). Moss, 16.02.2020.
- Vedlegg 9: Muntlig søknad om forlenget tidsfrist for prosjektslutt på grunn av pause i fremdriften som følge av smittevern hensyn. Telefonisk henvendelse til Stiftelsen Dam. Saken ble behandlet og godkjent samme dag. Bekreftelse på vedtak mottatt pr. e-post fra Rådgiver programdrift Taran Hagen Søberg, Stiftelsen Dam. Sted/dato: Oslo, torsdag 25. februar 2021 kl. 14.56. Ny sluttdato: 31.03.2022.
- Vedlegg 10: Detaljert resultatrapport fra Autorisert regnskapsfører Husnain A. Mirza, partner i Fix Regnskap, Årvollskogen 103, 1529 Moss. Datert: 25.03.2022.
- Vedlegg 11: Attestasjon fra budsjettansvarlig for prosjektet «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB*». Prosjektnummer: 2019/HE2-280376. Søkerorganisasjon og prosjekteier: Landsforbundet for syns-og hørselshemmede (LSH/DB). Finansieringsinstitusjon: Stiftelsen Dam. Signert av Bedir Yiyit. Moss, 21.03.2022.

- Vedlegg 12: Revisors beretning til regnskap for prosjekt finansiert av Stiftelsen Dam. Prosjekttittel: «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv – SH/DB*». Prosjektnummer: 2019/HE2-280376. Finansieringsinstitusjon: Stiftelsen Dam. Statsautorisert revisor Inge-Henning Stikholmen. IHR Revisjon. Sted: Lysaker, Bærum. Signert dato: 28.03.2022.
- Vedlegg 13: Bekreftelse på at prosjektet er gjennomført i henhold til prosjektbeskrivelse og forutsetninger for bevilgning. Prosjekt nummer 2019/HE2-0376. Bekreftet prosjektregnskap til Stiftelsen Dam. Signert av prosjektansvarlig/prosjektleder Bedir Yiyit. Moss, 29.03.2022.
- Vedlegg 14: Prosjektgruppen. Turen går til: Norefjell med prosjektet «*Kom i gang med et sunt og aktivt liv*»! SynHør-bladet, 2020, nr. 5, s. 14-15.
<https://www.lshdb.no/synhor-bladet-9005s.html>
<https://admin.mekke.no/data/images/1009/SynHør%20bladet/SynHør-bladet%20nr%205%20-%202020%20Annonser.pdf>
- Vedlegg 15: Espen Vinje. Bedir er svaksynt og tunghørt – vil hjelpe andre opp av sofaen. Moss Avis, publisert 17.09.2019.
<https://www.moss-avis.no/bedir-er-svaksynt-og-tunghort-na-vil-han-hjelpe-andre-opp-av-sofaen/s/5-67-916542>