



MISLYKT RYGGOPERERT – GÅR NY VEI, FASE 2



.....VEL, SÅNN GRADVIS VET JEG DETTE

OM JEG ÆRLIG NÅ SKAL SI:

JEG KAN TRO DET DERE SIER,

JEG KAN KOMME MEG PÅ GLI!

MEN DET STØRSTE HER AV ALT ER NOK DETTE STORE HELL:

FRA MITT OPPHOLD HER PÅ HOSPITALET

HAR JEG NOK TRO PÅ MEG SELV!

TAKK!

Okt 2011



FORORD

Sykehuset i Vestfold, Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet har i samarbeid med Ryggforeningen og med midler fra Extrastiftelsen gjennomført prosjektet: "Mislykt ryggoperert går ny vei – fase 2". Denne rapporten er en oppsummering av det utviklingsarbeidet som er gjennomført i prosjektet, i tillegg til resultater fra utprøvingen av tilbudet som en gjennomført som en oppfølger til prosjektet "Mislykt ryggoperert går ny vei" (2007/3/0166). Hovedhensikten med prosjektet har vært å utvikle kartleggings- og behandlingsmodell for FBSS-pasienter (pasienter som har gjennomført ryggkirurgi men som til tross for dette har vedvarende smerteproblematikk og nedsatt funksjon) som representerer en mer nyansert smerteforståelse og på den måten tilrettelegger for en spesifikk og mer effektfull behandling.

Prosjektperioden har vart fra starten av 2010 og til utgangen av 2011. Her har 2010 vært brukt til planlegging, utprøving og faglig kompetanseheving hos prosjektgruppen. 2011 har vært året for gjennomføring av rehabiliteringsforløpet for den aktuelle pasientgruppen.

Prosjektet har vært driftet av et tverrfaglig team sammensatt av flere spesialiteter; lege, fysioterapeut, idrettspedagog, ergoterapeut og sykepleier. Disse har vært aktive bidragsytere til utviklingen og gjennomføringen av prosjektet i hele perioden. Videre har en prosjektleder vært aktiv del av utviklingsarbeidet fram til 1.4.2011. Etter at prosjektleder sluttet har en ny prosjektleder hatt en mer perifer rolle fram til evaluering av data og arbeid med rapportering fra prosjektet. En stor takk må derfor rettes til det tverrfaglige teamet som har tatt ansvar og sørget for at prosjektet har blitt lovet trygt i havn.

Videre er det på sin plass å rette en ekstra takk til rådgiver ved forsknings- og utviklingsavdelingen ved klinikken, Marjon Wormgoor, som har bidratt med verdifull hjelp til bearbeiding og analyse av data som er innsamlet i perioden.

Stavern, 15.februar 2012

Tone Berge Hansen

SAMMENDRAG

Rehabilitering 2009/3/0038

Bakgrunn: Sykehuset i Vestfold, Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering har gjennom mange år mottatt pasienter med langvarige invalidiserende ryggsmarter etter gjennomgått ryggkirurgi. Mangelen på et spesialisert rehabiliteringsopplegg rettet mot denne gruppen førte til at sykehuset i perioden 2007-2008 utviklet et rehabiliteringstilbud til denne gruppen i et prosjekt i samarbeid med Ryggforeningen og med økonomisk støtte fra Extrastiftelsen. Dette prosjektet ga noen verdifulle erfaringer som man ønsket å bygge videre på for ytterligere å forbedre og spesialisere et tilbud til en pasientgruppe hvor det finnes lite andre spesialiserte rehabiliteringstilbud. Man så en god korttidseffekt på psykisk helse, men lite endring med hensyn til smerter og fysisk funksjon. Pasientene presenterte et omfattende smertebilde, og man opplevde derfor et behov for en mer nyansert kartlegging og utredning. Gjennom dette ønsket man å oppnå en bedre forståelse av årsaker og sammenhenger til opplevde smerter og påvirkning på livssituasjonen for øvrig. Denne bakgrunnen var årsaken til at man valgte å sette i gang et nytt prosjekt for å gjennomføre og teste ut nye tilnærmingmåter.

Målsetting:

Videreutvikle en kartleggings- og behandlingsmodell for FBSS-pasienter som gjennom mer nyansert smerteforståelse tilrettelegger for en spesifikk og mer effektiv behandling.

Gjennomføring:

Den første delen av prosjektet ble brukt til å jobbe mer med kunnskapsutvikling og kompetanseheving. Blant annet gjennomførte hele teamet grunnkurs i NLP for å styrke veiledningskompetansen. Videre ble det jobbet med innholdet i rehabiliteringsforløpet, samt at det ble utviklet materiell til bruk i undervisning og veiledning for å gi deltagerne en mer nyansert smerteforståelse. Andre del av prosjektet ble brukt til gjennomføring og utprøving av rehabiliteringsforløp i grupper. Deltagerne deltok fra 1 inntil 3 opphold etter behov:

Veiledningsopphold. Hensikten med veiledningsoppholdet er å gi økt kunnskap og forståelse om ryggens oppbygning, funksjon og om smertemekanismer. Videre er det ønske om å iverksette en refleksjon over egen situasjon og sette i gang en endringsfokustert prosess.

Rehabiliteringsopphold. Hensikten med dette oppholdet er evaluering av hjemmearbeid etter første opphold, samt muligheter for justeringer og utprøving av andre tiltak og metoder for det videre rehabiliteringsforløpet.

Oppfølgingsopphold. Det er under dette oppholdet lagt stor vekt på refleksjon i forhold til deltagerens mål, evalueringer etter perioden hjemme og fokus på veien videre.

Resultater og videre planer:

Gjennom perioden har vi opparbeidet mer kunnskap både om kartleggingsverktøy, pasientgruppen og egnede veiledningstiltak. Pasienttilfredshet og behandlingseffekt viser positive resultater som vi kan bygge videre på i tilbudet til denne gruppen pasienter.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET – MÅLSETTING	5
HOVEDMÅLET FOR PROSJEKTET	6
2 PROSJEKTGJENNOMFØRING – METODE	7
2.1 ETABLERING AV PROSJEKTET MED TVERRFAGLIG TEAM	7
2.2 FREMDRIFTSPLAN	7
2.3 FINANSIERINGSPLAN	8
2.4 KUNNSKAPSUTVIKLING OG METODEBESKRIVELSE	8
<u>2.5 BESKRIVELSE AV REHABILITERINGSFORLØPET</u>	<u>9</u>
2.6 BESKRIVELSE AV INNHOLDET I DE ULIKE OPPHOLDENE	10
2.7 VALG AV KARTLEGGINGSVERKTØY	11
2.7.1 Evaluering av pasienttilfredshet	12
2.8 Håndtering av spørreskjemaene	12
2.9 Statistisk bearbeiding	12
3 RESULTATER OG RESULTATVURDERING	12
3.1 Ettårs evaluering av deltagere fra forrige prosjekt.	12
3.2 Demografiske data for deltagerne i prosjektet.	13
3.3 SMERTE	14
3.4 FUNKSJON	15
3.5 OPPFATNINGER OM HELSEPLAGER	15
3.6 SMERTE OG FYSISK AKTIVITET	16
3.7 LENGDE PÅ REHABILITERINGSFORLØPET	16
3.8 Deltagernes egenvalgte aktiviteter	16
3.9 EVALUERING AV PASIENTTILFREDSHET	17
3.8.1 Evaluering av veiledningsoppholdet	17
3.8.2 Evaluering av rehabiliteringsoppholdet	19
3.8.3 Evaluering av oppfølgingsoppholdet	20
3.9 Resultatvurdering	21
4. Oppsummering/konklusjon/videre planer	22
Referanseliste	23

1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET – MÅLSETTING

En andel av ryggopererte pasienter utvikler invalidiserende ryggsmarter. Det finnes ingen definert diagnose, men i litteraturen er dette beskrevet som et syndrom; "failed back surgery syndrome" (FBSS)ref 1. Vi snakker da om pasienter som er ryggoperert og som opprettholder symptomer som f. eks smerter etter operasjonen. I noen tilfeller er det også snakk om pasienter som opplever forsterkede symptomer etter kirurgi. Pasientene med postoperative kroniske ryggsmarter er en særlig utfordrende gruppe. Mange har gjennomgått flere kirurgiske inngrep uten tilfredsstillende klinisk effekt. De har ofte sterke smerter som begrenser daglige aktiviteter og sosial deltagelse, og mange blir uføre allerede i ung alder. Felles for mange av disse pasientene er at de ofte har prøvd ut mange typer behandlingstilbud for å lindre smerter uten å oppnå varig effekt. Treningsoppleggene for disse pasientene har så langt vanligvis vært en kombinasjon av bevegelse, styrke, utholdenhet og koordinasjon. Ofte er responsen hos denne pasientgruppen preget av økt smerte. Så vidt vi kjenner til finnes det ikke noe etablert behandlingstilbud for pasienter med FBSS i Norge. Heller ikke i internasjonal litteratur er det publisert noen systematiske oversiktsartikler, retningslinjer eller effektive behandlingsprogram for denne pasientgruppen.

Sykehuset i Vestfold, klinikk FMR, Kysthospitalet har lang og bred erfaring i forhold til forskning og behandling av pasienter med muskelskjelett-plager. De senere årene har klinikken hatt et økende fokus på å strukturere og kvalitetssikre ulike rehabiliteringsforløp. Det har gjennom årene blitt henvist pasienter med langvarig invalidiserende smerter til klinikken, inkludert pasienter med FBSS.

I 2008 gjennomførte klinikken i samarbeid med Ryggforeningen og finansiert av Extrastiftelsen et prosjekt; "Mislykt ryggoperert – går ny vei" (2007/3/0166). Målsettingen med prosjektet var å utvikle et mer tilpasset og spesialisert rehabiliteringstilbud for ryggopererte med invalidiserende smerter, og hvor effektmålene var knyttet til redusert smerte, økt funksjonsevne og bedret livskvalitet. Tilbudet ble utviklet på bakgrunn av dokumentert kunnskap og basert på tilgjengelig forskning og klinisk erfaring kombinert med utprøving av nye metoder.

Dette prosjektet ga ny og verdifull kunnskap om den aktuelle pasientgruppen, ulike kartleggingsverktøy og ikke minst egnede tiltaks- og veiledningsmetoder.

Effektmålene i prosjektet viste at pasientene ble mindre bekymret for ryggplagene sine og opplevde situasjonen mindre psykisk belastende. Videre opplevde de en øket egenmestring og økende tilfredshet med livet. Dette til tross for at man ikke så en varig bedret smerteopplevelse i rygg/ben på kort sikt. Vurderingen av pasienttilfredshet viste overveiende gode tilbakemeldinger

Erfaringene i prosjektperioden førte til ønsker om å gjøre ytterligere forbedringstiltak i behandlingsforløpet. Særlig var det ønskelig å se mer på utredning og pasientenes forståelse av smertemekanismene. Dette ville kunne gi et grunnlag for mer nyansert og bedre tilpasset behandling.

HOVEDMÅLET FOR PROSJEKTET

Utvikle en kartleggings- og behandlingsmodell for FBSS-pasienter som gjennom mer nyansert smerteforståelse tiltrettelegger for en spesifikk og mer effektiv behandling.

DELMÅL

1. Gjennomføre ett-års evaluering av pasientene som gjennomførte rehabiliteringsforløpet i prosjektperioden 2008-2009, som et grunnlag for videreutviklingen av behandlingstilbudet.
2. Øke kunnskap i tverrfaglig behandlingsteam om ulike smertemekanismer, mulige årsaker og symptombilder, i forhold til:
 - a. Ulike strukturelle årsaker, muskulære forhold og nevropatiske smerter.
 - b. Betydningen av den psykiske belastning av å ha langvarige smerter.
3. Videreutvikle og systematisere en klinisk undersøkelsesmodell som gir det tverrfaglige teamet og pasienten en felles forståelse av pasientens smertemekanismer.
4. Videreutvikle og lage undervisningsmodeller, verktøy og veiledningsmateriale for pasienter, med formål om:
 - a. Å gi innsikt i ulike smertemekanismer og vurdere/forstå sitt eget smertebilde.
 - b. Å gi innsikt i betydningen av den psykiske belastning det er å gå med langvarige smerter, og å lære hensiktsmessige mestringsstrategier.
5. Prøve ut ulike behandlingsmetoder ut i fra individuelle behov og forståelsen av smertemekanismer.
6. Erfaringsbasert evaluering av undersøkelsesmodell og valgte behandlingstiltak, når det gjelder smerter, funksjon i hverdagen og generell livskvalitet.

2 PROSJEKTGJENNOMFØRING – METODE

På bakgrunn av tidligere erfaringer og et ønske om å ytterligere forbedre tilbudet til denne pasientgruppen ble det søkt om og innvilget midler fra Extrastiftelsen til et oppfølgende prosjekt i samarbeid med Ryggforeningen. Dette prosjektet "Mislykt ryggoperert –går ny vei, fase 2" er gjennomført i 2010 – 2011. 2010 ble først for fremst brukt til utvikling av innholdet i behandlingsmodellen parallelt med gjennomføring av rygg-grupper i ordinær drift. I tillegg ble det i 2010 også gjennomført en ett-års evaluering av resultatene fra første prosjekt. 2011 ble med dette det ordinære driftsåret med gjennomføring av gruppebaserte opphold. Tilbudet til deltagerne i prosjektet har bestått av inntil 3 opphold i klinikken av ulik varighet.

2.1 ETABLERING AV PROSJEKTET MED TVERRFAGLIG TEAM

Som ved forrige prosjektperiode har det også denne gangen blitt etablert et tverrfaglig team som sammen med prosjektleder har stått ansvarlig for gjennomføringen. Ulike faggrupper har vært sentrale i både forarbeid og ikke minst gjennomføringen av prosjektet. Det tverrfaglige teamet har bestått av ergoterapeut, fysioterapeut, idrettspedagog, lege og sykepleiere. (Fra prosjektleder sluttet ved sykehuset i april 2011 har teamet hatt hovedansvar for gjennomføringen av prosjektet, mens prosjektleder har vært i en mer perifer rolle knyttet til evaluering og rapportering)

Utover dette har det vært knyttet en referansegruppe til prosjektet bestående av hele ryggteamet ved seksjon B på SIV (Sykehuset i Vestfold), Klinikkk FMR (Fysikalsk medisin og rehabilitering), Kysthospitalet, i tillegg til brukerrepresentant og representanter fra Forsknings- og Utviklingsavdelingen ved klinikken.

2.2 FREMDRIFTSPLAN

Fremdriftsplanen for prosjektet er vedlagt denne rapporten, og den har lagt føringer for utviklingsarbeidet. Man startet innledningsvis med en ett-års evaluering av pasientene som gjennomførte rehabiliteringsforløpet i prosjektperioden 2008-2009. Videre ble det brukt tid på evaluering av behandlingsforløpet. Det ble lagt en plan for kunnskapsutvikling i teamet ved hjelp av strukturert arbeid internt i klinikken kombinert med deltagelse på eksterne kurs. I forbindelse med implementeringen av tiltakene og gjennomføringen av rehabiliteringsforløpene ble også grunnlaget for ny datainnhenting lagt. Det har blitt vektlagt å se på en erfaringsbasert evaluering av undersøkelsesmodell og valgte behandlingstiltak, både med hensyn til smerter, funksjon i hverdagen og generell livskvalitet.

Endringer

Det ble nødvendig med noen endringer underveis i prosjektet. Klinikken har i prosjektperioden vært gjennom en stor omorganisering som førte til en del interne endringer for personalet både med hensyn til arbeidsoppgaver og arbeidssted. Videre har det vært noe utskifting av prosjektmedarbeidere i tillegg til at prosjektleder sluttet i april 2011. Til tross for dette har gjennomføringen av rehabiliteringsforløpene blitt fullført, men med noen forsinkelser.

2.3 FINANSIERINGSPLAN

Prosjektet er finansiert via midler fra Helse og Rehabilitering v/Extrastiftelsen. Midlene har gitt mulighet til å prioritere fagutvikling hos prosjektmedarbeiderne, via interne og eksterne kurs/konferanser. Videre har midlene vært brukt til å dekke en prosjektleder i 40 % stilling fram til april 2011 og videre lønnsmidler til å dekke ekstraarbeid for det tverrfaglige teamet og prosjektleder som står for evalueringsrapporten. Det ser ut til at noen av de tildelte midlene vil være ubrukt ved avslutningen av prosjektet.

2.4 KUNNSKAPSUTVIKLING OG METODEBESKRIVELSE

Innledningsvis i perioden har det vært satt av tid til å lage en plan for kunnskapsutvikling. Blant annet har arbeidet bestått av litteratursøk for å ivareta kunnskap om det nyeste som er gjort innen feltet FBSS.

Et av delmålene for prosjektet var:

1. Videreutvikle og lage undervisningsmodeller, verktøy og veiledningsmateriale for pasienter, med formål om å gi innsikt i ulike smertemekanismer og vurdere/forstå sitt eget smertebilde.

Derfor ble det lagt ned mye jobb med å utvikle en ny veiledningsperm som har blitt benyttet i samtaler med pasientene. Permen har vært et nyttig hjelpemiddel for å få mer kunnskap om deltagerens egen oppfattelse av årsaken til plager. Den bidrar også til å gi innsikt i ulike smertemekanismer og hjelper den enkelte til å vurdere/forstå sitt eget smertebilde.

På bakgrunn av forrige prosjektperiode var det også et uttrykt ønske om å rette fokus mer mot deltagerens eget arbeid med egen situasjon. Det ble derfor også jobbet med å utvikle mer konkrete og målsettingsfokuserende oppgaver, som deltagerne skulle jobbe med i periodene hjemme.

Teamet gjennomførte intern undervisning for legegruppen for å fokusere på å få henvist pasienter til tilbudet som var i tråd med inntakskriteriene til prosjektet.

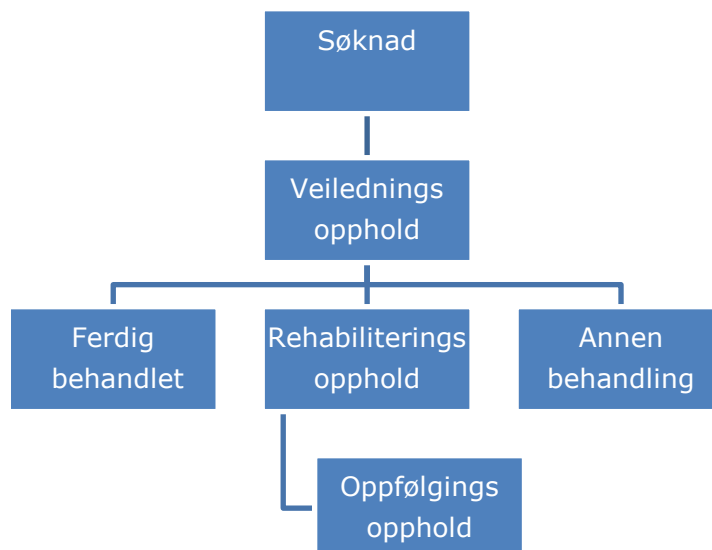
For å styrke veiledningskompetansen i prosjektet gjennomførte hele det tverrfaglige teamet grunnkurs i NLP i 2011. Kurset ble avholdt internt på klinikken. NLP er en form for kommunikasjonsteknikk bygget opp rundt nevrologi, lingvistikk og programmering. Den nevrologiske delen representerer først og fremst sansene og hvordan vi danner meninger og handler på bakgrunn av disse meningene. Den lingvistiske delen ordner tanker, adferd og kommunikasjon med andre. Programmeringen består i å organisere ideer og handling for å kunne produsere resultater. Målet med NLP er å gi enkeltindividet hjelp til selvinnsikt og forandring av tanke- og atferdsmønster.

2.5 BESKRIVELSE AV REHABILITERINGSFORLØPET

Inklusjonskriteriene for prosjektet har vært likt som ved første prosjekt:

- Alder mellom 18 og 65 år
- Skal være korsryggsoperert
- Minimum 3 mnd siden siste operasjon, og reoperasjon skal ikke anses for aktuelt
- Ved operasjon utført for mindre enn ett år siden skal operatør kontaktes for å avklare om pasienten er ferdigbehandlet

Rehabiliteringsforløpet fra søknad til ferdig behandling



I 2011 har det vært gjennomført til sammen 17 opphold, samt 1 opphold i januar 2012. Oppholdene fordeler seg slik:

8 veiledningsopphold

6 rehabiliteringsopphold

3 (+1) oppfølgingsopphold.

35 pasienter har deltatt i løpet av hele prosjektperioden fra 2010 - 2012. Det vil si at 35 pasienter har vært inne til 1. opphold som er veiledningsoppholdet. Behovet for å delta i tilbudene om

rehabiliteringsopphold og oppfølgingsopphold har deltagerne vurdert selv i samarbeid med prosjektmedarbeiderne.

Fra første prosjekt er det gjort noen erfaringsbaserte endringer i innhold og tilbud. Blant annet har det vært et økende fokus på å møte deltagerne med tydelighet og konkrete innspill. Det har vært fokusert mer på å ansvarliggjøre deltagerne og det har vært viktig å tydeliggjøre deltagernes egen innsats og ansvar for egne valg. Videre har tilnærming og undervisning hatt større fokus på det helhetlige bildet og sett mer på deltagernes muligheter for endringer på egne arenaer; jobb, hjemmesituasjon osv. Videre har fokus på planarbeid vært intensivert, og deltagerne har selv satt seg konkrete mål for arbeidsoppgaver etter hjemkomst.

2.6 BESKRIVELSE AV INNHOLDET I DE ULIKE OPPHOLDENE

2.6.1 VEILEDNINGSOPPHOLD

Hensikten med veiledningsoppholdet er å gi økt kunnskap og forståelse om ryggens oppbygning, funksjon og om smertemekanismer. Videre er det ønske om å iverksette en refleksjon over egen situasjon og sette i gang en endringsfokusert prosess.

Veiledningsoppholdet har en varighet på 7 dager avbrutt av et helgeopphold hjemme med innlagte hjemmeoppgaver. Oppholdet består av gruppebasert undervisning med oppdatert kunnskap om ryggens oppbygning og funksjon. Videre er det lagt opp til gruppebaserte aktivitetstimer med fokus på bevisstgjøring knyttet til bevegelsesmønster, opplevelse av mestring, samt å trygge og gi positive opplevelser knyttet til det å være i fysisk aktivitet og bruke/bevege ryggen i det daglige. Utover dette har deltagerne også blitt møtt på egne behov knyttet til kunnskap om egne plager i form av individuell veiledning.

2.6.2 REHABILITERINGSOPPHOLD

Rehabiliteringsoppholdet er av 2 ukers varighet og gjennomføres ca 2-4 uker etter veiledningsoppholdet. Hensikten med dette oppholdet er evaluering av hjemmearbeid etter første opphold, samt muligheter for justeringer og utprøving av andre tiltak metoder for det videre rehabiliteringsforløpet. Deltagerne jobber mye med egen situasjon. Det er lagt opp til varierte aktiviteter innendørs og utendørs, samt en rekke tematimer. Disse tematimene har vært dialogbasert og pasientenes egne erfaringer er i fokus. De ulike temaene omhandler søvn, mestring og stress, smerter og smertemekanismer, livsstil og kosthold, og daglig aktivitet. Endringer fra første prosjektperiode er knyttet til mer konkret og målrettet jobbing med egen situasjon. Videre er innhold i, og antall tematimer endret på bakgrunn av erfaring i teamet og tilbakemeldinger fra pasienter. Det er også gjennomført en utvidelse av

aktivitetstilbudene. Deltagerne har også fått tilbud om åpen legetime, men det er det relativt få som har valgt å benytte seg av. Sammenliknet med forrige prosjekt er det vesentlig flere deltagere som har hatt ønske om å delta på et rehabiliteringsopphold, noe som har ført til at det har vært behov for å rydde plass til flere grupper.

2.6.3 OPPFØLGINGSOPPHOLD

Oppfølgingsoppholdet er et tilbud av 3 dagers varighet ca 3 mnd etter rehabiliteringsopphold. Tidligere evalueringer har vist at deltagere som benytter seg av dette i stor grad har opplevd det som betydningsfullt å komme inn til et oppfølgingsopphold. Blant annet har det representert en trygghet i å ha fagfolk å kunne konferere med etter en lengre periode med utprøving og planarbeid hjemme. Det er under dette oppholdet lagt stor vekt på refleksjon i forhold til deltagerens mål, evalueringer etter perioden hjemme og fokus på veien videre.

2.7 VALG AV KARTLEGGINGSVERKTØY

I første prosjektperiode ble det valgt ut noen kartleggingsverktøy, og disse har vi valgt å bruke også i denne sammenhengen. Det er viktig å velge ut verktøy som kan ha klinisk nytte og som kan gi en evaluering av rehabiliteringsforløpet. Noe er knyttet opp mot demografiske data og andre standardiserte skjemaer gir et grunnlag for kartlegging av funksjon i hverdagsaktiviteter, smerteoppfattelse, håndtering av smerter, psykisk helse og generell livskvalitet.

Under følger en kort beskrivelse av de valgte skjemaene:

- Oswestry Disability Inventory (ODI) ref.2, tar for seg funksjon
- The Tampa Scale of Kinesophobia (TSK)ref.3, omhandler smerteadferd og unngåelsestenkning
- Brief Illness Perception Scale (BIPQ) ref. 4, kartlegger oppfatninger av helseplagene
- Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) ref.5, kartlegger hvilket stadium pasientene er knyttet til motivasjon for endring
- Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-10)ref. 6, omhandler forekomst av angst, depresjon og somatisering
- Life Satisfaction (LiSat-8)ref. 7, kartlegger pasientenes tilfredshet med ulike livsområder og med livet som helhet

Ved starten av veiledningsoppholdet ble i tillegg de demografiske dataene om deltagerne samlet inn (kjønn, alder, yrkesstatus, sivilstatus osv). Videre ble det ved oppstarten av de tre oppholdene (veiledning, rehabilitering og oppfølging) kartlagt smerteintensitet, smerteopplevelse, bruk av smertestillende medikamenter, arbeidsfravær, forventet arbeidsfravær, deltagerens egen vurdering av helsetilstand og årsak til smertene samt mosjonsvaner.

2.7.1 Evaluering av pasienttilfredshet

Ved avslutning av hvert av oppholdene gjennomførte deltagerne en anonym evaluering av oppholdet. Resultatene av evalueringene vil også bli presentert i kapittel 3 sammen med resterende data. Pasientenes tilbakemeldinger er av meget stor betydning for og til enhver tid å kunne justere innhold og form på tilbudene i tråd med de behov og erfaringer en opplever over tid.

2.8 Håndtering av spørreskjemaene

Alle data er behandlet anonymt og konfidensielt. Prosjektet er søkt godkjent i NSD (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste) og håndtering av spørreskjemaer og informasjon er i tråd med gjeldende retningslinjer.

2.9 Statistisk bearbeiding

Svar på spørreskjemaer og evalueringsskjemaer er registrert i Excel og lagret på den interne serveren ved sykehuset knyttet til forsknings- og utviklingsavdelingen (FOU). Det er gjennomført en statistisk bearbeidelse i SPSS. Populasjonen er beskrevet ved en frekvensfordeling for de ulike variablene. Øvrige data er presentert ved gjennomsnittsverdier, og endringer i variablene over tid er vurdert og sammenliknet med paret t-test. Endringer i kategorivariabler er behandlet med Wilcoxon's signed rank test for ikke-parametriske data. Sammenhengen mellom endringer i variablene ble vurdert med Pearsons korrelasjonskoeffisient.

Statistisk signifikans er vurdert ved en p-verdi mindre enn 0,05.

3 RESULTATER OG RESULTATVURDERING

3.1 Ettårs evaluering av deltagere fra forrige prosjekt.

Effektmålene fra første prosjektperiode viste at deltagerne ble mindre bekymret for ryggplagene sine, og at de opplevde situasjonen sin som mindre psykisk belastende. Det ble også registrert at de mestret egen situasjon bedre og viste økende tilfredshet med livet. Deltagerne hadde hatt plagene sine i svært lang tid og en er kjent med at endringsprosesser kan ta tid. Derfor var det ønskelig å gjennomføre en ettårs evaluering av deltagerne som en innledning til denne prosjektperioden. Evalueringen ble gjennomført med kvalitative telefonintervju av 10 tidligere prosjektdeltagere.

Spørsmålene som ble stilt var en kombinasjon av temaer knyttet til deltagernes læringsutbytte etter oppholdet ved klinikken og en evaluering av tilbudet. Deltagerne besvarte også de spørreskjemaene som ble brukt ved oppholdene.

Deltagerne rapporterte om godt læringsutbytte knyttet til mestring og bruk av egen kropp. Videre rapporterte de om at de hadde økt sitt aktivitetsnivå og noen hadde også gjenopptatt gamle aktiviteter.

Besvarelsen på spørreskjemaene viste at resultatene fra før oppfølgingsoppholdet var opprettholdt.

Teamet satte seg som mål for dette prosjektet å være mer bevisste på å veilede deltagerne til å legge en plan for veien videre og å sette konkrete mål for hva den enkelte skulle jobbe videre med

hjemme. Dette ønsket man å gjøre bl.a. ved å innføre bruk av COPM (Canadian Occupational Performance Measure) hvor deltagerne selv var bevisst på aktiviteter de ønsket å jobbe videre med.

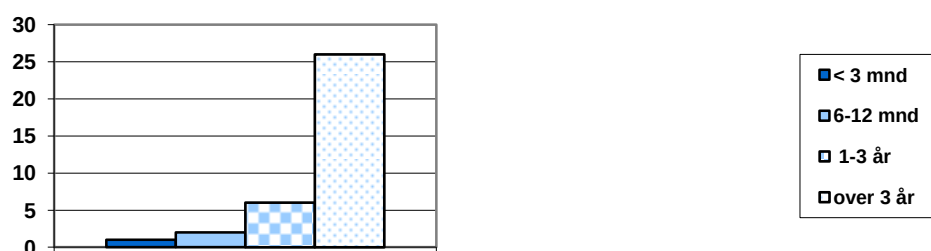
3.2 Demografiske data for deltagerne i prosjektet.

Demografiske data	Veiledningsopphold
Alder; gjennomsnitt (median), min-maks	52 år, 37-70
Kjønn	16 menn 19 kvinner
Morsmål	35 norsk
Lese-skrivevansker	ingen
Røyker daglig	17
Ikke røykere	17
Sivilstatus;	
Gift/samboer	28
Bor alene	7
Utdannelse;	
Ingen fullført utdanning	1
Grunnskole	6
Vdg.skole	8
Fagbrev	13
Høyskole/universitet	5
Annet	1
Sysselsetting:	
Arbeid	4
Ulønnet arbeid (eks hjemmet)	1
Arbeidsledig	4
Dels/helt sykemeldt	13
Student	0

Ved sammenlikning av dataene i dette prosjektet med dataene i forrige prosjekt er det ingen signifikant forskjell med hensyn til demografi. Gruppene er altså sammenliknbare med hensyn til både alder, sivilstatus, utdanningsnivå og sysselsettingsgrad.

3.3 SMERTE

Figuren under viser hvor lenge deltagerne har hatt aktuelle smerter (n=35)



26 av 35 deltagere rapporterer at nåværende smertesituasjon har vart i mer enn 3 år. Antall mnd/år med smerter skiller seg ikke signifikant fra deltagerne ved forrige prosjekt.

Pasientene angir også smerteområder på et avkrysningsskjema, hvor kroppen er delt inn i 10 områder. Samtlige deltagere krysser av at de har smerter i rygg og i tillegg svarer 29 av 35 at de har smerter ut i ben. I likhet med demografisk sammensetning er heller ikke smerteutbredelse og smertevarighet signifikant forskjellig fra forrige prosjekt.

Et av punktene det er aktuelt å gå nærmere inn på er endring i smerteopplevelse underveis i rehabiliteringsforløpet (fra veiledningsopphold via rehabiliteringsopphold til oppfølgingsopphold).

Deltagerne skal her besvare følgende spørsmål: Hvordan vil du gradere de smertene du har hatt i rygg/hofte siste uke. Svar avgis ved å sette ring rundt et tall fra 0-10 hvor 0 representerer ingen smerter og 10 representerer; "så vondt som det går an å ha".

Tabellen viser dette skjematisk satt opp

Før veiledningsopphold	Etter rehabiliteringsopphold	p-verdi
6,9	5,8	0,047

Før rehabiliteringsopphold	Etter rehabiliteringsopphold	
6,9	5,8	0,048

Endringene i deltageres smerter i snitt endrer seg altså signifikant fra før veiledningsoppholdet og til etter rehabiliteringsoppholdet.

29 av 35 deltagere oppga smerter ut i ben, men på det området ser man ingen signifikant endring i smerteopplevelsen.

Forholdet til smerter og smertemestring ble også registrert med PSOCQ-skjema. Spørsmålene var gradert fra 1-5 fra sterkt uenig til svært enig. I løpet av rehabiliteringsperioden fra før veiledningsoppholdet til før oppfølgingsoppholdet ble det registrert en signifikant gjennomsnittlig endring fra 2,14 til 3,00.

3.4 FUNKSJON

Endring i funksjon ble i prosjektet blant annet registrert ved hjelp av Oswestry disability index (ODI). Denne registreringen er utformet for å gi opplysninger om ryggsmertenenes påvirkning på evnen til å klare aktiviteter i dagliglivet, eks personlig stell, søvn, sosialt liv og seksualliv. Spørsmålene som besvares er enkeltvis inndelt fra 0-5 hvor en score på 0 vil si at aktiviteten kan gjennomføres uten å gi mer smerter eller hindre funksjon, og 5 indikerer sterke smerter som påvirker funksjon i stor grad. Siden man så en signifikant endring i deltageres smerteopplevelse er det også interessant å se på eventuelle endringer på funksjon.

Gjennomsnittlig score på ODI fra før rehabiliteringsoppholdet og til før oppfølgingsoppholdet ble redusert fra 34,5 til 30,6 og var grensesignifikant. Dvs. at deltagerne oppnådde en noe bedret funksjon.

3.5 OPPFATNINGER OM HELSEPLAGER

Deltageres oppfatninger om egne helseplager ble registrert bl.a. med BIPQ. Her skulle de krysse av på en skala fra 0 til 10 for hvordan de oppfattet egne plager i forhold til bla påvirkning på livet, kontroll over plager, bekymringer for plagene, forståelse for plagene osv.

Før veiledningsopphold	Etter rehabiliteringsopphold	p-verdi
5,7	4,8	0,053

Endringene fra før veiledningsoppholdet og til etter rehabiliteringsoppholdet viste altså en signifikant endring hos deltagerne.

3.6 SMERTE OG FYSISK AKTIVITET

TSK (Tampa Scale of Kinesophobia) registrerte elementer knyttet til smerteadferd og unngåelsestenkning hos deltagerne. Endring fra før veiledningsoppholdet til før oppfølgingsoppholdet viste en gjennomsnittlig redusert score fra 27,4 til 23 og var signifikant.

3.7 LENGDE PÅ REHABILITERINGSFORLØPET

I alt 35 deltagere gjennomførte veiledningsopphold i prosjektperioden. Av disse deltok 20 på rehabiliteringsopphold, mens 16 deltagere gjennomførte oppfølgingsopphold. Det kan være ulike årsaker til at deltagere har droppet videre opphold etter veiledningsoppholdet og det vil jeg komme litt tilbake til i diskusjonskapittelet. Men det kan være interessant å se på om det er noe som skiller deltagerne på de ulike oppholdene med hensyn til score på de ulike parameterne.

Etter rehabiliteringsoppholdet var det ingen forskjell på deltagerne med hensyn til smerter/smertemestring, funksjon eller motivasjon for adferdsendring (TSK, Oswestery, PSOCQ). Det man imidlertid ser, er at de som ikke kom til oppfølgingsopphold etter rehabiliteringsopphold hadde mindre smerter i rygg og ben (altså større endring fra utgangspunktet), lavere score på BIPQ, lavere score på legemlig og psykisk press (HSCL) og høyere tilfredshet med livet (LISAT).

Deltagerne som ikke kom inn til oppfølgingsopphold oftere var utføretrygdet (53 % mot 19 %), mindre ofte sykemeldt (26 % mot 50 %), og de vurderte etter rehabiliteringsoppholdet større sjanse for at de skulle være tilbake i arbeid etter 6 mnd (6,4 vs 3,1).

Korellasjon mellom ulike måleparametre og forventninger om å være tilbake i arbeid om 6 mnd:

Mål	Korrelasjon	p-verd
LiSat	0.818	.000
HSCL	-0.58	.005
TSK	-0.547	.008
BIPQ	-0.648	.001
Oswestry	-0.436	.070
Ryggsmerter	-0.455	.033

3.8 Deltagernes egenvalgte aktiviteter

Forrige prosjekt viste at man kan se en noe begrenset effekt av rehabiliteringsforløpet ved kun å se på standardiserte spørreskjema. Ett års evalueringen som ble gjort pr telefon med noen av deltagerne i forrige prosjekt var overbevisende når det gjaldt å anerkjenne rehabiliteringsforløpets verdi for enkeltindividets deltagelse i aktivitet. Det var derfor ønskelig å legge inn en evaluering av deltagerne egne valgte aktiviteter relatert til utførelse og tilfredshet. For å gjennomføre dette valgte man å benytte seg av Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM er et redskap som brukes av ergoterapeuter til resultatmåling. Det er konstruert for å oppfange endringer i en pasients vurdering av utførelsen og tilfredshet med betydningsfulle aktiviteter. Deltagerne i prosjektet fikk i oppgave å fremheve 2-4 aktiviteter oppgaver som var viktige for at de skulle ha det bra eller som de savnet å kunne utføre. Mange fremhevet daglige aktiviteter som å gå tur, sykle, gå på jakt, husarbeid, snekre, leke med barn, spille fotball og å være sosial.

På hvert av de tre oppholdene gjorde deltagerne ny vurdering av utførelse og tilfredshet knyttet til de aktiviteter de hadde valgt.

Utførelse 1 viser et snitt av aktivitetene ved første opphold, utførelse to er knyttet til andre opphold og utførelse 3 er knyttet til snittet av deltagernes egenvurdering ved siste opphold. Tilfredshet 1,2 og 3 fordeler seg på samme måte.

Utførelse 1 (n=19)	Utførelse 2 (n=19)	p-verdi
3.544	5.803	.000
Utførelse 2 (n=14)	Utførelse3 (n=14)	
5.208	6.250	.087
Utførelse 1 (n=15)	Utførelse 3 (n=15)	
3.689	6.433	.000
Tilfredshet 1(n=19)	Tilfredshet 2 (n=19)	
2.925	4.706	.001
Tilfredshet 2 (n=14)	Tilfredshet 3 (n=14)	
4.244	5.881	.055
Tilfredshet 1 (n=15)	Tilfredshet 3 (n=15)	
3.272	6.044	.002

Ved analyse av dataene og når gjennomsnittet av de ulike aktivitetene ses under ett, er det klart signifikante endringer i positiv retning når det gjelder deltagernes egen opplevelse av både utførelse og tilfredshet knyttet til oppgavene.

3.9 EVALUERING AV PASIENTTILFREDSHET

Pasienttilfredshet ble målt ved avslutning av hvert av oppholdene. Spørsmålene ble besvart anonymt og det ble gitt anledning til å komme med personlige kommentarer knyttet til hvert enkelt spørsmål.

Evalueringskjemaene som ble brukt ved hvert enkelt opphold ligger som vedlegg til denne rapporten. Flere av spørsmålene i evalueringen er knyttet til konkrete forhold rundt den enkeltes opphold og betydningen av de ulike tiltakene som er gjennomført. Det er valgt ut noen områder fra evalueringen som er spesielt presentert i rapporten, da disse spørsmålene er særlig relevante knyttet til målene i dette utviklingsprosjektet.

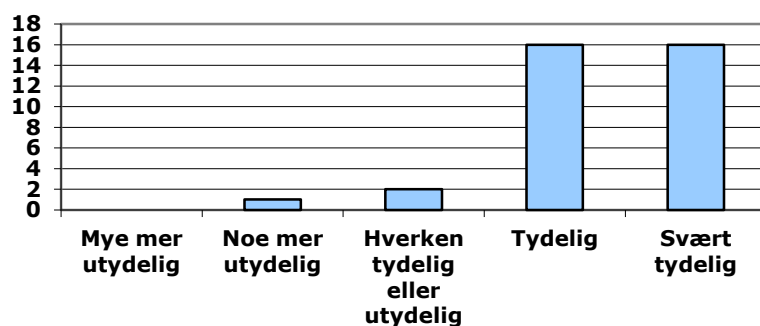
3.8.1 Evaluering av veiledningsoppholdet

Et av målene for prosjektet var å videreutvikle og lage undervisningsmodeller, verktøy og veiledningsmateriale for gi pasienter innsikt i ulike smertemekanismer og vurdere/forstå eget smertebilde. Teamet har ved veiledningsoppholdet fokusert på å gi deltagerne økt kunnskap og forståelse om ryggens oppbygning, funksjon og smertemekanismer. Det har vært jobbet med å

iverksette en refleksjon over egen situasjon og egne utfordringer, samt en ansvarliggjøring som kan være med på å starte en endringsfokusert prosess.

I evalueringen av oppholdet ble det spurt om i hvilken grad det ble tydeligere for deltagerne hva som er den enkeltes problemstillinger/utfordringer

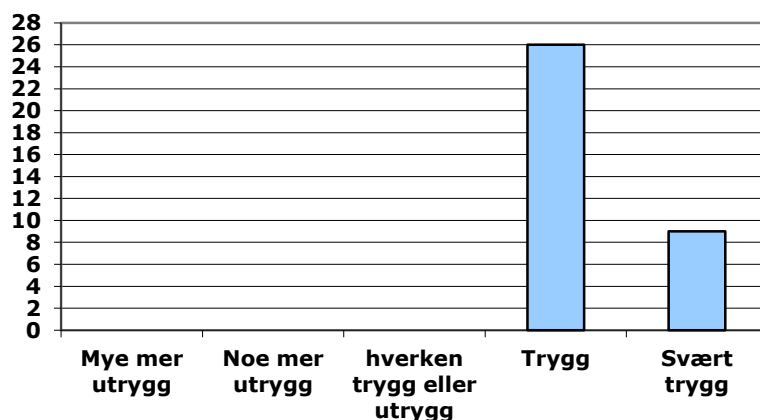
I hvilken grad ble det tydeligere for deg hva som er dine problemer/utfordringer?



Resultatene av evalueringen viser her at av 35 deltagere opplevde 32 stk at de oppnådde tydelig eller svært tydelig hva som var egne problemer/utfordringer. Det er vesentlig flere enn ved tidligere evalueringer, og viser at man har lykket med å sette i gang egenrefleksjon hos deltagerne.

Deltagerne ble også spurt om i hvilken grad veiledningsoppholdet førte til at de ble tryggere på hvordan de kan jobbe videre med problemstillingene/utfordringene.

I hvilken grad ble du tryggere på hvordan du kan jobbe videre med problemstillingene/utfordringene?



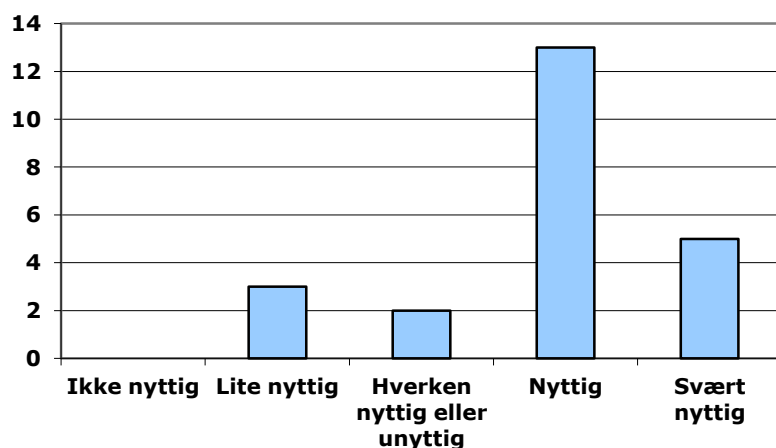
Av 35 deltagere svarte hele 26 at de ble tryggere, mens 9 opplevde at de ble svært trygge på hvordan de skulle jobbe videre med problemstillingene/utfordringene sine.

Sammenliknet med forrige prosjektperiode scoret deltagerne i dette prosjektet signifikant høyere på begge disse spørsmålene fra evalueringen av veiledningsoppholdet.

3.8.2 Evaluering av rehabiliteringsoppholdet

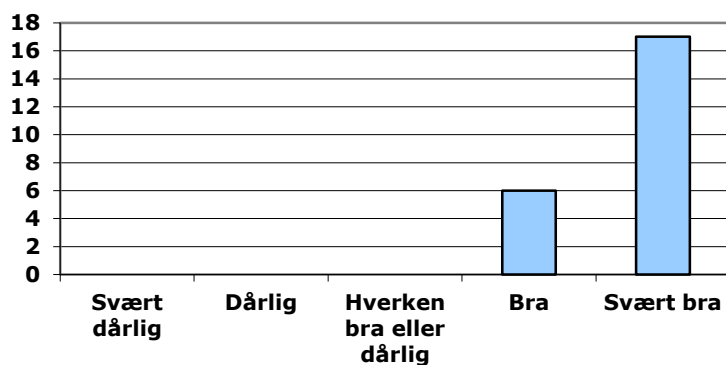
Rehabiliteringsoppholdet ble gjennomført noen uker etter veiledningsoppholdet. Teamet erfarte en økt andel deltagere som ønsket seg videre til rehabiliteringsopphold, og man måtte derfor sette opp ekstra grupper. Evalueringen av dette oppholdet var fokusert mye på erfaringene med tematimene som er lagt til fra forrige prosjektperiode. Videre var det også vektlagt å få deltagernes tilbakemeldinger på i hvilken grad de opplevde hjemmeoppgavene som nyttige i prosessen og arbeidet med egne mål, og i hvilken grad oppholdet førte til en tydeligere og mer målrettet prosess for deltageren.

I hvilken grad var oppgave i helgene nyttig i prosessen mot dine mål?



23 deltagere besvarte evalueringsskjema etter rehabiliteringsoppholdet og av disse opplevde 18 stk hjemmeoppgavene i helgene som nyttige eller svært nyttige i prosessen mot egne mål.

I hvilken grad førte oppholdet til tydeligere og mer målrettet prosess for deg?



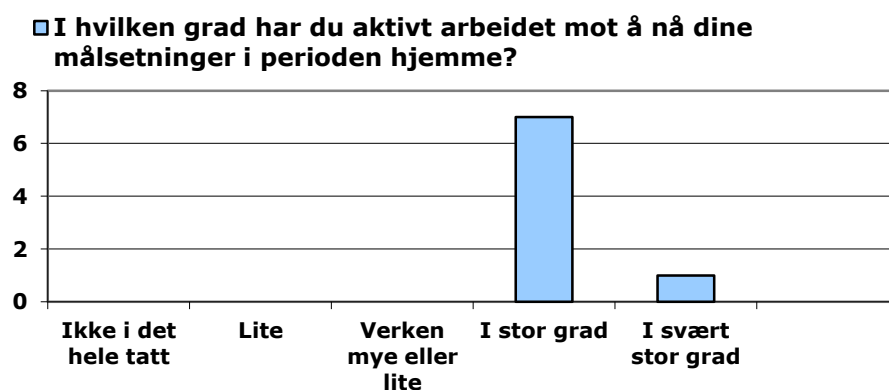
Samtlige deltagere på rehabiliteringsopphold opplevde at oppholdet var bra eller svært bra når det gjaldt å få til en tydeligere og mer målrettet prosess

Teamet har ved rehabiliteringsoppholdene fokusert mer på en individuell vinkling på hjemmeoppgavene, i forhold til hvilke endringer den enkelte kan gjøre. Svarene fra evalueringen tyder på at det har man lykkes bra med.

3.8.3 Evaluering av oppfølgingsoppholdet

Det ble gjennomført 3 oppfølgingsopphold i prosjektperioden. Hensikten med disse oppholdene har vært bl.a en refleksjon over tidligere mål, hva har fungert og hva har ikke fungert hjemme.

Deltagerne ble spurt om i hvilken grad de hadde arbeidet aktivt mot å nå egne målsetninger i perioden.



Deltagerne som gjennomførte oppfølgingsoppholdet hadde alle sammen i stor eller svært stor grad arbeidet aktivt for å nå egne målsetninger i perioden hjemme.

3.9 Resultatvurdering

Målsettingen for dette prosjektet var å videreutvikle en kartleggings- og behandlingsmodell for FBSS-pasienter som gjennom mer nyansert smerteforståelse skulle tilrettelegge for en spesifikk og effektiv behandling. Prosjektet har lagt ned en stor jobb i å videreutvikle de erfaringene man gjorde seg ved første prosjektperiode. De ulike oppholdene i rehabiliteringsforløpet har fått mye nytt og spisset innhold, teamet har øket sin kompetanse når det gjelder arbeidet med denne gruppen pasienter, og deltagerne i prosjektet har i større grad fått individuelle og målstyrte utfordringer knyttet opp mot egen situasjon.

Effektmålene ved forrige prosjekt viste at deltagerne ble mindre bekymret for ryggplagene sine, og at de opplevde sin situasjon som mindre psykisk belastende. En betydelig smerteproblematikk var likevel sentral hos deltagerne og dette førte til omlegginger av opplegget som beskrevet tidligere i rapporten. Deltagerne i dette prosjektet hadde en smertehistorikk sammenliknbar med deltagerne i forrige prosjekt. 26 av 35 hadde hatt nåværende smerter i mer enn 3 år. Erfaringsmessig vet vi at jo lenger tid pasienter har gått med smerter, jo vanskeligere kan det være å oppnå en signifikant forandring. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at deltageres smerter ble signifikant redusert fra før de kom inn til veiledningsoppholdet og til etter rehabiliteringsoppholdet. Denne samme signifikante endringen ble også sett knyttet til pasientenes forhold til smerter og smertemestring målt ved PSOCQ. Det kan altså tyde på at en endret tilnærming til smerter ved innkost og underveis i forløpet kan påvirke smerteproblematikken også hos deltagere som har hatt smerter over lang tid.

Det ble også registrert en bedret funksjon hos deltagerne knyttet til dagliglivets aktiviteter (ODI) samt at deres oppfatninger om egne helseplager knyttet til bl.a. bekymringer for helseplagene, påvirkning på livet, kontroll over plagene osv ble endret i en positiv retning.

Også når det gjaldt smerteadferd og unngåelsestenkning så man en signifikant endring i positiv retning.

Ettårsevalueringen av forrige prosjektperiode viste at deltagerne rapporterte godt læringsutbytte knyttet til mestring og bruk av egen kropp. De rapporterte også om økt aktivitetsnivå og noen hadde også gjenopptatt gamle aktiviteter. En målsetting for dette prosjektet var å bli mer bevisste på å veilede deltagerne til å legge en plan for veien videre og å sette konkrete mål for hva den enkelte skulle jobbe videre med hjemme.

Derfor fikk hver deltager i oppgave å fremheve 2-4 aktiviteter som var viktige for at de skulle ha det bra, eller som de savnet å kunne utføre. På hvert av oppholdene ved klinikken gjorde de så en ny vurdering av utførelse og tilfredshet knyttet til de aktivitetene de hadde valgt.

Resultatene viste signifikante endringer i positiv retning når det gjaldt både utførelse og tilfredshet.

Den enkeltes evaluering av hvert opphold tok også for seg spørsmål knyttet til bevisstgjøring og målstyring for hver enkelt deltager. De fleste rapporterte også at de i løpet av oppholdene ved klinikken ble mer klar over egne problemer/utfordringer, de ble tryggere på hvordan man kan jobbe videre med egne problem/utfordringer, de opplevde at hjemmeoppgaver var nyttig i prosessen mot egne mål, og at oppholdene førte til en tydeligere og mer målrettet prosess for den enkelte.

4. Oppsummering/konklusjon/videre planer

Hovedmålet med dette prosjektet var å utvikle en kartleggings- og behandlingsmodell for FBSS-pasienter som gjennom mer nyansert smerteforståelse tilrettelegger for en spesifikk og mer effektiv behandling. Prosjektet har bygget på erfaringene gjort ved forrige prosjektperiode og foredlet de metodene og type tilnærminger som ble prøvd ut der. Man opplever å ha fått verdifull kunnskap om den aktuelle pasientgruppen som vil videreføres som et rehabiliteringstilbud ved Sykehuset i Vestfold, klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet.

Det er et økende fokus på arbeidlivssdimensjonen i all rehabilitering og det kunne ved en senere anledning vært interessant å se nærmere på hvilke muligheter for arbeidsrettet rehabilitering som kan ligge i en pasientgruppe som beskrevet i dette prosjektet.

Referanseliste

1. Fritzell P, Hagg O, Wessberg P et al. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain: a multicenter randomized controlled trial from the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Spine* 2001;26:2521-32.
2. Fairbank JC, Davies JB, Couper J et al. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980;66:271-2.
3. Haugen AJ, Grovle L, Keller A et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the Tampa scale for kinesiophobia. *Spine* 2008;33:E595-E601.
4. Broadbent E, Petrie KJ, Main J et al. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;60:631-7.
5. Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN et al. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: The pain stages of change questionnaire (PSOCQ). *Pain* 1997;72:227-34.
6. Derogalis LR, Lipman RS, Rickels K et al. The hopkins symptom checklist (HSCL): A self-Report Symptom inventory. *Behavioral science* 1974;19:1-15.
7. Fugl-Meyer A, Bränholm I-B, Fugl-Meyer KS. Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation* 1991;5:25-33.

VEDLEGG

Vedlegg til denne rapporten består av timeplaner for de tre oppholdene; veiledningsopphold, rehabiliteringsopphold og oppfølgingsopphold.

TIMEPLAN

VEILEDNINGSOPPHOLD

-

for deg med langvarige smerter etter ryggoperasjon

	Onsdag	Torsdag	Fredag	HELG	Mandag	Tirsdag	Onsdag	
07:30		FROKOST	FROKOST	07.30	FROKOST	FROKOST	FROKOST	07.30
08:30			EMG En vurdering av muskel spenningsnivå Kl:.....	08.30	AKTIVITET			08.30
09:00		UTE AKTIVITET <i>Møt i resepsjon</i>		09:00	<i>Sal 5</i>	AKTIVITET <i>Isolatet</i>	AKTIVITET oppsummering <i>Isolatet</i>	09:00
10:00								
				10:00	DISKUSJON & VEILEDNING		Skriftlig Evaluering <i>Leveres anonymt!</i>	10:00
11:00	LUNSJ	10.30 Basseng	LUNSJ GRUPPE <i>Store tren. kjøkken</i>	11:00	<i>Stallen</i>	LUNSJ GRUPPE <i>Store tren. kjøkken</i>		11:00
11:30	INNLEDNING	LUNSJ		11:30	LUNSJ			11:30
12:00	& FORVENTNING <i>Stallen</i>			12:00		UTREISE SAMTALE Veien videre...		12:00
12:30		12.30 UNDERVISNING	12.30	12:30				12:30
							GOD TUR	

13:00	INNKOMST SAMTALE Med lege og Primærkontakt Kl:.....	2x 40 MIN <i>Stallen</i>	UNDERVISNING <i>Stallen</i> <i>Presentasjon av oppgave for helgen</i>	13:00	BASSENG	Kl:..... Tur i nærmiljøet 😊	HJEM!	13:00
14:00		Gjør deg kjent i nærmiljøet 😊	GJENNOMGANG av tøyninger <i>sal 5</i>	14:00	AVSPENNING NB Kl 14.15 <i>Sal 5</i>			14:00
15:00				15:00				15:00
15.45	MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	15.45	MIDDAG	MIDDAG		15.45
17.30	OMVISNING							
19.30	KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	19.30	KVELDSMAT	KVELDSMAT		19.30

Uke 1	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	
07:30				FROKOST	FROKOST	07.30
08:30					AKTIVITET <i>Isolatet</i>	08.30
09:00				ERFARINGSUTVEKSLING <i>Refleksjoner etter forrige opphold</i>		09:00
09:30						09:30
10:00						10:00
10:30				BASSENG	TEMATIME <i>Livsstil & kosthold</i>	10:30
11:00						11:00
11:30			LUNSJ		LUNSJ	11:30
12:00			AKTIVITET <i>Isolatet</i>		FRILUFTS AKTIVITETER <i>Møt i resepsjon</i>	12:00
12:30						12:30
13:00			INNKOMST SAMTALE	AKTIVITET <i>Isolatet</i>	<i>Gjennomgang av hjemmeoppgave</i>	13:00
13:30					BASSENG	13:30
14:00						14:00
14:30			KL:.....	AVSPENNING		14.30

				Sal 5		
15.00						15.00
15.30						15.30
15.45			MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	15.45
17.30			VELKOMST <i>Allrommet 2. etg</i>		GOD HELG ☺	
19.30			KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	19.30
Uke 2	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	
07:30	FROKOST	FROKOST	FROKOST	FROKOST	FROKOST	
08:00	Morgenstrek <i>sal 3</i>		Morgenstrek <i>sal 3</i>		Morgenstrek <i>sal 3</i>	
08:30	Indiv oppfølging ift hjemmeoppgave Kl:.....	Bøy & Tøy <i>sal 5</i>		Bøy & Tøy <i>sal 5</i>		08.30
09:00						09:00
09:30			TEMATIME:			09:30
10:00		TEMATIME:	<i>Mestring & Stress</i>		FRILUFTS AKTIVITETER	10:00

10:30	TEMATIME:	Søvn		AKTIVITET		10:30
11:00	Smerte & smertemekanismer			Isolatet	Møt i resepsjon	11:00
11:30	LUNSJ	LUNSJ GRUPPE	LUNSJ	LUNSJ	Gjennomgang av hjemmeoppgave	11:30
12:00						12:00
12:30						12:30
13:00		AKTIVITET		TEMATIME:		13:00
13:30	BASSENG	Isolatet	BASSENG	Daglige aktiviteter	BASSENG	13:30
14:00						14:00
14:30	kl 14.20 Avspenning sal 5		Evt Individuell samtale m/lege Kl:.....	Avspenning sal 5		14.30
15.00						15.00
15.30						15.30
15.45	MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	15.45

19.30	KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	19.30
Uke 3	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	
07:30	FROKOST	FROKOST	FROKOST			07.30
08:00	Morgenstrek <i>sal 3</i>					08.30
08:30		Bøy & Tøy <i>sal 5</i>	AKTIVITET <i>oppsummering</i> Skriftlig evaluering <i>Isolatet</i> GOD TUR HJEM!			09:00
09:00						09:30
09:30						10:00
10:00	AKTIVITET <i>Isolatet</i>	UTE AKTIVITET <i>Møt i resepsjon</i>				10:30
10:30			11:00			
11:00	LUNSJ GRUPPE <i>Refleksjoner rundt veien videre.....</i>					11:30
11:30		LUNSJ				12:00
12:00						12:30
12:30						12.30

13:00	BASSENG	UTREISE SAMTALE KL:.....		13:00
13:30				13:30
14:00				14:00
14:30	Kl 14.20 Avspenning, sal 5			14.30
15.00				15.00
15.30				15.30
15.45	MIDDAG	MIDDAG		15.45
18.00				
19.30	KVELDSMAT	KVELDSMAT		19.30

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	
07:30		FROKOST	FROKOST	07.30
08:30		Tøy og Bøy <i>Sal 5</i>	Morgenstrek Evaluering <i>Isolatet</i>	09:00
10:00		TUR UT <i>Møt i resepsjon</i> Utveksling av erfaringer etter siste rehabiliteringsopphold <i>Lunsj i Gapahuken</i>	Samtale m/lege kl.....	09:30
				10:30
11:00				11:00
11:30	LUNSJ		LUNSJ	11:30
12:00	VELKOMMEN! <i>Møterom 2. etg</i>		God tur hjem!	12:00
13:00	Individuell			13:00

	samtaler m/ sykepl:..... m/primærkontakt kl:.....	AKTIVITET & Avspenning Lykke til videre😊 Isolatet		
14:30	AKTIVITET		14.30	
15.00	Møt på Isolatet	BASSENG må endre tid!	15.00	
15.30			15.30	
15.45	MIDDAG	MIDDAG	MIDDAG	15.45
18.00				
19.30	KVELDSMAT	KVELDSMAT	KVELDSMAT	19.30

ÅRSPLAN 2010-11 Måned/ Ukenr./dato:										F = Fagansvarlig Aage I P =Prosjektleder Astrid S K = Kjerneteam: R = Referansegruppe: Hele ryggteamet seksjon B, brukerrepr. og FoU; v/Ragna og Marjon											
4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	8 / 9	Delmål m/ Oppgaver	Ansvar	Beslutning	Ressurser	Budsjett
																	Gjennomføre ett-års evaluering av pasientene som gjennomførte rehabiliteringsforløpet i prosjektperioden 2008-2009				
																	Søke om lov til å opprette dataregister for pasientopplysninger	Astrid		1	
																	Sende spørreskjema	Astrid		1	
																	Fokusgruppe/ Telefonintervju	Astrid		2	
																	Oppsummere spørreskjema/erfaringer	Astrid/Fo U		8	
																	Evaluerer behandlingsforløpet, EQS	Gul gr/ kval rådg		1 gr dag	
																	Idemyldring rundt forbedringsområder	Gul gr.		1 gr dag	

[illegible]

Arbeidsgruppedager

8 - 10 dgr

Prøve ut ulike behandlingsmetoder ut i fra individuelle behov og forståelsen av smertemekanismer

- 5-7 personer à 3 grupper
- Korte opphold fordelt over 5-6 måneder

Implemente
rt del av
øvrig drift

Erfaringsbasert evaluering av undersøkelsesmodell og valgte behandlingstiltak, når det gjelder smerter,

30 dgr
prosj.leder

																		funksjon i hverdagen og generell livskvalitet				2-3 dgr gul gruppe	

Disponible ressurser i % av 230 arb.dager :

Prosjektleder 40% = 92 dager

Prosjektmedarbeider 20% = 46 dager

10% = 23 dager

Forbruk våren; april-mai 2010:

Prosjektleder 20 dager

Prosjektmedarb 2 dager og 2 t

FoU 4 dager

Kursdeltakelse 3 à 2 dgr

Evt. Juni 2010

Litteratursøk 2-3 dgr

Plan for litteratur gj.gang

Estimert forbruk Høsten 2010

Prosjektmedarbeider temadager 4 – 5

Litteratur gj.g 2t x 5 2

Prosjektmedarbeider arbeidsgruppedager 8 - 10

Oppgave 1. i rehabiliteringsoppholdet:

Nå er du inne til rehabiliteringsopphold, og er midt i en prosess i forhold til å skape noen endringer som kan få positiv betydning for din hverdag. I denne prosessen er det nyttig at du gjør en kartlegging av deg selv.

Sett deg på glasstaket, og se deg selv utenfra

Bruk spørsmålene på neste side som hjelp – skriv på arket (*det er ditt og til eget bruk!*)

Skal du gjøre endringer, må du vite hva du har!

Skal det bli noen endring, må du prøve ut noe nytt!

Det kan være lurt å tenke "SMART"

S – spesifikt - velge noe konkret du vil bedre/endre

M – målbart - noe du kan måle en endring på

A – aktuelt - noe som har betydning for deg

R – realistisk - noe du kan gjøre noe med og som er mulig

T – tidsavgrenset- noe du kan arbeide mot og evaluere etter en tid.

Du kan:

- gjøre endringer på rutiner i hverdagen
- gjøre/prøve ut nye tiltak
- prioritere hvem du skal omgås
- gjøre aktive valg på hva du vil fylle dagene med

Din primærkontakt og teamet vil hjelpe deg i denne prosessen

For å få et best mulig utgangspunkt ønsker vi at du forbereder deg gjennom spørsmålene på neste side

Neste uke (mandag) - får du en veiledningsamtale med primærkontakt

Lykke til!

Kartlegging av deg selv:

Hvem er du?

Hvordan ser din hverdag ut i dag?

Hva har stor betydning og er viktig for deg å ivareta ?

Hva opplever du som belastende, fysisk og/eller mentalt?

Hva ønsker du spesielt skal endre seg?

Hva kan du gjøre noe med/ikke gjøre noe med?

Bør du gjøre noen prioriteringer (bruk gjerne eget skjema)?

OPPGAVE 2. Rehabiliteringsopphold

- for deg som deltaker i gruppe for Ryggopererte med langvarige smerter.

Nå har du vært inne til veiledningsopphold og rehabiliteringsopphold. Du har gjennom vurdering av funksjon og bevegelsesmønster fått kjennskap til hva du kan bedre, eller endre. Du har fått veiledning og prøvd ut tiltak i samarbeid med fagteamet, og kanskje funnet en ny forståelse og/eller noen verktøy som blir viktige for deg fremover.

Du har deltatt på tematimer som har belyst andre faktorer som kan virke inn på hverdagslivet. Du vet best i hvilken grad noen av de tema har stor eller liten plass hos deg, og om du bør gjøre noen tiltak for å få det bedre.

Nå blir det viktig å planlegge veien videre.....

Hva er de viktigste aktiviteter eller hverdagslige oppgaver du ønsker å beherske bedre?

Hva må du gjøre for å komme dit?

Plan:

Dine mål	Tiltak du velger	Fungerer de tiltak jeg har valgt? Evaluer etter ca 3 og 6 måneder

--	--	--

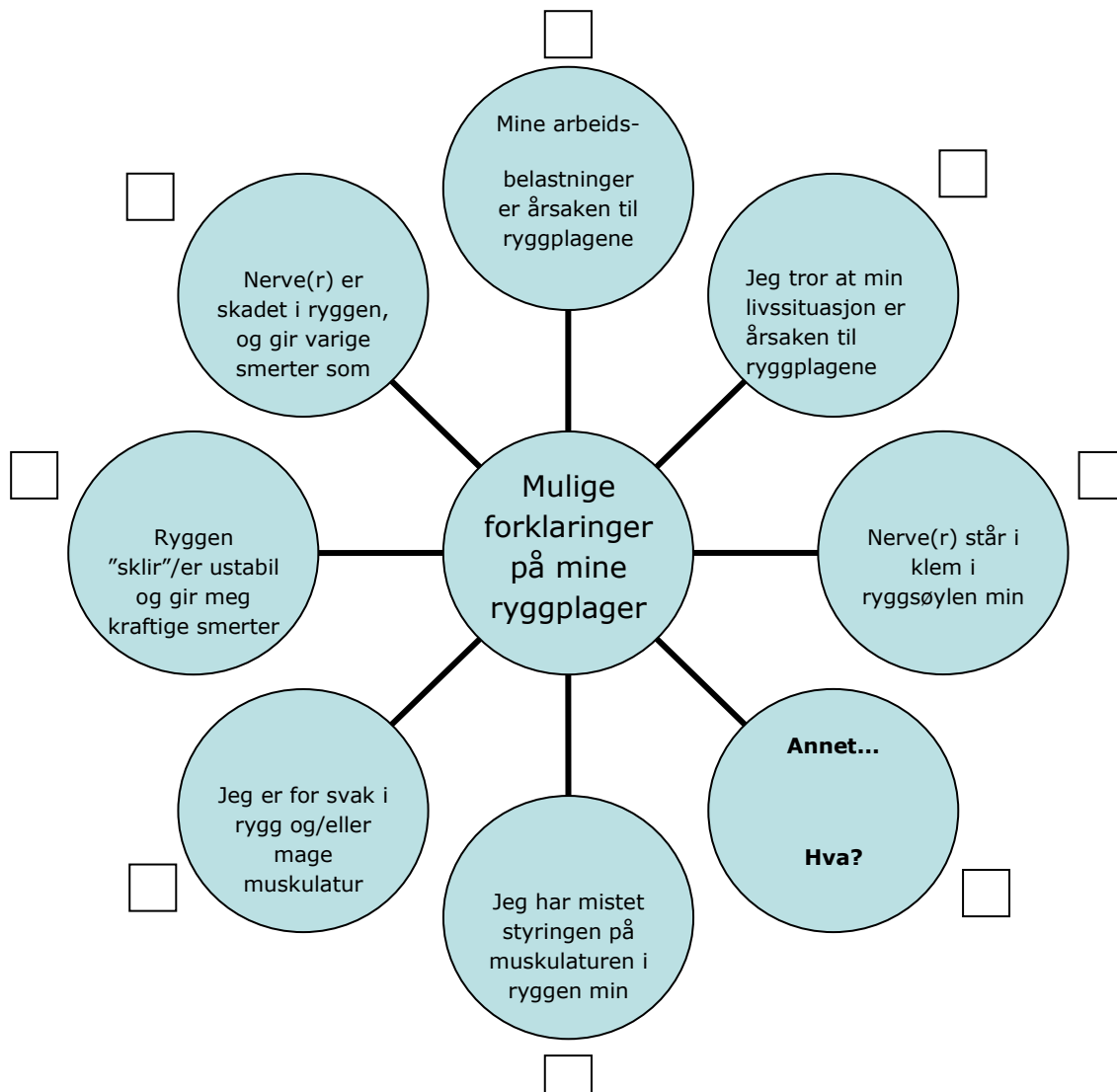
Din forståelse av årsak til ryggplagene du har i dag

Du har sikkert fått mange forklaringer på dine ryggplager fra ulike personer både i helsevesenet og av andre bekjente!

MEN

Hva tror du er årsaken til dine plager?

- Se om noen av de forklaringer som står under stemmer med din oppfatning, og sett nummer på i prioritert rekkefølge: 1, 2, 3....
- Sett nummer på så mange du synes er aktuelle



- Din tilbakemelding vil bli utgangspunktet for en samtale, der vi diskuterer mulige sammenhenger og forklaringer til dine plager
- Du vil få informasjon og veiledning på bakgrunn av vår kunnskap
- I samråd med deg planlegges videre kartlegging, undersøkelser og behandling/veiledning

Navn:.....

