

# Ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering i spesialisthelsetenesta ved Parkinsons sjukdom

## - EIN INTERVJUSTUDIE

Av Amalie Ness, Guro Flekke, Espen Valle & Tina Taule



*Amalie Ness arbeidar som ergoterapeut i Nesbyen kommune. Ho er tidlegare student ved bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. E-post: amalieness@hotmail.no.*



*Guro Flekke arbeidar som miljøterapeut i Fjaler kommune. Ho er tidlegare student ved bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. E-post: guroflekke@gmail.com*

*Espen Valle er ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.*

*Tina Taule er forskings- og fagutviklingsleder ved Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.*

## Samandrag

**Føremålet med studien:** Å undersøke ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta sine erfaringar med tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom.

**Metode:** Ein kvalitativ studie der tre ergoterapeutar ved spesialisthelsetenesta vart intervjuet ved bruk av semistrukturerte intervju. Data vart analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** I denne intervjustudien fann vi fire overordna funn:

- 1 variasjon i kartleggingsverktøy,
- 2 «use it or lose it»
- 3 hjelp til sjølvhjelp,
- 4 å løfte kvarandre – tydinga av erfaringsutveksling

**Oppsummering:** Tidleg rehabilitering av personar med Parkinsons sjukdom viser seg å vere viktig for pasienten sin livskvalitet, samt for best mogleg funksjon gjennom sjukdomsforløpet. Å setje i verk tidlege tiltak, medan ein endå har gode føresetnader for å lære nye strategiar og rutinar, viser seg også å vere viktig. Vidare viser våre funn viktighet av erfaringsutveksling mellom pasientar.

**Nøkkelord:** Erfaringar, ergoterapi, Parkinsons sjukdom, rehabilitering, spesialisthelseteneste

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.*

## Innleiing

Parkinsons sjukdom er ein progressiv neurologisk sjukdom som inneber gradvis endring av kvardagslivet (1). Rapportert tal personar med Parkinsons sjukdom i Noreg er om lag 8000 personar per år (2). Den norske befolkninga vert stadig eldre (3), og høg alder er den største risikofaktoren for å få Parkinsons sjukdom (4). Dermed kan det ventast at fleire får sjukdommen i framtida (4).

Vanlege symptom ved Parkinsons sjukdom er skjelving, stivheit, langsame rørsler, depresjon, angst og kognitive utfordringar (5). Symptoma utartar seg individuelt og kan svinge brått innan både korte og lange tidsperiodar (6). Forsking viser at over 50 prosent av personar med Parkinsons sjukdom får svingingar i motorisk funksjon i løp av dei fem første åra etter at dei har fått diagnosen (7). Forsking viser også at personar allereie ved påvist diagnose kan ha avgrensingar i høve aktivitet i dagleglivet (ADL) og nedsett livskvalitet (8). Rehabilitering i spesialisthelsetenesta for pasientgruppa skal fremje «å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (9). ParkinsonNet-modellen (10), som i 2020 vart innført i spesialisthelsetenesta i Noreg, har som mål å tilby personar med Parkinsons sjukdom ei best mogleg helseteneste, for å fremje livskvalitet i kvardagslivet (11).

I følgje *nasjonale veiledande retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom* bør pasientane få tilbod om tverrprofesjonell rehabilitering som inkluderer ergoterapi (12). Forsking frå andre land som har innført ParkinsonNet-modellen gjev grunn til å forvente ei auke

i talet på pasientar som treng ergoterapi (13). Oppsummert forskning tyder på at rehabiliteringa har best effekt når den utførast i tråd med kliniske retningslinjer (14). Vidare anbefalar Rafferty et al (14) at føremålet med tidleg rehabilitering er kartlegging av funksjon, behandling av eventuell funksjonsnedsetjing og fremjing av meningsfull aktivitet. Anbefalte kartleggingsverktøy og tiltak er skildra i den nasjonale retningslinja (12). Oppsummert forskning viser ein positiv effekt av ergoterapi retta mot aktivtetsutfordringar, handfunksjon og livskvalitet (15;16;17). Langtidseffekten av handfunksjonstrening er likevel noko usikker (15). Effekten av kognitiv terapi er også noko usikker (17). Best effekt av ergoterapi ser ein når tilbodet vert gjeve intensivt, i korte periodar og er individuelt tilpassa pasienten sitt mål (15). Pasientane sjølv etterlyser meir koordinerte og individuelt tilpassa tenester, samt betre informasjon om sjukdommen (18). På bakgrunn av anbefalingar gitt i retningslinjer og oppsummert forskning, er hensikta med denne studien å utforske kva arbeidsoppgåver ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta har, samt kva tankar og erfaringar dei har om tidleg rehabilitering av Parkinsons sjukdom.

## Metode

*Design:* Denne studien vart utført som ei bacheloroppgåve. Eit kvalitativt studiedesign (19) vart nytta for å få kunnskap om ergoterapeutar sine erfaringar og tankar om tidleg rehabilitering for personar med Parkinsons sjukdom.

*Deltakarar:* Deltakarar i studien var ergoterapeutar med god kjennskap til pasientar med Parkinsons sjukdom. Deltakarane

arbeidar ved tre ulike rehabiliteringssenter i spesialisthelsetenesta. Rehabiliteringsopphalda kunne vare frå tre til åtte veker og pasientane fekk både individuelle timar og behandling i grupper. Nokre pasientar hadde ergoterapi kvar dag, men intensiteten på tilboda varierte mellom rehabiliteringssentera og mellom pasientar. Det vart utført søk etter aktuelle ergoterapeutar på Parkinsonsforbundet si nettside. Aktuelle ergoterapeutar vart kontakta på e-post med førespurnad om å delta i studien.

*Datainnsamling:* Semistrukturerte intervju vart utført (20). Intervjumetoden gav fleksibilitet til å stille hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål, slik at ein då kunne utforske meir i djupna om ergoterapeutane sine individuelle erfaringar i høve problemstillinga. Alle deltakarane vart stilt seks spørsmål knytt til hovudtema: ergoterapitilbodet til pasientar med Parkinsons sjukdom. Oppfølgingsspørsmål vart stilt ved behov. Kvant intervju varte frå 40 til 70 minutt. Dømer på spørsmål er skildra i tabell 1, sjå neste side. Forfattar 1 og 2 byta på rollene som intervjuar. Deltakarane vart intervjuar over telefon eller Face-time. Gjennom ein telefonsamtale vil det vere fråvær av kroppsspråk og uttrykk, noko som kan prege oppfatninga av meningsinnhaldet i intervjuar. Utdjupande skildring vart difor etterspurta per e-post der meningsinnhaldet vart opplevd som utydeleg i etterkant av intervjuar.

*Dataanalyse:* Forfattar 1 og 2 utførte dataanalysen. Førforståinga til forfattarane var påverka av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, samt egne erfaringar med rehabilitering og Parkinsons sjukdom. Forfattarane har aktivt

| Innleiande spørsmål         |  | Korleis vil du skildre di erfaring med Parkinsons sjukdom? |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Hovudspørsmål</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvar i sjukdomsforløpet er pasientane når du møter dei?</li> <li>• Korleis vil du skildre dine arbeidsoppgåver som ergoterapeut med personar med Parkinsons sjukdom i tidleg fase av sjukdommen?</li> <li>• Kan du fortelje litt om kartleggingsprosessen som utførast av deg som ergoterapeut?</li> <li>• Kva tykkjer du er føremålet med ergoterapi ved første rehabiliteringsopphald?</li> <li>• Kva tenker du er spesielt viktig at ergoterapeutar tilbyr denne pasientgruppa?</li> <li>• Korleis tenker du at arbeidsoppgåvene kan betrast eller gjerast annleis?</li> </ul> |  |
| <b>Avsluttande spørsmål</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det noko meir du vil legge til, eller noko du ser på som viktig/relevant som vi ikkje har snakka om?</li> </ul>  |  |

Tabell 1: Intervjuguide.

| Trinn 1   | Trinn 2  | Trinn 3   | Trinn 4   |
|---|--|---|---|
| Danna oss eit heilskapsinntrykk av datamaterialet. Utarbeidde foreløpige tema basert på transkriberte intervju. | Identifiserte meiningsberande einingar i dei ulike temagruppene. | Kondenserte innhaldet i dei enkelte meiningsberande einingane. Temagruppene vart gjort om til kodegrupper med tilhøyrande undergrupper. | Samanfatta funn frå kodegrupper og undergrupper som danna grunnlag for ein analytisk tekst med skildringar, omgrep og resultat. |

Tabell 2: Dei fire trinna for Systematisk tekstkondensering (13).

forsøkt å vere objektive gjennom heile analyseprosessen, ved å diskutere eiga førforståing og tankar undervegs med kvarandre, samt med rettleiarar. For å bevare meiningsinnhaldet i det opphavslege materialet best mogleg, vart innsamla data transkribert ordrett. Alle ord, pausar og nonverbale lydar vart inkludert (19). Ein av forfatarane transkriberte intervju, og den andre forfattaren kontrollerte transkripsjonane. Vidare vart innsamla data analysert ved bruk av dei fire trinna i Systematisk tekstkondensering (STK) slik dei er presentert av Malterud (19).

I første trinn (heilskapsinntrykk) gjorde forfatarane seg kjende med innhaldet i dei transkriberte intervju kvar for seg. Deretter oppsummerte forfatarane inntrykka saman og diskuterte seg fram til moglege tema som blant anna kartleggingsverktøy, tiltak og ergoterapeuten si rolle.

Trinn 2 (meiningsberande einingar) handla om å systematisk sortere ut tekst som var eigna til å belyse problemstillinga og som skulle studerast vidare. I samsvar med Malterud sine anbefalingar

| Fiktivt namn | Kjønn  | Tal år arbeid på noverande arbeidsstad |
|--------------|--------|--|
| Frode        | Mann   | 5                                      |
| Trude        | Kvinne | 8                                      |
| Martine      | Kvinne | 5                                      |

Tabell 2: Dei fire trinna for Systematisk tekstkondensering (13).

tok vi heller med litt for mykje tekst enn litt for lite. Meiningsberande tekst vart deretter systematisert, og tema frå trinn 1 som hadde noko til felles, vart klassifisert i same kodegruppe. Blant anna vart dei to tema ergoterapeuten si rolle og tiltak til koden hjelp til sjølvhjelp. Forfatarane utførte analysen fyrst uavhengig av kvarandre. Deretter vart det diskutert forslag til kodar forfatarane i mellom og med rettleiar. Endelege kodar var basert på einighet mellom forfattar 1 og 2.

I trinn 3 (tekstkondensering) vart kvar kodegruppe delt inn i undergrupper. Dette for å ivareta ulike nyansar og meiningsaspekt i intervju. Blant anna fekk kodegruppa kartlegging undergruppene sjølvrapportert kartlegging, screening og observasjon.

I fjerde trinn av analysen (syntese) vart essensen i kvar av

kodegruppene samanfatta. Desse samanfatingane danna grunnlag for funna som er presentert i studien. Funna ber preg av den auka innsikta forfatarane tileigna seg gjennom analyseprosessen. For å fullføre analysen vart funna i resultatdelen validerte opp mot det empiriske materialet, samt tidlegare forskning (19). Ei oversikt over dei fire trinna i analyseprosessen er vist i tabell 2.

### ETISKE BETRAKTNINGAR

Forskningsprosjektet er godkjend av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansekode 241084). Etiske retningslinjer skildra i Helseinnsiktsdeklarasjonen (21), vart teke på alvor ved at skriftleg informert samtykke vart signert av deltakarane i førekant av intervju. Deltakarane vart også informerte om korleis innhenting-, handtering- og oppbevaring av data

| Kartleggingsverktøy | Skildring  | ICF funksjon (26)      | Nytta av deltakar     |
|---------------------|--|------------------------|-----------------------|
| ADL-taxonomien      | Verktøyet nyttast for å kartlegge og skildre evna til aktivitetsutføring (22).   | Aktivitet              | Trude, Frode, Martine |
| COPM                | Verktøyet nyttast for å undersøke og dokumentere endringar ved personar si vurdering og tilfredsheit i høve utføring av viktige kvardagsaktivitetar, samt kva betydning aktivitetane har i dagleglivet (23). | Aktivitet og deltaking | Frode                 |
| EVA                 | Består av ulike skjema for å analysere heile eller delar av det dynamiske samspelet mellom menneske, aktivitet og omgjevnad (24).  | Aktivitet              | Frode, Martine        |
| Grippit             | Målar kraft (Newton) i koffert- og pinsettgrep (25).   | Kroppsfunksjonar       | Frode                 |
| Klokketest          | Eit visuelt screeningsverktøy for kartlegging av milde til moderate kognitive vanskar (26).  | Kroppsfunksjonar       | Martine               |
| MoCA                | Kognitivt screeningverktøy, som skal kunne avdekke kognitiv svekking (27).   | Kroppsfunksjonar       | Martine               |
| 9-HPT               | Testar finmotorisk tempo i dominant og ikkje-dominant hand (28).   | Kroppsfunksjonar       | Frode                 |
| PSFS                | Nyttast for å kartlegge aktivitetar pasienten har vanskar med. Liknar på COPM, men kan opplevast som enklare å nytte (29).   | Aktivitet og deltaking | Frode                 |
| PDQ-39              | Spørjeskjema nyttast for å vurder kor ofte personar med Parkinsons sjukdom opplever vanskar med aktivitet i dagleglivet, inkludert relasjonar, sosiale situasjonar, kognisjon og kommunikasjon (30).         | Aktivitet og deltaking | Frode                 |
| TMT-A<br>TMT-B      | Kognitive screeningverktøy for å avdekke vanskar med visuelt søk, visuell fokusert merksemd og psykomotorisk tempo (31).   | Kroppsfunksjonar       | Martine               |

Tabell 4: Skildring av kartleggingsverktøy nemnt i intervju.

Forkortingar: COPM= Canadian Occupational Performance Measure, EVA= Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet, ICF=Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, MoCA= Montreal Cognitive Assessment, 9-HPT=Nine-hole peg test, PDQ-39= Parkinson's Disease Questionnaire, PSFS= Pasientspesifikk funksjonsskala, TMT-A= Trailmaking test A, TMT-B= Trailmaking test B.

skulle utførast, samt at materiale vart anonymisert.

## Funn

Tre ergoterapeutar deltok i studien. Deltakarane er kort presentert i tabell 3 med fiktive namn, kjønn og arbeidserfaring ved noverande arbeidsstad.

Datamaterialet viser at ergoterapeutane gjennom individuelle rehabiliteringsforløp jobbar mot føremålet at pasientane skal kunne delta i meningsfull aktivitet. Ergoterapeutane erfarte at pasientane har svært ulike føresetnadar for aktivitetsutføring, både i høve symptom, aktivitetsroller og aktivitetsvanar. Likskapar og

uliksksapar i ergoterapeutane sine erfaringar vart strukturert etter fire tema:

- 1 Variasjon i kartleggingsverktøy,
- 2 «Use it or lose it»,
- 3 Hjelp til sjølvhjelp, og
- 4 Å løfte kvarandre - tydinga av erfaringsutveksling

## VARIASJON I KARTLEGGINGSVERKTØY

Funn i studien viser at ergoterapeutane nytta ulike kartleggingsverktøy retta mot ulike aspekt av pasienten sitt liv. Kartleggingsverktøy som vart nemnt av deltakarane er presentert i tabell 4.

Med utgangspunkt i ei tverrprofesjonell vurdering, utfø-

rer ergoterapeutane individuell kartlegging av pasientane sine meningsfulle aktivitetar. Pasientane sine meningsfulle aktivitetar vert kartlagt individuelt, og ergoterapeutane står fritt i høve val av kartleggingsverktøy. Ergoterapeutane har erfaring med ergoterapi-spesifikke kartleggingsverktøy, som til dømes COPM, PSFS, ADL-taxonomien og EVA-skjema (tabell 4). Frode nyttar også PDQ-39 (tabell 4), eit kartleggingsverktøy meir spesifikk for pasientgruppa. Ergoterapeutane kartlegg også gjennom observasjon av ADL. Heimesituasjon vert kartlagt gjennom ustrukturert samtale. Ergoterapeutane erfarer at akti-

vitetsutføring vert svært påverka av medisintaking og dagsform. Då mange pasientar har vanskar med å hugse alle medisinane som skal takast, fortel ergoterapeutane at det også er viktig å kartlegge rutinar for medisintaking. Ergoterapeutane opplever at pasientgruppa ofte har nedsett handfunksjon, og ergoterapeutane har erfaringar med ulike kartleggingsverktøy for handfunksjon. Både 9HPT og Grippit (tabell 4) vert nemnt spesifikt. Det er berre Martine (tabell 3) som angjev at ho kartlegg kognitiv funksjon. Då utfører ho observasjon av aktivitet med utgangspunkt i EVA, samt dei standardiserte kartleggingsverktøya MoCA, klokketesten og TMT A og TMT B (tabell 4).

Ergoterapeutane skildrar kjennskap til felles utfordringar pasientgruppa kan oppleve i høve aktivitet, men det er også ulike fokusområder med bakgrunn i individuell kartlegging. Kartlegging av meiningsfull aktivitet er eit felles fokusområde for ergoterapeutane, samt fokus på rutinar i høve dagsform/symptom og medisintaking. Berre Frode nyttar kartleggingsverktøy utarbeida spesifikt for pasientgruppa. Dei tre ergoterapeutane fokuserer alle på handfunksjon, men nyttar ulike metodar for kartlegging. Kartlegging av kognitiv funksjon vert nemnt spesifikt av Martine, medan forfatarane i etterkant fann ut at kognitiv kartlegging også er ein del av PDQ-39-verktøyet som Frode nytta.

#### «USE IT OR LOSE IT»

Ergoterapeutane erfarer det som viktig at pasientane trenar på ferdigheiter for å vedlikehalde dei.

*Nokon klarer å halde fram med treninga, men dette er også ei pasientgruppe som har utfor-*

*dringar med apati og tiltakslyst. Difor er det mange som strevar med å motivere seg til trening og utføre trening når dei er heime. [. . .] Mange er ute etter riktig trening, og då seier vi ofte at det ikkje finst ei riktig trening, men at det viktigaste er at ein er i rørsle (Trude, tabell 3).*

Føremålet med rehabiliteringa ergoterapeutane utfører, skildrast som å unngå å la symptom manifestere seg i kroppen. Ergoterapeutane erfarer det som viktig at pasientane opplever meistring, samt at dei lærer korleis og kvifor aktivitet kan nyttast for å oppretthalde evner i høve ADL. Ergoterapeutane erfarer at stor positiv betring kan skje etter tre veker på rehabiliteringsopphald, noko pårørande også gjev tilbakemeldingar om. Martine (tabell 3) framhevar at pårørande ofte hjelper personen med Parkinsons sjukdom for mykje med ADL-utføring. For å hindre passivisering av pasienten, ynskjer Martine å fokusere meir på informasjon til pårørande.

*Det er veldig mange pårørande som tykkjer dei sit med lite informasjon, og det trur eg er mykje fordi folk er så ulike. Det kan vere vanskeleg å finne informasjon om det akkurat di kone eller ektefelle slit med. Det er tydeleg eit kjempebehov for at pårørande får vite korleis dei hjelper best mogleg (Martine, tabell 3).*

Ergoterapeutane fortel at det er synleg kva pasientar som ikkje har haldt fram å trene heime mellom rehabiliteringsopphalda. Trude (tabell 3) fortel: «mi erfaring er at det er utruleg mykje i ordtaket «use it or lose it» - at du vert god ved at du øver på noko og vedlikehald funksjon». Ho fortel vidare

om pasientar som har haldt fram med å synge i kor og nytte stemma, som då har behaldt ei fantastisk stemme.

Ergoterapeutane opplever at behandlingane vert lagt individuelt til rette med utgangspunkt i pasientane sine målsetjingar, som til dømes å gå betre, å kle på seg sjølvstendig, å betre balansen, å oppretthalde rørsle, å betre kroppshaldning og stabilitet. Trude (tabell 3) oppfordrar pasientane til å utføre balansetrening ved å gå i ulent terreng, sykle og padle kano. Ho opplever at dette gjev meistringsskjensle og at nokre pasientar oppdagar nye utandørsaktivitetar.

Gruppetiltak erfarast som hensiktsmessig i høve ei pasientgruppe med mange felles aktivitetsutfordringar. Tiltaka kan til dømes vere lunsjgruppe med fokus på å meistre matlaging, Tai Chi-trening og Lee Silverman Voice Treatment-trening. Dei ulike treningsformene som er nemnt i intervju er nærare skildra i tabell 5. Ergoterapeutane framheva tydinga av å halde seg i aktivitet, samt å nytte store rørsler og rette opp kroppen. Trude (tabell 3) erfarer at store rørsler og stabilitet i kroppen kan betre finmotorikk. Ergoterapeutane har også erfaring med hand- og finmotorisk trening for pasientgruppa. Trude (tabell 3) opplever at gjærbakst kan bevare strekkmuskulatur, medan Martine (tabell 3) erfarer god nytte av Parkinson Wellness Recovery (PWR) (tabell 5) for betring av handfunksjon. Ergoterapeutane opplever at eksisterande forskning ikkje fastslår at det er éi spesifikk finmotorisk trening som er optimal for alle personar med Parkinsons sjukdom. Likevel har ergoterapeutane gode erfaringar med individuelle tilpassingar av øvingar.

| Treningsform | Skildring   | ICF-funksjon (32) | Nytta av deltakarar |
|--------------|---|-------------------|---------------------|
| LSVT-BIG     | Trening som skal hjelpe personar med Parkinsons sjukdom å lære å nytte kroppen meir normalt. Effektiv trening på både fin- og grovmotorikk (33).                            | Kroppsfunksjonar  | Trude               |
| PWR          | Trening spesifikt for personar med Parkinsons sjukdom, med mål om å bremse sjukdomsutviklinga, betre symptoma, trene opp att funksjon og auke levetid og livskvalitet (34). | Kroppsfunksjonar  | Martine             |
| Tai Chi      | Gamal kinesisk kampsport. Vert nytta med hensikt å trene helsa. Handlar om å balansere kropp og sinn (35).  | Kroppsfunksjonar  | Trude               |

Tabell 5: Skildring av spesifikke treningsformer nemnt i intervju.

Forkortingar: LSVT-BIG = Lee Silverman Voice Treatment, PWR = Parkinson Wellness Recovery.

## HJELP TIL SJØLVHJELP

I følge ergoterapeutane i denne studien er hjelp til sjølvhjelp eit viktig mål med rehabiliteringa. Trude (tabell 3) skildrar føremålet med ergoterapeutisk rehabilitering som «[...] å hjelpe pasientgruppa med å meistre kvardagen sin best mogleg, og å førebygge funksjonsfall, for å kunne fortsette å leve kvardagen sin like godt som før». Frode (tabell 3) fortel vidare at «[...] når det kjem til Parkinsons, tykkjer eg det er viktig med pasientopplæring. Mange kjem til oss før dei har mange symptom, og då er det viktig å lære om kva utfordringar som kan førekome og korleis dei kan handterast.»

Ergoterapeutane fortel om gode erfaringar med kompensierende strategiar for aktivitetsutføring. Alarm på mobilen vert til dømes nytta for å hugse å ta medisinar. Pasientane lærer også om korleis dei skal nytte aktivitetsregulering. Døme på dette er bruk av timeplan, samt å lære om sjukdommen og korleis nytte kroppen best mogleg i aktivitet. Eit anna døme er gradering av daglege aktivitetar ved bruk av småhjelpemiddel i til dømes påkledning og måltid. Fallførebyggande tiltak utførast også, til dømes ved å trene på balanse og å kome seg opp frå golvet etter ein tenkt fallsituasjon.

*Det byggast vidare på strategiar dei allereie nyttar, slik at dei slepp å lære seg noko heilt nytt. Dette er ikkje nødvendigvis gjort på tre veker, og det er heime strategiane skal nyttast. Her på huset [rehabiliteringssenteret] nyttast timeplanar, noko mange fortsett med heime etter opphaldet. Difor tenker eg det er viktig å sjå dei tidleg i forløpet, for dess tidlegare ein begynner med slike strategiar, dess meir sit det til den dagen ein verkeleg treng det.* (Martine, tabell 3).

Ergoterapeutane erfarer at slike kompensierende strategiar handlar om hjelp til sjølvhjelp. Ergoterapeutane erfarer at det er viktig å byrje tidleg med å lære strategiar, samt at det er viktig for at pasientane kan vere sjølvstendige i eigne liv lengst mogleg.

Frode og Martine (tabell 3) fortel at dei har lite erfaring med utprøving av hjelpemiddel, men at dei hjelper pasientane å kartlegge kva hjelpemiddel som kan vere hensiktsmessige og nødvendige. Dei to ergoterapeutane formidla ikkje konkret kva hjelpemiddel dette inneber. Trude (tabell 3) har derimot erfaring med utprøving av ulike hjelpemiddel for opne/lukke, eting og forflytting, samt at hjelpemiddel dei eventuelt

manglar på rehabiliteringssenteret vert presentert for pasientgruppa. Trude (tabell 3) fortel også at aktivitetshjelpemiddel kan fremje deltaking og meistringsoppleving i fritidsaktivitetar. Pasientane kan prøve stødigare kajakkar med ryglene, samt kano og motorbåt slik at alle har moglegheit til å delta. Syklar med auka støtte og hjelpemotor kan også prøvast. Ergoterapeutane har ulike erfaringar i høve strategiar for å leve best mogleg med sjukdommen, men alle ergoterapeutane skildrar at ulike kompensierende strategiar kan bidra til at pasientane kan meistre kvardagen på ein betre måte.

## Å LØFTE KVARANDRE – TYDINGA AV ERFARINGSUTVEKSLING

Ergoterapeutane erfarer at både pasientar og pårørande skildrar erfaringsutveksling som ein viktig del av rehabiliteringa, då det gjev moglegheit for å lufte tankar og snakke med andre. Nye og kjende problemstillingar vert utveksla, og samtale kan handle om til dømes ulike hjelpemiddel, kroppsbruk, tips til å opne og lukke gjenstandar, strategiar for å ete trass i skjelving, eller aktivitetsregulering. Erfaringar i høve kognitive utfordringar vert også delt, som til dømes utfordringar med hukommelse, konsentrasjon og det å organisere eigen kvardag.



*Forskning og erfaring viser at å opprettholde aktivitet held symptoma under kontroll.*

*Vi ser at for nokon nydiagnostiserte kan det vere tøft å sjå kva som kan bli deira framtid. Samtidig er det ei gruppe der vi ofte opplever eit positivt miljø, ein «drive», enorm galgenhumor, at dei løftar kvarandre og har ei likemanns- og erfaringsutveksling. Mange som tykkjer at førsteinntrykket kan vere tøft, kan likevel føle at dei vert inkludert i eit positivt miljø. (Trude, tabell 3).*

Alle ergoterapeutane erfarer at

denne pasientgruppa generelt er ei gruppe som bidreg svært positivt for kvarandre.

### Diskusjon

Hensikta med denne studien var å utforske kva arbeidsoppgåver ergoterapeutar i spesialisthelse-tenesta har, samt kva tankar dei har om tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. Likskapar og ulikskapar i ergoterapeutane sine erfaringar vart strukturert i fire tema: Variasjon i kartlegging, «Use it or lose it», Hjelp til

sjølvhjelp, og Å løfte kvarandre - tydinga av erfaringsutveksling. Funna frå intervjuar vert vidare drøfta opp mot tidlegare forskning. Vidare vert val av metode diskutert.

### VARIASJON I KARTLEGGINGSVERKTØY

Personar med Parkinsons sjukdom har svært varierte symptom (36), og medikament verkar individuelt. Rettleiande retningslinjer skildrar at ergoterapeuten skal «utnytte tiden når medikament-

virkingen er best» (12). At ergoterapeutane erfarer viktigheita av å vere bevisst dagsvariasjonar og verknad av medisin, tyder på at dagsvariasjonar kan vere viktig å ta omsyn til ved kartlegging. Alle ergoterapeutane i studien kartla aktivitet tidleg i rehabiliteringsforløpet, og ved bruk av anbefalte verktøy (12).

Eit meir overraskande funn var det at berre nokre av dei vi intervjuja kartla fingerferdigheiter, handfunksjon og kognitiv funksjon. Slike endringar er vanleg også tidleg i sjukdomsforløpet ved Parkinsons sjukdom (5;15) og kartlegging er anbefalt i gjeldande rettleiande retningslinjer (12). Ingen av terapeutane kartla livskvalitet, eit anna anbefalt fokusområde i tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. I eit tverrprofesjonelt team kan det tenkast at livskvalitet likevel vart undersøkt av andre fagprofesjonar til dømes sjukepleiar. Ergoterapeutane i denne studien grunnjev ikkje val av kartleggingsverktøy ut frå gjeldande rettleiarar eller forskning. Ergoterapeutane uttrykte heller ikkje manglar i høve kartleggingsverktøy for pasientgruppa. Desse funna kan tyde på at ergoterapeutane i denne studien gjor val basert på eiga erfaring og kva kartleggingsverktøy som var vanleg og anerkjent på deira arbeidsplass. Ulike kunnskapskjelder må likevel nyttast for best mogleg kvalitet på ergoterapitilbodet til pasientgruppa (12). Kartleggingsverktøyet COPM er utforma for å kartlegge pasienten sine sjølvrapporterte aktivitetsutfordringar (23). Auka brukarmedverknad er etterlyst av pasientane sjølv, og pasientar som opplev å vere involvert i eiga behandling er også dei mest fornøgde (18). Bruk av verktøyet kan også ha

ført til betre individuelt tilpassa behandling (42), noko som i følge forskning kan auke sjansane for ein mogleg positiv effekt av ergoterapi (15). At ergoterapeutane arbeider så forskjellig og berre delvis etterlevde anbefalingane gitt i kunnskapsbaserte retningslinjer, kan mogleg skuldast at det tek tid å endre etablert praksis.

#### «USE IT OR LOSE IT»

Då Parkinsons sjukdom er ein kronisk progressiv sjukdom (37), snakkar ein om rehabilitering ved å fremje moglegheit for aktivitet og deltaking gjennom førebygging av funksjonsfall, samt utvikling eller vedlikehald av pasienten sine ferdigheiter (36). Sitatet «use it or lose it» viser seg å ha stor verdi i høve rehabilitering for denne pasientgruppa, noko som illustrerast godt gjennom dømet om pasientane som har fokusert på å vedlikehalde songstemma si. Same døme viser også at bevisstgjerjing av å halde fram med aktivitet, er ein viktig faktor for å oppretthalde evner gjennom rehabilitering. Forsking viser også at fordelane pasientgruppa får med aktivitet, vil vare så lenge aktivitet vert opprettheldt (38) – noko som samsvarar med ergoterapeutane si erfaring om at aktivitet held symptoma under kontroll. Funnet viser viktigheita av å bevare motivasjon for å vere i rørsle, trass i symptom som apati og nedsett tiltakslust. Forsking viser også at mange personar med Parkinsons sjukdom som følgjer eit treningsprogram føler seg meir sjølvsikre, og oppnår ei kjensle av kontroll over sjukdommen (38).

Det er sprikande funn om rørsle og aktivitet, og Parkinsons sjukdom kan ha ein direkte samanheng, men det er likevel fleire faktorar som tilseier at aktivitet

bør nyttast som eit verktøy for å handtere sjukdommen (39). Forsking viser at personar med Parkinsons sjukdom har positiv nytte av regelmessig trening i høve motoriske, (40) og ikkje-motoriske symptom (41). Ein anna studie viser at personar med Parkinsons sjukdom som utfører ADL-trening saman med ergoterapeut, sjølv opplevde at ADL-funksjonen vart betra (42). Dette kan vere viktige funn i høve oppleving av livskvalitet med ein kronisk progressiv sjukdom.

Ergoterapeutane jobbar med pasientane sine individuelle mål, men har også gode erfaringar med å nytte gruppetiltak dersom fleire pasientar har behov for same type trening. Tai Chi og Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) er dømer på gruppetrening som vart nemnt i intervjuja. Forsking støttar at LSVT er eit effektivt tiltak for å betre motorisk funksjon for pasientgruppa (44). Det kan dermed også tenkast at Tai Chi og andre treningsformer med fokus på store rørsler kan vere ei god tilnærming for å betre motorisk funksjon hos pasientgruppa.

#### HJELP TIL SJØLVHJELP

Ergoterapeutane jobbar med å hjelpe pasientgruppa å meistre dei individuelle utfordringane som ligg føre, eller som kan oppstå seinare i sjukdomsforløpet. Ergoterapeutane i denne studien legg stor vekt på at pasientane bør lære kompenserande strategiar, som til dømes alarm på telefonen eller teknikkar for påkledning, tidlegast mogleg slik at strategiar er automatisert til dei vert nødvendige. Dette funnet samsvarer med tidlegare forskning som viser at resultat av rehabilitering er best dersom ein byrjar tidleg i forløpet, samt i gode dagsperiodar (14;45).



Pasientar kan likevel oppleve det utfordrande å vidareføre rutinar frå rehabiliteringsopphaldet til kvardagen heime. Bendixen og Madsen (23) hevdar at tid er ein avgjerande faktor for å skape nye vanar og rutinar. Spørsmålet er om eit opphald på tre veker er nok for å etablere nye vanar og rutinar?

Fallrisikoen hos personar med Parkinsons sjukdom aukar etter kvart som sjukdommen utviklar seg (37). Ergoterapeutane må då fokusere tidleg på fallførebygging, som til dømes ved å installere støttehandtak ved dusj og toalett, sikre lause tepper og auke belysning (38). Ergoterapeutar har verdifull kunnskap om korleis hjelpemiddel, som eit kompensierende tiltak, kan legge til rette omgjevnadane for auka deltaking i meningsfull aktivitet (46). I *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom* (12) er også utreiing av behov, formidling og opplæring i bruk av hjelpemiddel nemnt som eit av ergoterapeuten sine ansvarsområde (12). Moglegheitene for å prøve ut hjelpemiddel under opphalda varierte hos ergoterapeutane vi intervjuar, men alle ergoterapeutane informerte om hjelpemiddel som kunne vere aktuelle for pasientgruppa.

Eit anna viktig funn i studien var pårørande si rolle både under og etter eit rehabiliteringsopphald, og at ergoterapeutane lærte pårørande korleis dei kunne hjelpe pasienten best mogleg. Forsking viser også viktigheita av at familie og venar får riktig informasjon om diagnosen, samt om korleis dei kan bidra til at personar med Parkinsons sjukdom kan delta i meningsfulle daglege aktivitetar (43). Involvering av pårørande kan også bidra til at

pasientane vert meir tilfreds med behandlingstilbodet (18).

### **Å LØFTE KVARANDRE – TYDINGA AV ERFARINGSUTVEKSLING**

Ergoterapeutane erfarer at grupper med personar med Parkinsons sjukdom bidreg til eit unikt fellesskap med ei likemannsutveksling og støtte, samt stor motivasjon for endring. Erfaringsutveksling mellom pasientane opplevast som eit viktig tiltak for å førebu pasientane på kva dei kan vente seg når sjukdommen utviklar seg, samt korleis dei kan handtere utfordringar som kan kome. Å delta i ei gruppe kan dekke sosiale behov (47), og det kan truleg opplevast positivt å kunne hjelpe kvarandre med å møte felles utfordringar i høve sjukdommen. Dersom gruppa då er motivert, vil det vere ein stor ressurs, framfor at pasientane finn seg i at desse utfordringane ikkje kan handterast.

Forsking viser at det er viktig å snakke med andre med same diagnose, men det vert vektlaagd at det for nydiagnostiserte kan vere betre å møte ein pasient eller ein liten familie, då det kan verke overveldande å møte ei stor gruppe (38). Ein ergoterapeut fortel at det kan opplevast som tøft for nydiagnostiserte å møte dei som har kome langt i sjukdomsforløpet. Dette vert støtta opp av forskning som viser at det er viktig at nydiagnostiserte personar med Parkinsons sjukdom får informasjon om sjukdommen, men for mykje informasjon for tidleg kan verke skremmande og mot si hensikt (43). Likevel kan det truleg vere av stor verdi for den psykiske helsa å få lufta tankar og kjensler med nokon som forstår kva ein går gjennom – på ein annan måte enn nære pårørande og helsepersonell.

## **Oppsummering**

Denne studien, utført i spesialisthelsetenesta, omhandlar tre ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. Erfaringane ergoterapeutane formidlar er i hovudsak retta mot viktigheita av at pasientgruppa er i aktivitet, samt lærer korleis dei kan nytte aktivitet for å bevare sjølvstende og livskvalitet. Vidare vert det formidla at føremålet med ergoterapi i høve Parkinsons sjukdom, er å hjelpe pasientgruppa å meistre kvardagen så godt som mogleg.

Vidare kan ergoterapeutane bidra til å styrke pårørande si rolle i rehabiliteringsforløpet og bidra til at pårørande tileignar seg kunnskap om korleis dei kan hjelpe pasienten best mogleg. Ergoterapeutane kan vidare legge til rette for erfaringsutveksling mellom pasientar, noko som har ein stor verdi i høve læring og likemannsutveksling. Det var eit overraskande funn at ergoterapeutane arbeider ulikt og at anbefalingar gitt i kunnskapsbaserte retningslinjer og forskning berre delvis vart etterlevd. Resultata er basert på erfaringar frå tre ergoterapeutar, og vidare forskning er nødvendig for å undersøke om retningslinjene vert følgde andre stadar, samt om retningslinjene er godt nok etablerte hos ergoterapeutar i det norske helsevesenet. Studien ønska å undersøke tidleg rehabilitering, men pasientar som lev med Parkinsons sjukdom treng livslang oppfølging.

### **KONSEKVENSNAR FOR PRAKSIS**

Ut frå denne studien kjem det fram at mange får nye opphald på rehabiliteringssenter etter ei stund. Det kjem også fram at dei som opprettheld aktivitet i heimen har mindre symptom ved

opphald nummer to, samanlikna med dei som ikkje har oppretta aktivitet. Dette tyder på at det er svært viktig for pasientane å halde fram med aktivitet for å oppretthalde best mogleg funksjon.

Ut frå denne studien kan ein stille spørsmål om det er riktig at ergoterapeutar arbeidar så ulikt. Kva er årsaka til at ergoterapeutar arbeidar så ulikt, til trass for at det finnast rettleiande retningslinjer for rehabilitering?

### Referansar

- Dirette, D. P. (2017). Progressive Neurodegenerative Disorders. I B. J. Atchinson & D. P. Dirette (Red.), *Conditions in Occupational Therapy: Effect on Occupational Performance* (5. utg., s. 403–422). Wolters Kluwer.
- Helse Stavanger - Stavanger Universitetssykehus (2018, 12. september). Parkinsons sykdom. <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-bevegelsesforstyrrelser/bevegelsesforstyrrelser/parkinsons-sykdom>
- Wettergreen, J., Ekornsrud, T. & Abrahamsen, D. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Jankovic, J. (2019, 11. desember). Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathogenesis-of-parkinson-disease?sectionName=EPIDEMOLOGY&topicRef=4903&anchor=H14&source=see-link#H14>
- Hou, J.-G. G. & Lai, E. C. (2008). Overview of Parkinson's Disease: Clinical Features, diagnosis, and Management. I M. Trail, E. J. Protas, & E. C. Lai (Red.), *Neurorehabilitation in Parkinson's Disease* (s. 1–39). SLACK Incorporated.
- Winge, K., Dehn, H. & Gerløv, A. (2015). Parkinsons sykdom. I E. E. Wæhrens, A. Winkel & H. S. Jørgensen (Red.), *Neurologi og neurorehabilitering* (2. utg., s. 172–178). Forfatterne og Munksgaard.
- Bjornestad, A., Forsaa, E. B., Pedersen, K. F., Tysnes, O.-B., Larsen, J. P. & Alves, G. (2015). Risk and course of motor complications in a population-based incident Parkinson's disease cohort. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.11.007>
- Hariz, G.-M. & Forsgren, L. (2011). Activities of daily living and quality of life in persons with newly diagnosed Parkinson's disease according to subtype of disease, and in comparison to healthy controls. *Acta Neurologica Scandinavica*, (123), 20–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01344.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. (Meld. St. 21 (1998-99). [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Storingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1998-99&paid=3&wid=a&psid=DIV-L1890&s=True&pgid=a\\_12530](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Storingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1998-99&paid=3&wid=a&psid=DIV-L1890&s=True&pgid=a_12530)
- ParkinsonNet. (u.å.). About ParkinsonNet. <https://www.parkinsonnet.com/about-parkinsonnet/>
- Norges Parkinsonforbund. (u.å.). ParkinsonNet. <https://parkinson.no/behandling-og-rehabilitering/parkinsonnet?fbclid=IwAR12Jwz7G9OU-wUDEFo5hjFlwUSdC3bX1vDT-PZKRvQp08BWx8asqK4XZUiD4>
- Nasjonalt Kompetansesenter for Bevegelsesforstyrrelser. (2010). Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom. Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser. <https://helsestavanger.no/seksjon/NKB/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20sykdom.pdf>
- Bloem, B. R., Okun, M. S. & Klein, C. (2021). Parkinson's disease. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
- Rafferty, M. R., Nettnin, E., Goldman, J. G. & MacDonald, J. (2021). Frameworks for Parkinson's Disease Rehabilitation Addressing When, What, and How. *Current Neurology and Neuroscience Report*. (2021)21:12. <https://doi.org/10.1007/s11910-021-01096-0>
- Welsby, E., Berrigan, S. & Laver, K. (2019). Effectiveness of occupational therapy intervention for people with Parkinson's disease: Systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*. (2019) 66, 731-738. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12615>
- Tofani, M., Ranieri, A., Fabbrini, G., Berardi, A., Pelosin, E., Valenta, D., et al. Efficacy of Occupational Therapy Interventions on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Movement Disorders Clinical Practice*. 2020; 7(8): 891-901. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13089>
- Foster, E. R., Carson, L. G., Archer, J. & Hunter, E. G. (2021). Occupational Therapy Interventions for Instrumental Activities of Daily Living for Adults With Parkinson's Disease: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 04 2021, Vol 75, 7503190030. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046581>
- Schrag, A., Modi, S., Merritt, R., Khan, K. & Graham, L. (2018). Patient experiences of receiving a diagnosis of Parkinson's disease. *Journal of Neurology*. (2018) 265:1151-1157. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8817-8>
- Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Vik, K., Hovde, L. M. & Gausemel, V. S. (2018). ADL-Taxonomien i norsk oversettelse. *Ergoterapeuten*, 61. 5-2018, 34–44.
- Bendixen, H. J. & Madsen, A. J. (2013). Referencerammer og teori i

- ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Red.), Basisbog i ergoterapi—Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg., s. 139–160). Forfatterne og Munksgaard.
- 24 Ellingsham, B., Clark, E. G. & Jespersen, L. F. (u.å.). Introduksjon. EVA-Aktivitetsanalyse. <https://blogg.hioa.no/evablogg/introduksjon-til-eva/>
- 25 Kjekken, I. (2003). GRIPPIT. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsrevmatologi/Documents/Kartleggingsverkt%C3%B8y/GRIPPIT-Instr.-kartleggingsverkt%C3%B8y.pdf>
- 26 Smedslund, G., Sigveland, J. & Leiknes, K. (2015). Måleegenskaper ved klokketesten. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 16, 1-23.
- 27 Nasreddine, Z. (2019). MoCA, Montreal Cognitive Assessment. <https://www.mocatest.org/about/>
- 28 Feys, P., Lamers, I., Francis, G., Benedict, R., Phillips, G., LaRocca, N., Hudson, L. D. & Rudick, R. (2016). The Nine-Hole Peg Test as a manual dexterity performance measure for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 23 (5), 711–720. <https://doi.org/10.1177/1352458517690824>
- 29 Donnelly, C. & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84–94.
- 30 Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Greenhall, R., & Hyman, N. (1997). The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): Development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age and Ageing*, 26, 353–358.
- 31 Strobel, C., Johansen, H., Aga, O., Bekkhus-Wetterberg, P., Brierly, M., Egeland, J., Follesø, K., Rike, P.-O. & Schanke, A.-K. (2018). Manual norsk revidert trail making test (TMT-NR3). [https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/TMT\\_NR3\\_AoH\\_Manual\\_2018\\_4UhfRC.pdf](https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/TMT_NR3_AoH_Manual_2018_4UhfRC.pdf)
- 32 Helsedirektoratet. (2018, 25. juni). Bruk av kodeverk – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>
- 33 LSVT Global. (2020). LSVT BIG Treatment [LSVT Global]. <https://www.lsvtglobal.com/LSVTBIG>
- 34 Parkinson Wellness Recovery. (2020). Our Mission: PWR! Parkinson Wellness Recovery. <https://www.pwr4life.org/about/>
- 35 Kvam, M. (2019, januar 2). Tai chi (Taiji). Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/ulike-typer-trening/tai-chi-taiji/>
- 36 Dehn, H., Gerløv, A. & Winge, K. (2015). Rehabilitering af personer med Parkinsons sygdom. I E. E. Wæhrens, A. Winkel & H. S. Jørgensen (Red.), *Neurologi og neurorehabilitering* (2. utg., s. 261–268). Forfatterne og Munksgaard.
- 37 Boelen, P., M. (2009). Health Professionals' Guide to Physical Management of Parkinson's Disease. *Human Kinetics*.
- 38 Fleisher, J. & Tarsy, D. (2019, 25. januar). Patient education: Parkinson disease treatment options—Education, support, and therapy (Beyond the Basics). UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics?search=parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics?search=parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1)
- 39 Earhart, G. M., Ellis, T., Nieuwboer, A. & Leeland, D. E. (2012). Rehabilitation and Parkinson's Disease. <https://doi.org/10.1155/2012/371406>
- 40 Suchowersky, O., Gronseth, G., Perlmuter, J., Reich, S., Zesiewicz, W. & Weiner, W. J. (2006, 11.april). Practice Parameter: Neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review). <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000206363.57955.1b>
- 41 Amara, A. W. & Memon, A. A. (2017). Effects of Exercise on Non-motor Symptoms in Parkinson's Disease. 40. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.11.004>
- 42 Sturkenboom, I. H. W. M., Graff, M. J. L., Hendriks, J. C. M., Veenhuizen, Y., Munneke, M. & Bloem, B. R. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *The Lancet Neurology*, 13(6), 557–566. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70055-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70055-9)
- 43 Fleisher, J. & Tarsy, D. (2019, 18. november). Nonpharmacologic management of Parkinson disease. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-management-of-parkinson-disease?search=parkinsons%20disease%20adult&source=search\\_result&selectedTitle=9-150&usage\\_type=default&display\\_rank=9](https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-management-of-parkinson-disease?search=parkinsons%20disease%20adult&source=search_result&selectedTitle=9-150&usage_type=default&display_rank=9)
- 44 Ebersbach, G., Ebersbach, A., Edler, D., Kaufhold, O., Kusch, M., Kupsch, A. & Wissel, J. (2010). Comparing Exercise in Parkinson's Disease—The Berlin LSVT BIG Study. *Movement Disorder Society*, 25(12), 1902–1908. <https://doi.org/10.1002/mds.23212>
- 45 Sturkenboom, I., Thijssen, M., Elsacker, J. G., Jansen, I., Maasdam, A., Schulten, M., . . . Munneke, M. (2011). Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation. *ParkinsonNet/NPF*. [https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/ot\\_guidelines\\_final-npf3.pdf](https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/ot_guidelines_final-npf3.pdf)
- 46 Brandt, Å. & Jensen, L. (2013). At muliggøre aktivitet og deltagelse—Hjælpemidler og tilgængelighed. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.). Basisbog i ergoterapi—Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3. utg., s. 375–389). Forfatterne og Munksgaard.
- 47 Wilcock, A. A. & Townsend, E. A. (2014). Occupational Justice. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12. utg., s. 541–552). Lippincott Williams & Wilkins.