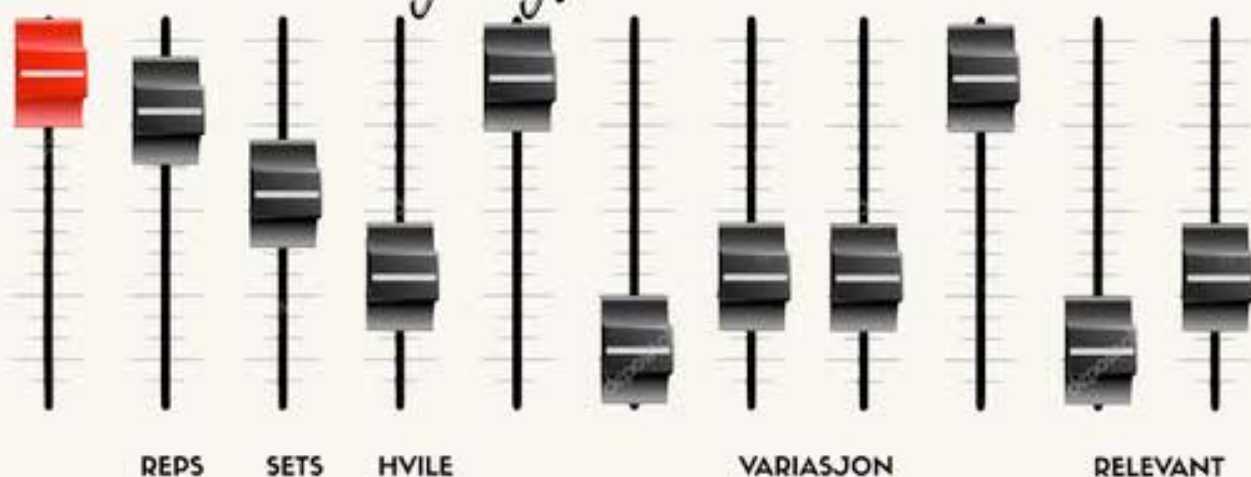


# blir treninga gjort?



Både forskere og terapeuter er glade i å diskutere alle de ulike variablene for et optimalt treningsopplegg. Men glemmer vi å diskutere det viktigste spørsmålet?

## Just do it

Vi er en profesjon som fronter trening og fysisk aktivitet som et viktig tiltak i håndteringen av folkehelse og muskel- og skjelettplager. Vi har t-skjorter med teksten «min medisin er fysisk aktivitet». Vi hyller sitater som «hvis trening var en pille, ville alle tatt den». Men piller virker ikke hvis de ikke blir tatt og det samme gjelder trening og fysisk aktivitet. Store utfordringer, både på individnivå og folkehelsenivå, er knyttet til hvorfor treningsmedisinen ikke blir tatt. Så, for å begynne med oss selv; hvordan sørger vi for at pasientene våre tar medisinen sin?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

For å beskrive i hvilken grad pasienter gjennomfører de tiltakene vi har blitt enige om, brukes ofte de engelske ordene adherence og compliance. Vi kan bruke det norske ordet etterlevelse, og etterlevelse til trening er et begrep vi må ha et forhold til. Det forteller oss om pasientene våre faktisk gjør det vi ønsker at

de skal gjøre i den dosen vi ønsker etter at vi i fellesskap har blitt enige om hva som skal gjøres. Vi bør, og skal, ha diskusjoner rundt hvor godt vi kan medisinen vi foreskriver og hvor godt medisinen faktisk virker, men vi må også diskutere hvordan vi øker sannsynligheten for at pasientene faktisk gjør det vi har blitt enige om. Ett av flere eksempler fra dette kan vi hente fra norsk topphåndball (1), der et skadeforebyggende skulderprogram i snitt ble gjennomført 1.6 ganger per uke mot de tre gangene som ble anbefalt. Kun 1 av

3 spillere gjennomførte programmet tre ganger per uke, og det var ingen forskjell mellom spillere som ikke hadde skulderplager og spillere som hadde det. Dette viser imidlertid etterlevelse på gruppenivå med en stor grad av selvbestemmelse, mens vår kliniske hverdag i større grad kan være preget av individuelle konsultasjoner og veiledet trening på klinikken i kombinasjon med egentrening. Publiserte treningsprotokoller, for eksempel på akilles- eller patellatendinopati, er ofte omfattende og tidkrevende.

Det er godt kjent at etterlevelsen av disse protokollene er høyere i studien enn i det virkelige liv. Dette bør virke som en varselampe når vi skal reprodusere funn fra forskning til praksis, da dosen potensielt kan bli svært forskjellig.

Hvilke knapper kan vi trykke på for å bedre etterlevelsen? Hvilke pasient- og terapeutrelaterte faktorer stikker seg ut som ekstra viktige?

Medina-Mirapeix og kolleger (2) ønsket å se på etterlevelsen til hjemmetrening hos pasienter med nakke- eller ryggsmarter, samt å vurdere om den kunne predikeres basert på enkelte faktorer. Egenskaper hos både pasient og terapeut ble trukket frem som viktige for å bedre etterlevelsen. Av pasientrelaterte faktorer, pekte de på blant annet;

1. At pasienten har nok tid til gjennomføringen
2. At treningen passer inn i pasientens hverdag
3. At pasienten hadde positiv støtte av de rundt seg
4. At pasienten opplevde mestrings-evne (self-efficacy) i treningen

Av terapeutrelaterte faktorer, ble følgende trukket frem;

1. At vi sørger for god informasjon og rådgiving
2. At vi besvarer spørsmål og avklare tvil
3. At vi forklarer nytteverdien av treningen
4. At vi gir god instruksjon og følger opp treningen regelmessig

Det positive med alle disse faktorene er at de er mulig å påvirke. Å spørre pasienten hvor mye tid de har til trening og hvordan de selv ser for seg at treningen kan passe inn i deres hverdag, vil kunne gi dem et større eierskap til egen trening, da de selv har vært med å definere rammene. Hvilken kliniker kan ikke kjenne seg igjen i historien om pasienten som forteller om en stappfull kalender? Dette gjelder vel i stor grad også oss selv? Og der hvor mange av oss mer enn gjerne prioriterer trening i de åpningene hverdagen gir er det kanskje det siste pasienten faktisk ønsker å gjøre. Å stille



*Jeg utfordrer alle klinikere til å trene seg gjennom programmene de foreskriver. Kanskje får vi bedre forståelse av hvorfor etterlevelsen er dårlig?*

spørsmål som «hva er realistisk å få til i løpet av en uke?», «hvor mye tid er realistisk å bruke per økt?» og «vil du trene litt hver dag eller ha lengre økter færre ganger i uka?» kan hjelpe oss med å bygge rammene for treningsopplegget. Verdens beste treningsprogram er fint lite verdt om det ikke blir gjort. I disse spørsmålene bør vi også komme inn på målsetning. Det er åpenbart at dersom vi i fellesskap kommer frem til at målet er økt styrke må vi sørge for at treningen er tung nok til at den gir den effekten. Da må vi forklare hvordan styrketrening foregår og basere oss på prinsippene i treningslæren. Er målet imidlertid å komme i gang med en aktivitet de liker å holde på med eller bare være generelt mer i bevegelse kan vi være langt mer pragmatiske og velge lystbetonte aktiviteter som de ønsker å gjøre hyppigere gjennom uka. Noe som kan virke åpenbart når vi leser om det, er at etterlevelsen til trening er dårligere dersom vi legger inn mange øvelser, og i Medina-Mirapeix sin studie var etterlevelsen bedre hos de som skulle gjennomføre 3 eller færre øvelser kontra de som skulle gjennomføre 6 øvelser per økt. Her må vi stille oss selv spørsmål rundt hvorfor vi gir mange øvelser per økt og om vi har et begrep om hvor lang tid det faktisk tar å gjennomføre programmet vi gir. En utfordring til klinikere der ute er å gjennomføre en del av treningspro-

tokollene som ligger i forskningen, jeg tror mange blir overrasket over hva vi utsetter pasientene våre for. Hva innebærer det faktisk å gjøre Alfredssons eksentriske protokoll 15x3 3x pr dag, hver dag i 12 uker? Hvor tungt er det egentlig å gjøre HSR-protokollen til Kongsgaard, og hvor mye treningsutstyr krever den? Som nevnt tidligere er etterlevelsen selv på toppnivå lavere enn hva protokollene utgir seg for å være, og dette bør være et tankekors til oss klinikere som ser Ola og Kari Nordmann med vonde knær, hofter og skuldre.

Gjennom disse samtaler med pasientene kan vi også svare på spørsmål og gi trygghet i elementer de er usikre på, der et vanlig eksempel kan være å svare på spørsmålet «er det greit at det gjør vondt?». Dette spørsmålet belyste jeg i detalj i artikkelen «Trene med, eller uten, smerter – det er spørsmålet» i blad nummer 4-19, men det viktige å få frem i denne artikkelen er at etterlevelsen til trening øker dersom vi kan svare på spørsmål og gi pasienten trygghet i egen situasjon. I blad nummer 5-17 skrev jeg om hvordan kunnskap om trening som smertelindring økte treningsindusert hyperalgesi, som er nok et eksempel på hva gode forklaringsmodeller og trygghet kan føre til. Videre kan vi utforske hvilket forhold pasienten selv og de nærmeste rundt har til

trening, og dermed om trening oppfattes som noe positivt av pasienten selv og om han har støtte rundt seg for å gjennomføre den.

Når vi så har vært gjennom disse ulike elementene og kommet til det punktet at vi skal velge øvelser er det viktig å forklare nytteverdien av øvelsen(e). Dette spiller igjen inn på målsetningen, og vi bør forklare tydelig hvorfor det øvelsesutvalget og den doseringen vi velger er nyttig for dem. Når jeg trener selv eller setter opp program for utøvere jeg trener leter vi hele tiden etter måter å trene på som har en nytteverdi for målsetningen, og dette bør vi også gjøre for pasienter. Er pasienten din en eldre person som ønsker å leke med barnebarna på gulvet vil det å sette seg ned og reise seg opp være en spesifikk øvelse for den funksjonen. Vi kan videre argumentere for at knebøy vil være en nyttig øvelse for å styrke muskulaturen i setet og lårene og at denne styrken kommer godt med i de funksjonene hun ønsker å gjøre. I tillegg kan vi fremheve at eldre mennesker burde trene styrke i bena på et generelt grunnlag. Å se nytteverdien av det en gjør vil kunne styrke motivasjonen for å gjennomføre treningen.

Å forklare nytteverdien faller inn i samme kategori som å gi trygghet og å klargjøre tvil, og er faktorer som er relatert til oss som terapeuter. Andre viktige terapeutrelaterte faktorer som positivt påvirker etterlevelsen til trening er som nevnt å gi god instruksjon og å følge opp treningen regelmessig (2). Å gi god instruksjon er ikke ensbetydende med å være en blodtrimmet toppidrettsutøver, men for å kunne være et godt øvingsbilde er det et poeng at vi har erfaring med øvelsene vi gir. Det hjelper oss i å demonstrere dem riktig, vite hvordan de kan modifiseres til det enklere eller vanskeligere og å vite hvordan øvelsene skal kjennes. Ikke minst så vil engasjementet vårt være større når vi demonstrerer øvelser vi selv kan og har tro på at skal være effektive for pasienten foran oss. Og det engasjementet smitter. I instruksjonen kan vi også bruke video slik at pasientene kan ta med seg utførelsen hjem og studere øvelsene

Navn: Jens Jensen  
Dato: 27.03.15

Øvelse	Parametre	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Uttrening (se video?)	Belastning kg	4kg	4kg	4kg				
	Repetisjoner	[15-20]	[15-20]	[15-20]				
	Serier	[3-4]	[3-4]	[3-4]				
	Dagsvolum kg x reps x serier							
Smerte før/etter trening 0-10	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4

Øvelse	Parametre	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
	Belastning kg							
	Repetisjoner							
	Serier							
	Dagsvolum kg x reps x serier							
Smerte før/etter trening 0-10	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4	Før: 2 Etter: 4

Treningslogg med monitorering av smerterepons

før egentreningen. Personlig filmer jeg alltid pasientens egen utførelse når den er slik jeg ønsker den skal være, og pasienten selv mestrer det, kontra å la dem filme meg. Dette begrunner jeg med at det er enklere å herme etter seg selv og enklere å relatere seg til sitt eget øvingsbilde kontra terapeutens sitt. Under filmingen bruker jeg anledningen til å snakke inn små cues til utførelse, fokusområde og hvordan det skal kjennes samt å snakke inn dosering av treningen og gjenta eventuelle viktige momenter fra samtalen vi har hatt rundt dette.

Som et siste verktøy bruker jeg en enkel treningslogg med føring av symptomrespons. Treningsloggen er enkel å fylle ut og legger alt ansvar på pasienten selv, men dersom de ønsker å bruke den er det et nyttig verktøy for å se sammenhengen mellom treningsdose og symptomrespons, hvordan de kan påvirke responsen ved å øke eller senke dosen og se progresjon i egen belastningskapasitet. Deretter kan vi enes om rapporteringstidspunkt. Dette kan for eksempel være over mail ukentlig/månedlig eller å ha med en utfylt logg til neste time.

All denne jobben leder mot å styrke pasientens mestringstro og mestringsevne, også kalt self-efficacy. I en systematisk oversiktsartikkel fra 2018 (3) fremhever forfatterne at høy self-efficacy korrelerer med blant annet bedre fysisk funksjonsevne, høyere deltakelse i fysisk aktivitet, bedre helse- og arbeidsstatus, lavere smerteintensitet og funksjonsnedsettelse, færre depresjonssymptomer og ømme punkter på kroppen og mindre grad av fatigue. Høyere self-efficacy vil dermed ha både en beskyttende funksjon for muskel- og skjelettplager, og vil kunne gi en bedre prognose ved muskel- og skjelettplager. Dette fordrer at vi som terapeuter danner oss et bilde av om pasienten vår har høy eller lav grad av self-efficacy, og selv om det finnes flere standardiserte spørreskjemaer for å evaluere dette er Picha (4) sin modell enkel å se til for å skaffe seg et raskt overblikk (figur 1).

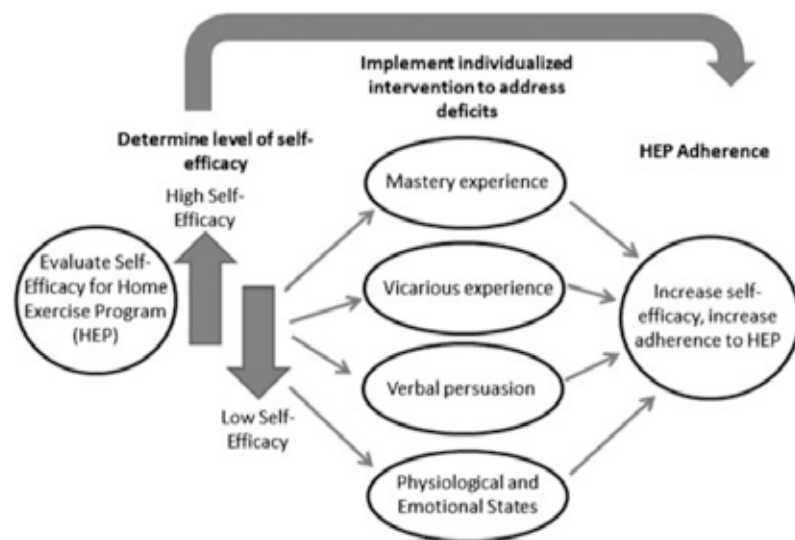
Picha legger videre frem en modell (figur 2) for å bedre self-efficacy gjennom å adressere de fire ulike erfaringsmodellene som ble fremsatt av Albert Bandura i hans teori om self-efficacy, som sprang ut fra sosial kognitiv teori på slutten av 1970-tallet.

For en mer detaljert beskrivelse, samt pasienteksempler, henvises det til artikkelen, men under følger noen tips til hvordan vi kan påvirke disse fire faktorene hos pasienter med lav self-efficacy;

**Mastery experience:** Bryt ned øvelsene til helt basale komponenter. Med andre ord; gjør øvelsene så enkle at pasienten opplever mestring gjennom utførelsen. John Dewey sitt sitat «learning by doing» gjør seg gjeldende, og dersom vi kan gi trygghet og mestring i basale øvelser og funksjoner har vi muligheten til å bygge videre på dette. Dette er noe vi skal ta til oss som terapeuter, da vi ofte har en tendens til å være glade i kompliserte øvelser med mange konkurrerende fokusområder og med tidvis mye utstyr. Som kunstneren Leonardo da Vinci har sagt det: «Simplicity is the ultimate sophistication».

**Vicarious experience:** Gjennom å se andre utføre øvelsene kan troen på at en klarer det selv øke. Her er det viktig at vi er gode øvingsbilder, eller at vi kan la pasienter trene sammen i par eller grupper slik at de kan se hverandre. Som tidligere nevnt er video et nyttig verktøy, og i denne settingen vil det å observere seg selv på video hjemme gi nye erfaringer og bygge opp troen på at de mestrer øvelsene.

**Verbal Persuasion:** Dette punktet bør vi ha dekket gjennom samtalen som leder oss til valg av treningsprogram, men henviser også til verbal oppmuntring under treningen. Vær engasjert i pasientene, tenk bare hvor mye bedre du selv yter når du trener med en engasjert instruktør eller venner som heier deg fram.



### Physiological and Emotional States:

Hva betyr det egentlig å være sliten? Er det farlig for meg at pulsen øker? Er det farlig for ryggen min å bøye seg frem? Hvorfor lager skulderen min lyder når jeg gjør denne øvelsen? Gjennom å gjøre pasientene kjent med sin egen fysiologiske og emosjonelle respons under og etter trening gir kan gjøre det lettere å øke intensiteten og eksponere mot bevegelser de har vært engstelige for.

Å adressere alle disse faktorene passer fint inn i Simon Sinek sin «Golden Circle Model» (5) der utgangspunktet er å starte med «hvorfor» før man går videre til «hvordan» og «hva». Altså, start med «hvorfor skal jeg gjøre dette?», før du går videre til «hvordan skal jeg få det til?» og deretter kommer inn på «hva skal jeg gjøre?». Slik jeg ser det er vi ofte litt raske på labben med å komme oss til «hva skal jeg gjøre?». Vi har jo eviden-

sen og forskningen som legger frem treningsprotokollene for ulike tilstander, og vi gjør jo ingenting feil med å anbefale pasientene våre å gjennomføre disse. Men om vi ikke tar med «hvorfor» og «hvordan» kan det være vanskeligere å skape den atferdsendringen som må til for at pasientene våre står i treningen lenge nok til at den faktisk har en effekt. Så når pasientene våre kommer til oss og sier at de har prøvd både trening og fysioterapi, så kan vi starte med å spørre hvorfor de tror det ikke har fungert og bygge derfra. De færreste av pasientene mine responderer positivt på utsagnet Just do it, og jeg mener vi må jobbe aktivt med elementene presentert i denne artikkelen for å øke sannsynligheten for at treningen vi anbefaler faktisk blir gjennomført.

Se kilder/referanser side 36.

**TABLE 1** Patient presentation of varying levels of self-efficacy

Level of self-efficacy	Characteristic	Patient presentation
Low	Fear of risks and uncertainty Low aspirations Feelings or fear of failure Impression management	Hesitant to try new exercises/task Refusal to complete exercise/task Lack of commitment to goals Dwell on personal deficiencies Give up quickly when presented with a difficult task
High	Self-confidence Accurate self-evaluation Willingness to take risks Sense of accomplishment	Sets personal goals and maintains commitment to those goals No hesitation to complete exercise/tasks presented to them Sustain efforts when presented with failure Quickly recover after setbacks or failures

En enkel oversikt over pasientpresentasjon med ulik grad av self-efficacy