

## Reportage från sektionen Äldres Hälsas utbildningsdag 4/10 Sjukgymnastdagarna 2013

Temat för utbildningsdagen var "Träning för äldre" och detta ämne lockade så många att dagen blev fulltecknad och flera som hade velat vara med tyvärr inte fick plats.

Efter att sektionens ordförande Lena Zidén hälsat välkommen inledde dagens internationelle gäst, Per Aagaard från Odense i Danmark, med att tala om att träning kan göra oss tjugo år yngre! Nu gäller inte detta i alla åldrar utan närmare bestämt handlar det om att en 80-åring som tränar regelbundet i tillräckligt hög utsträckning har samma fysiska funktionsnivå som en otränad 60-åring. Forskningen har visat att åldrandeprocessen inte går att förhindra med träning, alla tappar i funktionsnivå men man tappar från och till en högre nivå om man tränar. De åldersförändringar som sker är att det blir mindre muskelmassa och mer fett och bindväv inne i muskeln. Antalet motorneuron i ryggmärgen minskar också, men vid träning kan andra motorneuron reinnervera muskelfibrer.

Det finns flera studier som visar på positiva effekter av träning hos äldre personer, vissa med deltagare upp till 97 års ålder. Gemensamt för dessa studier är att träningen bör ske med hög belastning, >70 % av 1 RM. Träningsfrekvensen kan vara 2-3 ggr/vecka och med relativt få repetitioner per övning, exempelvis 3 x 8 gånger. Det viktigaste syftet med träningen är att öka den explosiva styrkan, för att förbättra förmågan att resa sig upp från en stol och öka den maximala gånghastigheten. Per Aagaard avslutade med att trycka på vikten av att sjukgymnaster har denna kunskap och att vi styrketränar patienter i kliniken, särskilt efter immobilisering exempelvis efter frakturer. Äldre behöver längre tids träning för återhämtning och det är viktigt att träna unilateralt, annars tar det starkare benet över.

Nästa föreläsare var inte bara en utan tre, nämligen Nina Lindelöf, Håkan Littbrand och Erik Rosendahl från Umeå. De presenterade sitt arbete med att ta fram en effektiv träningsmetod för äldre personer, som kan användas både i hemmiljö och på klinik. Deras träningskoncept kallas HIFE – High Intensity Functional Exercise program. Målet med träningen enligt detta program är förbättrad benmuskelstyrka, balans, gång- och förflyttningförmåga och bygger på betydelsen av träningspecificitet och intensitet. Ett exempel på träningspecificitet är att om målet är förbättrad gångförmåga så tränar man step up-övningar och trappgång istället för sittande quadricepsövningar, så att muskeln arbetar i en liknande position som man kommer att använda den ökade muskelstyrkan i. Med intensiv träning menas enligt HIFE nära individens maximala kapacitet. Fördelar med HIFE är att övningarna är lätta att förstå, det fungerar för personer med olika diagnoser och det krävs ingen särskilt utrustad träningslokal. De 39 övningarna är indelade i fem olika kategorier, man bedömer individens förmåga att gå utan fysiskt stöd eller tillsyn och väljer sedan utifrån resultatet av bedömningen övningar ur de olika grupperna.

HIFE har använts vid ett par stora träningsstudier för personer som bor inom särskilt boende, FOPANU-studien och UMDEX-studien. Orsaken till dessa studier var för den förstnämnda att det saknades högkvalitativa studier med högintensiv träning för personer som bor på särskilt boende och för den sistnämnda att man ville ha en studie som var speciellt riktad mot personer med

demenssjukdom. Resultaten visade att över 90 % av deltagarna i FOPANU klarade att träna på hög eller medelhög intensitet, och det var ingen skillnad för personer med och utan demens i att kunna genomföra träningen. Effekten blev minskat beroende i ADL och en kvarstående effekt på balans även tre månader efter avslutad träning. Deltagarna uttryckte i intervjuer att träningen gett förbättringar till både kropp och själ och många prioriterade träningen framför andra erbjudna aktiviteter. UMDEX-studien visade effekter på både fysiska och kognitiva funktioner vilket gav positiva effekter i vardagen för deltagarna.

Efter en stärkande lunchpaus byttes fokus då Lars Hagberg gav oss en snabbkurs i hälsoekonomi. Ämnet för föreläsningen var hur resurser fördelas när det gäller träning för äldre. Hagberg menar att evidens för att det är bra att träna finns, det är inte mer av det vi behöver. Vi behöver rensa i argumenten och lära oss en del om hur prioriteringar görs. Hur snabbt nya metoder implementeras tycks avta med graden av akut grad eller specialisering, ålder i patientgruppen och patientgruppens förmåga att kräva sin rätt. Inom hälsoekonomi handlar intäkter om hälsovinster; hälsovinster för samhället medför minskade kostnader men hälsovinster för individen går inte att mäta i pengar. Där mäter man ofta istället i QALY, kvalitetsjusterade levnadsår, en värdering av livskvalitet mellan 0 och 1 där 0 står för att livet inte har något värde och 1 ett liv utan sjukdom. Vid införande av nya metoder mäter man då kostnader per QALY. För att en metod ska räknas som kostnadseffektiv ska kostnaden vara i nivå med vad som i övrigt är accepterat inom Hälso- och sjukvården, ofta ca 500 000 kr/QALY.

Lars Hagberg listade några möjliga hinder för att satsa på träning för äldre. Det första handlar om förväntan på vad äldre ska klara, vad som är naturligt åldrande skiljt från förvärvad funktionsnedsättning. Andra hinder är värdering av äldre och äldres livskvalitet och förväntan på äldres beteende. Ytterligare hinder är brist på utbud och förebilder.

Föreläsaren sammanfattade till sist själv sitt budskap: Det finns gott stöd i riktlinjer att prioritera äldre. Det finns god evidens om effekt och kostnadseffektivitet när det gäller träning för äldre. Slutsatsen är således att om fysisk aktivitet för äldre inte prioriteras är orsaken någon annan. Rådet till oss blev därför att be beslutsfattare förklara av vilka orsaker man gör den prioritering man gör.

Nästa föreläsare var Magnus Lindwall, psykolog från Göteborg. Titeln på hans föredrag var "Fysisk aktivitet och psykisk hälsa hos äldre". Hans forskningsområde kallas exercise psychology och handlar om relationen mellan fysisk aktivitet och tankar, känslor och beteende. Att motion har mycket effekter på hur vi mår är väl känt men oftast nämns det bara i en bisats. En effekt som uppnås av träning är att det kan skapa en inre motivation, att man gör någonting av en egen inre drivkraft. Den effekten kan man aldrig få av läkemedelsbehandling. Ett område där fysisk träning ses som ett behandlingsalternativ och komplement till läkemedel är vid depressioner, framförallt lindrigare sådana. Det är visat att personer som var mer fysiskt aktiva än förväntat vid ett mättillfälle hade depressiva besvär i mindre utsträckning än personer som var inaktiva. Studier av motion som behandling av depression hos äldre visade att träning hade minst lika bra effekt som medicinering efter sex månader. Vid uppföljningen fanns kvarstående effekter av träningen, till skillnad mot medicineringen. Forskningsläget sammanfattas som att träning verkar ha effekt men det är osäkert exakt vilken träning man ska rekommendera. Det är inte en universallösning men en hjälp att hantera symtom av depression och ångest.

Motion och träning kan förbättra den globala självkänslan, genom olika former av feed-back vid träningen påverkas den fysiska självuppfattningen och därmed självkänslan. Vid träningsupplägget kan även psykosociala mekanismer som delaktighet och känsla av att vara kapabel och klara av det som förväntas påverka och medverka till en bättre effekt av träningen. Fysisk träning har också effekt på de kognitiva förmågorna, störst är effekten på arbetsminnet och de exekutiva funktionerna. Vid bedömningar i MMSE (mini mental state examination, tidigare även kallat MMT) har fysisk träning visat sig påverka resultatet så att den individ som tränar förbättrar sitt resultat i MMSE.

Dagens sista föreläsare var Stefan Lundqvist som arbetar med FAR – fysisk aktivitet på recept - och har som uppdrag inom primärvården i västra Göteborg att sprida kunskapen om FAR. En orsak till att pengar avsatts till arbete med FAR är att levnadsvanesjukdomar blivit allt vanligare och att biomedicinen där saknar effektiva behandlingsformer. För att nå resultat måste man få till en levnadsvaneförändring. Individuellt samtal, skriftlig ordination och ordnad uppföljning är måsten när man arbetar med FAR. Stefan rekommenderar även att man använder sig av träningsdagbok och t.ex. stegräknare för att öka chansen till att individen gör en förändring i sina levnadsvanor.

FAR har mest effekt på dem som är minst aktiva. Som en del i screeningen efter vilka som kan vara aktuella kan man ställa frågan om hur mycket personen har suttit per dag under den senaste veckan. Arbetet ska sedan ses som en process där sjukgymnasten ställer reflekterande frågor till patienten. När det är dags för FAR är individuellt, liksom hur frekvent uppföljningen ska vara och om den sker med besök eller per telefon. Innan patienten börjar sin träning ska man ha utgångsvärden. Aktiviteten ska sedan doseras utifrån individen och man ökar dosen vid varje uppföljning. Det finns en FAR-blankett liknande receptblanketten för läkemedel. Det är på gång med en ny blankett där ordet diagnos är ersatt med målsättning istället. På receptet ska datum för uppföljning vara noterad, träningsdagbok och Borgs ansträngningsskala är bra verktyg för uppföljningen och för samtal kring hur det ska kännas när man är fysiskt aktiv.

Med en uppmaning att tillbringa mindre tid i sittande avslutades den späckade dagen. Vi i styrelsen vill passa på att tacka alla våra fantastiska föreläsare och de intresserade deltagarna för en givande dag!

Cristina Wångblad