

# Trening for muskel- og skjelettplager – the silver bullet?

Treningsterapi og aktivitet som medisin har tradisjon som kjernekomponenter i fysioterapien, og de senere årene har trening seilt fram som det kanskje viktigste og beste tiltaket vi har for en rekke tilstander. Som yrkesgruppe kan vi omfavne denne trenden og slå oss på brystlogoen som sier «Min medisin er fysisk aktivitet». Men, hvor godt virker medisinen vår egentlig?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

Hvor mange pasienter har du hatt som sier «jeg har prøvd trening, det virket ikke!»? Hvor mange ganger har du da tenkt at «da har du ikke gjort det riktig!»?

Pasienter med smerter i muskel- og skjelettapparatet er jevnt over en heterogen sammensetning av unike individer med unike evner, forutsetninger, ønsker, mål og behov. Å si at vi har én tilnærming som skal fungere likt for alle er en reduksjonistisk fantasi, men trening i seg selv er heller ikke én unik tilnærming, selv om vi ofte fremstiller det slik. Trening er ikke begrenset til styrketrening, 4x4-intervaller eller ukentlige skogsturer. Trening er ikke begrenset til metoden alene, og kanskje er det derfor de ulike treningsmetodene ikke gir voldsomt store forskjeller når man sammenligner dem i intervensjonsstudier. Kanskje er det derfor vi har pasienter som sier de har prøvd trening uten hell. Og det er derfor det blir feil å tenke at de ikke har gjort det riktig. For den fasiten har vi ikke.

Det er mye dokumentasjon som sier at trening hjelper for en rekke tilstander, som artrose, skuldersmerter, fibromyalgi og korsryggsmerter (1-3). Men artrosepasientene blir ikke bra, de blir bedre (3), og en nylig systematisk oversikt viste med lav til moderat sikkerhet at trening ikke førte til større forbedring hos

voksne med akutte korsryggsmerter sammenlignet med andre intervensjoner (4). Så hvorfor skal vi dytte trening frem som et så fantastisk tiltak? Jeg mener at vi først og fremst skal se til forskningen som peker i retning av trening som et effektivt, og kanskje det mest effektive, tiltaket i behandlingen av muskel- og skjelettplager. Jeg mener at vi skal se til de positive bieffektene av trening, som bedre mental helse (5), bedre søvnkvalitet (6), og redusert fare for overvekt og livsstilssykdommer (7). Om trening ikke viser seg å være mer effektivt enn andre tiltak for akutte korsryggsmerter, er det i det minste få andre tiltak som kan vise til samme liste over positive bieffekter. Det etter hvert utslitte utsagnet «you can't go wrong getting strong» har absolutt noe for seg.

**MEN.** Trening er et bastardisert begrep som kan vekke motstand i mange og enhver. Ikke alle liker å trene. De aller færreste liker å trene etter protokollene forskningen har gitt oss, noe den generelt dårlige etterlevelsen i forskningsprosjektene viser oss. Hva trening er og betyr for den enkelte pasient er det vår jobb å finne ut av. Hvorfor liker de det ikke? Gjør det alltid vondt å trene, eller blir det alltid verre av det? Hva er det de har lyst til å gjøre? Fysiologisk vet vi hvordan vi skal trene for å oppnå en ønsket effekt. Vi diskuterer og velter oss i dosering for hypertrofi, økt VO2 max, 1RM og påvirkning av sene-/bindevev ved ulik belastning, men bedre styrke og kondisjon er ikke det samme som mindre smerte og bedre funksjon.

Som ved så mange andre tiltak vi bruker har de kontekstuelle faktorene rundt trening stor betydning for utfallet. Det er sjelden at ett øvelsesutvalg eller én dosering eller én metode er overlegent bedre enn andre, og selv om det er behagelig med fasiter og et ferdig utskrevet treningsprogram i ExorLive må vi ta inn over oss at dette fremstår som en reduksjonistisk våt drøm og en suboptimal pasienttilnærming. En størrelse passer som kjent ikke for alle, og trening som medisin må tilpasses den enkelte. Ja, det tar mer tid, det krever kunnskap og det krever engasjement. Det krever at vi er tilpansningsdyktige i pasientmøtene og fleksible i hvilke tilnærminger vi bruker. For det er jo her mulighetsrommet ligger; hva er egentlig trening? De som sier de har prøvd trening; hva har de prøvd? De som sier de ikke liker trening; hva er de ikke liker? Og, viktigere; hva liker de å gjøre? Hva kan være trening for den enkelte? Sannsynligvis vil fysisk aktivitet på et så lavt nivå at det ikke ville fortonet seg som trening for meg være trening for en pasient som har vært inaktiv i flere år. Hvem er da jeg til å si at den gåturen på 15 minutter gjort daglig ikke er trening? All aktivitet er bedre enn inaktivitet, og når litteraturen gir oss et så stort mulighetsrom til å utforske fysisk aktivitet og trening som behandlingsmetode må vi bruke den kunnskapen til å skreddersy behandlingen til hver enkelt pasient.

Boutevillain og kolleger viste i sin kvalitative studie Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qua-

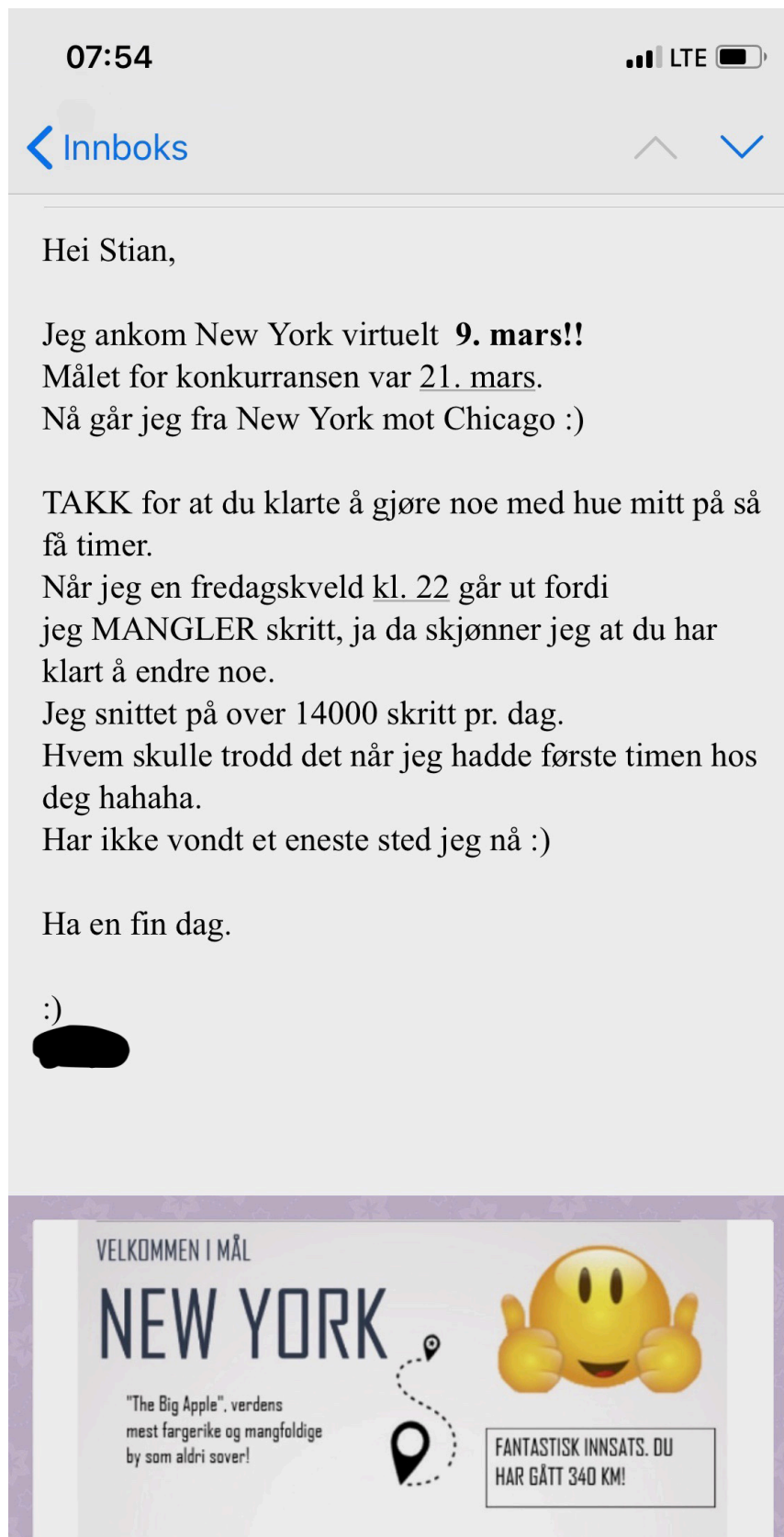
litative study. (8) at smerte var den største barrieren for fysisk aktivitet. Som et av intervjuobjektene sier:

*“if my back hurts, I don’t do any activity that’s for sure, I am not going to the garden and do some digging, that is out of the question! I have two children, if I am in pain and they want to play, my back hurts and I can’t play with them. My back hurts I can’t do it. It’s not that I don’t want to it is just that I cannot. I am unable to”*

Sett deg inn i den situasjonen i et øyeblikk. Hvordan hadde du opplevd møtet med en terapeut som ba deg trene? En ærlig terapeut ville kanskje også fortalt deg at treningen kanskje ikke gjorde deg SÅ mye bedre heller, men at de systemiske effektene er gode nok til å gi det et forsøk. Og så bør du trene hardt og tungt, gjerne med høy puls over tid og minst to ganger per uke.

Og det er akkurat den situasjonen vi må kunne sette oss inn i. Som psykiateren Finn Skårderud har sagt om mentaliseringsbegrepet – «det handler om å se andre innenfra og seg selv utenfra.» Personlig er det vanskelig for meg å forstå hvordan det er å ha det så vondt, men jeg må respektere det. Jeg kan i større grad forstå at pasientene ikke har tid eller motivasjon, og ser det som min største oppgave å påvirke den motivasjonen til et punkt der pasienten faktisk ønsker å bruke tiden sin på å være fysisk aktiv. Og kanskje, forhåpentligvis, så vil en økning i fysisk aktivitet påvirke smerteproblematikken. Ikke alltid, men noen tilbakemeldinger gir meg håp:

Jeg skal ærlig innrømme at jeg er biased mot trening og fysisk aktivitet. Jeg overdriver sannsynligvis de positive effektene av trening som tiltak, men er i det minste klar over at trening er et omfattende begrep som kommer i mange former. Og jeg er klar over at pasientene mine ikke er like glade i trening som meg. Å være bevisst det opplever jeg er startgropen for å utforske hva pasientene mine ønsker å gjøre, hva de ønsker å oppnå, hvordan de kan finne tid til å gjøre det og hvordan



de best mulig kan håndtere sin egen helse gjennom fysisk aktivitet over lang tid. Trening er ikke en silver bullet, men gjort pasientsentrert og individualisert ser jeg veldig få grunner til at vi ikke skal være trygge på

at medisinen vi tilbyr er noe av det beste vi kan gi pasientene våre.

*Se referanser/kilder side 37.*