

Statusartikler er oversigtsartikler, der beskriver den nyeste udvikling og forskning inden for et velafgrænset felt af relevans for fysioterapeuter. Artiklerne er typisk igangsat af redaktionen, og forfatterne er forskere med speciale inden for feltet.

Træning som behandling til mennesker med multisygdom

Mennesker med multisygdom kan forbedre mental og fysisk sundhed ved at træne to til tre gange om ugen. **BÅDE AEROB TRÆNING OG STYRKETRÆNING, ELLER EN KOMBINATION AF BEGGE, KAN FORBEDRE SUNDHEDEN** uanset hvilke sygdomme, patienten måtte have. I alle tilgængelige studier har træningen været helt eller delvist superviseret.

NÆSTEN 30% af de danske kvinder og 23% af de danske mænd på 16 år eller ældre har to eller flere kroniske sygdomme og kan dermed karakteriseres som multisyge.¹ Multisygdom ses primært blandt den ældre del af befolkningen, men antallet af mennesker under 65 år, som rammes af multisygdom, er støt stigende, ligesom den forventede gennemsnitlige levealder.

Det betyder, at andelen af mennesker, som lever med flere kroniske sygdomme, vil stige i fremtiden.

Mennesker med multisygdom har ringere fysisk og mental sundhed samt større risiko for hospitalsindlæggelse og for at dø tidligere sammenlignet med mennesker med kun én kronisk sygdom.² Sygdomme som artrose,

KOL, hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom, forhøjet blodtryk, type 2- diabetes og depression er nogle af de primære årsager til helbredsforringelse på verdensplan, og de optræder ofte samtidigt.³ Faktisk har omkring 2 ud af 3 med én kronisk sygdom typisk også en anden kronisk sygdom, hvilket er vigtigt at være opmærksom på i klinisk praksis.⁴ Behandling af multisygdom er en kompleks opgave, som udfordrer vores nuværende behandlingsformer, der fokuserer på behandling af én sygdom ad gangen. Patienter med multisygdom må ofte konsultere en lang række sundhedsprofessionelle og ender derfor ofte med at indtage flere forskellige typer af medicin (typisk mindst én type for hver sygdom), hvilket indebærer en risiko for bivirkninger, som kan være både uhensigtsmæssige og utilfredsstillende for

Af



ALESSIO BRICCA

Træningsfysiolog, ph.d.

+



METTE DIDERIKSEN

Projektkoordinator,
cand.ling.merc.,
cand.scient.fys.

+



LASSE KINDLER HARRIS

Forskningsassistent,
cand.scient.fys.

+



SØREN T. SKOU

Fysioterapeut,
ph.d., professor.

×

Forskningsenheden PROgrez
Afdeling for Fysioterapi
og Ergoterapi, Næstved-
Slagelse-Ringsted Sygehus
og

Forskningsenheden for
Muskuloskeletal Funktion
og Fysioterapi, Syddansk
Universitet.

den enkelte patient. Det er også uhensigtsmæssigt for de sundhedsprofessionelle, som kæmper med at få anbefalinger om enkeltsygdomme til at passe til mennesker med multisygdom. Desuden stiger udfordringerne i takt med antallet af patientens sygdomme.⁵

Ligesom behandlingsindsatsen har også forskningen primært været fokuseret på at identificere effektive behandlinger af enkeltsygdomme. Som en konsekvens heraf er det uvist, hvilket behandlingstilbud der er det mest effektive til mennesker med flere kroniske sygdomme, og de fleste kliniske retningslinjer forholder sig ikke til dette. Det understreger behovet for at identificere effektive behandlinger og sætte ind med forebyggelse og behandling af multisygdom.

Træning kan være en del af løsningen

Træning har vist sig at være effektiv som behandling af 26 kroniske sygdomme og kan potentielt forebygge 35 kroniske sygdomme.⁶ De generelle sundhedseffekter ved træning betyder, at denne behandlingsform formentlig ikke blot kan anvendes ved enkeltsygdomme, men potentielt kan hjælpe mennesker med flere kroniske sygdomme. Samtidig er træning typisk forbundet med lille risiko for alvorlige bivirkninger sammenlignet med anden behandling. Men er dette tilfældet blandt mennesker med multisygdom? Dette spørgsmål har ældre, plejere og sundhedsprofessionelle identificeret som værende blandt de 10 vigtigste ubesvarede forskningsspørgsmål, der kan være med til at forbedre behandling og sundhedsrelateret livskvalitet for mennesker med flere kroniske sygdomme.⁷

I et nyt systematisk review⁸ har vi derfor undersøgt effekten og bivirkningerne ved træning målt på fysisk og psykosocial sundhed hos mennesker med mindst to af følgende kroniske sygdomme: knæ- eller hofteartrose, KOL, hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom, forhøjet blodtryk, type 2-diabetes og depres-

sion. Vi inkluderede 23 randomiserede studier fra hele verden (Europa, USA, Australien og Asien) med 3.363 mennesker med multisygdom (gennemsnitsalder 65 år). Mindst 80% af de inkluderede deltagere havde multisygdom som defineret ovenfor. De sygdomme, som oftest blev undersøgt i studierne, var: hjertesvigt (16 studier), depression og type 2-diabetes (15 studier hver), forhøjet blodtryk (14 studier), KOL (6 studier) og knæ- eller hofteartrose (4 studier hver).

Træningsinterventionerne var delvist eller fuldt superviseret af en fysioterapeut og strakte sig i gennemsnit over 12 uger med gennemsnitligt to træningsgange om ugen. Typen af træning varierede mellem aerob træning (den oftest anvendte), styrketræning eller Tai Chi og træningsprogrammer, der kombinerede aerobe, styrke-, balance- og udspændingsøvelser. Deltagelsesprocenten varierede mellem 51% og 94%. Træningsinterventionerne foregik individuelt, på hold eller som selvtræning med eller uden delvis supervision. Træningen blev udført hjemme (45%), i et træningscenter eller på en klinik (45%) eller på et hospital (10%). Kontrolgrupperne modtog en eller flere af følgende behandlinger: sædvanlig behandling, medicin, kognitiv adfærdsterapi, patientuddannelse, lægekonsultation og/eller udspændingsøvelser.

Effekt på psykosocial og fysisk sundhed

Reviewet viser, at træning forbedrede livskvalitet og fysisk funktion og reducerede symptomer på angst og depression, alt sammen med en lille til moderat effekt eller stor effekt (tabel 1). Dette svarer til de forbedringer, man har observeret hos mennesker med kun én kronisk sygdom såsom artrose,⁹ KOL¹⁰ eller hjertesvigt.¹¹ Forbedringen i livskvalitet var størst blandt de yngre, og reduktionen i symptomer på depression var størst blandt dem med sværere symptomer på depression før træningsinterventionen (figur 1 og tabel 1).

5 hovedbudskaber

Træning til mennesker med multisygdom:

1

Forbedrer livskvalitet

2

Forbedrer fysisk funktion

3

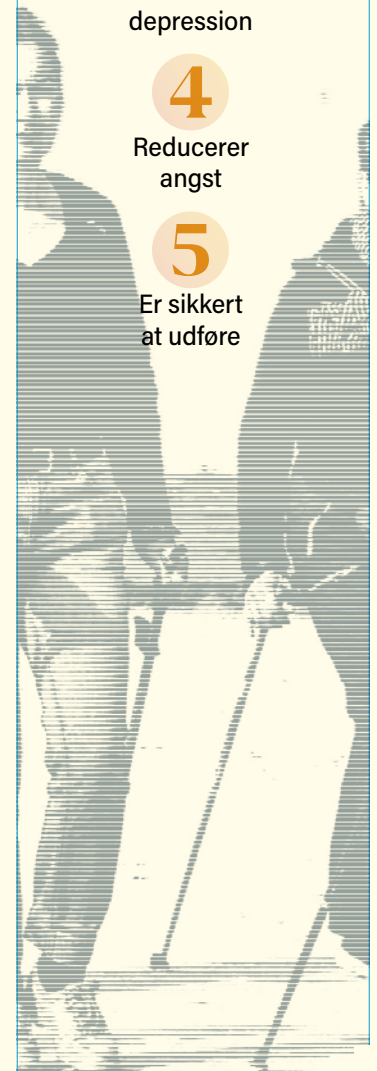
Reducerer depression

4

Reducerer angst

5

Er sikkert at udføre



Tabel 1. Resultater og fortolkning

Måleparameter	Resultat Effektstørrelse (SMD, MD eller RR) med 95 % CI	Fortolkning af resultat
Sundhedsrelateret livskvalitet	SMD 0,37 (0,14 til 0,61)	Træning medfører en lille til moderat forbedring i livskvalitet. Denne forbedring er muligvis klinisk relevant. Størst forbedring sås hos yngre mennesker med multisygdom.
Objektiv målt fysisk funktion	SMD 0,33 (0,17 til 0,49)	Træning medfører en lille til moderat forbedring i fysisk funktion. Denne forbedring svarer til, at en person, der har trænet, i gennemsnit kan gå 43 m længere ved en 6-minutters gangtest, og forbedringen synes at være klinisk relevant.
Selvrapporteret fysisk funktion	MD 7,07 (-9,10 til 23,23)	Evidensen omkring effekten af træning på selvrapporteret fysisk funktion er usikker, da blot to heterogene studier var inkluderet i analysen.
Symptomer på depression	SMD -0,80 (-1,21 til -0,40)	Træning medfører en reduktion i symptomer på depression, som varierer fra lille hos nogle til stor hos andre. Mennesker med sværere depression ved baseline oplevede størst reduktion i symptomer på depression.
Symptomer på angst	SMD -0,49 (-0,99 til 0,01)	Træning medfører en reduktion i symptomer på angst, som varierer fra meget lille hos nogle til stor hos andre. Evidensen er usikker pga. det lave antal inkluderede studier samt variationen i effektestimaterne.
Uønskede hændelser	RR 0,96 (0,53 til 1,76)	Risikoen for uønskede hændelser var lige stor i træningsgrupperne og kontrolgrupperne. Træning fører altså ikke til en øget risiko for uønskede hændelser. Indrapporterede uønskede hændelser i både trænings- og kontrolgrupperne omfattede smerter i knæ, arme eller ryg, fald, hjerterytmeforstyrrelser, bevidsthedstab, fatigue og sexproblemer.
Alvorlige uønskede hændelser	RR 0,62 (0,49 til 0,78)	Forekomsten af alvorlige uønskede hændelser var lavere blandt personer, der deltog i træning, sammenlignet med kontrolgruppen. Indrapporterede alvorlige uønskede hændelser omfattede hospitalsindlæggelse, lungebetændelse, ukontrolleret ventrikulær arytmi, blodforgiftning og ekstrem fatigue.

CI: KONFIDENSINTERVAL; SMD: STANDARDISERET GENNEMSNIT; SD: STANDARDDEVIATION; MD: MIDDELDIFFERENCE; RR: RELATIV RISIKO.

Effektstørrelser

Standardiseret gennemsnitlig forskel (Standardised Mean Difference SMD): Betydningen af effektstørrelsen af den samlede SMD fortolkedes således: 0,2 = lille effekt, 0,5 = moderat effekt og 0,8 = stor effekt.¹²

Middeldifference (MD): Middeldifferencen måler den absolutte forskel mellem gennemsnittet i to grupper. Den estimerer, hvor meget en intervention gennemsnitligt ændrer på en måleparameter sammenlignet med kontrolgruppen.¹²

Relativ risiko (RR) er et forholdstal, som angiver risikoen for en given hændelse i interventionsgruppen divideret med risikoen i kontrolgruppen. En relativ risiko under 1 betyder, at der er positiv effekt af interventionen.¹²

95% Konfidensinterval (Confidence Interval, CI): Konfidensintervallet angiver usikkerheden af en målt parameter og beskriver det interval, inden for hvilket den sande værdi af parameteren med stor sandsynlighed ligger.¹²

Dette understreger, at mennesker med sværere symptomer på depression, hvor træning ofte frarådes pga. sværhedsgraden af depressionen, faktisk kan være nogle af dem, som har størst gavn af en sådan intervention. I vores studie fandt vi identiske resultater, uanset, om alle træningsgange var superviserede eller blot nogle af dem.

Uønskede hændelser

Træning synes at være et sikkert behandlingstilbud. Ved en samlet analyse af de 14 studier, der rapporterede uønskede hændelser i forbindelse med træningen, fandt vi, at træning ikke øgede risikoen for uønskede hændelser såsom smerter i knæ, arme eller ryg, fald eller fatigue (ikke alvorlige uønskede hændelser).⁸ Træning reducerede derimod risikoen for de alvorlige uønskede hændelser såsom hospitalsindlæggelse, lungebetændelse og ekstrem fatigue. Træning lader således til at være et mere sikkert og potentielt mindst lige så effektivt behandlingsvalg som øget medicinudskrivning (tabel 1), som er forbundet med øget risiko for bivirkninger.¹³

Anbefalinger for træningsindsatser

Det er endnu for tidligt at konkludere noget om det optimale træningsprogram til mennesker med flere kroniske sygdomme. Der mangler yderligere studier, som sammenligner træning med sædvanlig behandling, til at bekræfte vores resultater. Men ud fra den nuværende viden anbefaler vi, at fysioterapeuter, der arbejder med multisygdom:

- Overvejer træning som mulig behandling for mennesker med multisygdom.
- Anvender træning, der fremmer specifikke terapeutiske mål, med det formål at genoprette normal fysisk funktion eller reducere symptomer forårsaget af sygdom eller skader.
- Individualiserer træningsprogrammet på baggrund af patientens præferencer,

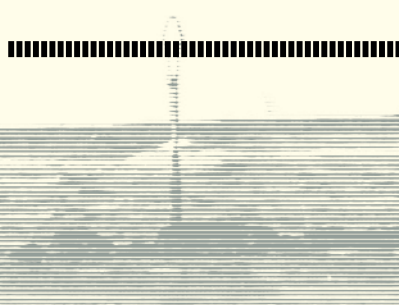
karakteristika og mål. Vores studie viste, at bassintræning, styrketræning, aerob træning, eller en kombination af disse, og Tai Chi, alle resulterede i sammenlignelige forbedringer, og patienterne oplevede samme grad af fremgang uanset kombination af sygdomme. Man kan derfor på nuværende tidspunkt ikke sige, at én type træning er bedre for en bestemt patient, men hvis en patient fx foretrækker styrketræning, så kan øvelser med træningselastikker, håndvægte eller egen kropsvægt anvendes. Dette kan være med til at motivere patienten til at fortsætte med træningen og integrere den i sin hverdag efter træningsforløbet.

- Superviserer træningen. Supervision har ved enkeltsygdomme vist sig at være vigtig for at reducere antallet og alvorligheden af bivirkninger og sikre, at øvelserne udføres korrekt og med rette intensitet.¹⁴ Hvis det således ikke er muligt for en patient at møde op til alle træningsgange på klinikken, kan han eller hun godt selvtræne derhjemme og efterfølgende melde tilbage til fysioterapeuten.
- Tilbyder mindst to træningsgange om ugen i mindst 12 uger. I vores studie var dette det gennemsnitlige antal træningsgange pr. uge. Dette antal kunne deltagerne tolerere, og over 80% af deltagerne gennemførte træningsforløbet i de fleste af studierne.
- Husker at skabe et godt træningsmiljø for den enkelte patient. Dette kan fx gøres ved jævnlige opmuntre patienten samt vurdere og forholde sig til patientens angst, bekymringer, motivation og forventninger til behandlingen.¹⁵
- Giver patienterne redskaber til selv at kunne håndtere deres sygdomme. Dvs. at gøre dem i stand til at klare deres hverdag og leve godt med deres sygdomme. Dette kunne fx være at sætte adfærdsmål og hjælpe dem med at løse udfordringer i hverdagen og at overkomme barrierer for træning.^{16,17}



Resume

- Artrose, forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, depression, hjertesvigt, iskæmisk hjertesygdom og KOL er nogle af de vigtigste årsager til funktionsnedsættelse på verdensplan.
- Disse sygdomme påvirker hundreder af millioner af mennesker, som oftest har flere samtidige diagnoser (og derfor kan betegnes som multisyge).
- Træning synes at være sikker og gavnlig for multisyges mentale og fysiske sundhed.
- Yngre mennesker med multisygdom kan opleve størst forbedring i sundhedsrelateret livskvalitet efter en træningsintervention. Derudover kan mennesker med svære symptomer på depression ved baseline opleve størst reduktion i symptomerne på depression.



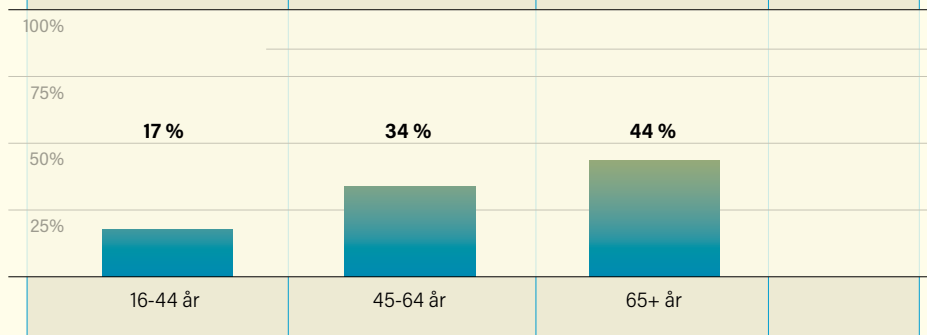
Referenceliste er publiceret med den elektroniske version af artiklen på fysio.dk



Multisygdom i Danmark

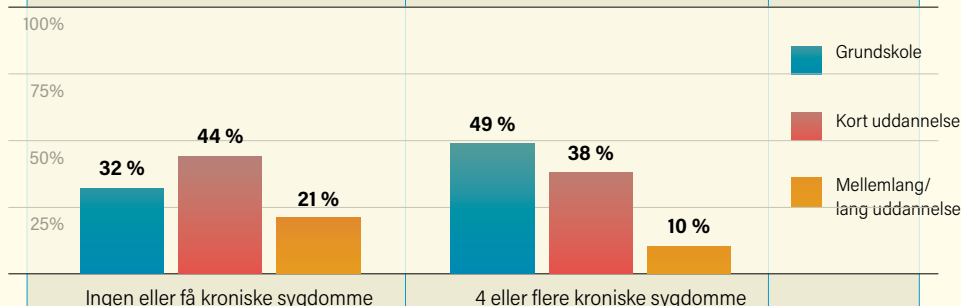
Multisygdom forekommer hyppigere med højere alder

Forekomst ift. alder



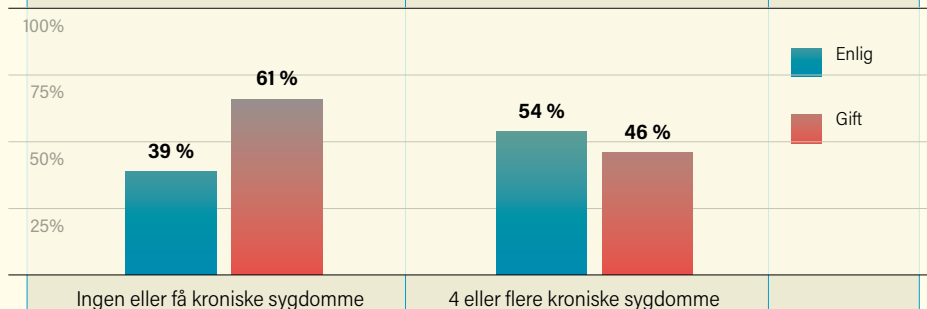
Flere multisyge blandt kortuddannede

Der er tydelig social ulighed i forekomsten af multisygdom i Danmark. Herunder ses uddannelsesniveauer hos personer med enten få eller mange kroniske sygdomme.



Flere mennesker med multisygdom er ugifte

Herunder ses civilstatus hos personer med enten få eller mange kroniske sygdomme.



Kilde: Rapporten 'Multisygdom i Danmark' fra 2019 udgivet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU

kortlink.dk/2ag6h

Fysioterapeutens rolle og behov for videreuddannelse

Fysioterapeuter er specialister i rehabilitering og træning på tværs af sygdomme. Det er derfor en oplagt faggruppe til at føre an i bestræbelserne på at sætte multisygdom på dagsordenen og ændre behandlingssystemet fra det nuværende, som langt hen ad vejen er bygget op om behandling af enkeltsygdomme. Der bør arbejdes hen imod en personcentreret tilgang med fokus på forebyggelse og behandling, hvor træning og self-management er centrale elementer. Multisygdom er en kompleks tilstand, hvorfor det er vigtigt, at fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle får den nødvendige uddannelse i at vurdere og behandle mennesker med flere kroniske sygdomme, så de er klædt på til at håndtere den stigende udfordring med multisygdom.

Konklusion og perspektiver

Mennesker med multisygdom, som påbegynder træning, kan formentlig forvente reduktion i symptomer på depression samt forbedret sundhedsrelateret livskvalitet og fysisk funktion. Vi fandt, at yngre mennesker og mennesker med svær depression oplevede de største forbedringer i livskvalitet og symptomer på depression.

Når forskere i fremtiden skal designe træningsinterventioner til behandling af multisygdom, bør fokus være på en individualiseret behandling, der indtænker deltagerens mål og præferencer. Dette forventes at kunne øge effekten og fastholde deltagerne, hvilket er essentielt, hvis vi skal se større sundhedsforbedringer. Der er brug for fremtidige studier til at bekræfte effekten af træning til denne gruppe, men eftersom træning ser ud til at være både sikker og gavnlige, kan det på nuværende tidspunkt anbefales i klinisk praksis. ⊗




MOBILIZE-projektet

MOBILIZE er et 5-årigt projekt, der har til formål at gøre patienter med multisygdom i stand til i højere grad at tage hånd om deres egen sygdomme. Det er forhåbningen, at patienterne kan reducere deres symptomer og øge livskvalitet og fysisk funktion gennem superviseret, individualiseret træning og uddannelse.

Det systematiske review, som er beskrevet i denne artikel, danner basis for udviklingen af et trænings- og uddannelsesprogram, som testes i et pilotstudie fra februar 2021.

Som en del af projektet udføres senere på året et RCT-studie, hvortil der rekrutteres 228 deltagere fra hospitaler og kommunale genoptræningscentre i Region Sjælland. De inkluderede patienter randomiseres til enten det individuelt tilpassede trænings- og self-management program eller sædvanlig behandling (hvilket som regel vil sige medicinsk behandling).

 Du kan læse mere om MOBILIZE her: www.mobilize-project.dk

Projektet er finansieret af the European Research Council (ERC, 801790), EU samt Danske Fysioterapeuters fond for forskning, uddannelse og praksisudvikling og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuses Forskningspulje.

Referencer

Træning som behandling til mennesker med multisygdom

Status-artikel i
Fysioterapeuten
#2, 2021

Af

ALESSIO BRICCA

Træningsfysiolog, ph.d.

+

METTE DIDERIKSEN

Projektkoordinator,
cand.ling.merc.,
cand.scient.fys.

+

LASSE KINDLER
HARRIS

Forskningsassistent,
cand.scient.fys.

+

SØREN T. SKOU

Fysioterapeut,
ph.d., professor.

×

Afdeling for Fysioterapi
og Ergoterapi, Næstved-
Slagelse-Ringsted Sygehus
og

Forskningsenheden for
Muskuloskeletal Funktion
og Fysioterapi, Syddansk
Universitet.

- 1 Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017.
- 2 The L. **Making more of multimorbidity: an emerging priority.** Lancet. 2018;391(10131):1637.
- 3 Diseases GBD, Injuries C. **Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** Lancet. 2020;396(10258):1204-22.
- 4 Muckelt PE, Roos EM, Stokes M, McDonough S, Gronne DT, Ewings S, et al. **Comorbidities and their link with individual health status: A cross-sectional analysis of 23,892 people with knee and hip osteoarthritis from primary care.** J Comorb. 2020;10:2235042X20920456.
- 5 Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. **Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus.** J Intern Med. 2019;285(3):272-88.
- 6 Pedersen BK, Saltin B. **Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases.** Scand J Med Sci Spor. 2015;25:1-72.
- 7 Parker SG, Corner L, Laing K, Nestor G, Craig D, Collerton J, et al. **Priorities for research in multiple conditions in later life (multi-morbidity): findings from a James Lind Alliance Priority Setting Partnership.** Age Ageing. 2019;48(3):401-6.
- 8 Bricca A, Harris LK, Jager M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. **Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** Ageing Res Rev. 2020;63:101166.
- 9 Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. **Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review.** Br J Sports Med. 2015; 49(24):1554-7.
- 10 Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. **Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.** Cochrane Database Syst Rev. 2016;12:CD005305.
- 11 Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, Coats AJ, et al. **Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure.** Cochrane Database Syst Rev. 2019;1:CD003331.
- 12 Higgins JPT TJ, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.1** (updated September 2020). Cochrane, 2020.
- 13 Calderon-Larranaga A, Poblador-Plou B, Gonzalez-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Diez JM, Prados-Torres A. **Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well?** Br J Gen Pract. 2012;62(605):e821-6.
- 14 American College of Sports Medicine, Riebe, D, Ehrman, J K, Liguori, G, & Magal, M. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (Tenth edition).** Philadelphia: Wolters Kluwer. 2018.

Referencer.

Træning som behandling til mennesker med multisygdom

- 15 Bingel U. **Placebo 2.0: the impact of expectations on analgesic treatment outcome.** Pain. 2020;161 Suppl 1:S48-S56.
- 16 Saracutu M, Skou, S T, Midtgaard, J, Lindhardt, M C, & Dideriksen, M. **Exploring the care needs, self-management experiences and exercise preferences of people living with multiple chronic conditions and the views on multimorbidity.** Retrieved from osf.io/2dgru. 2020.
- 17 Bricca A, Saracutu, M, Johnston, M, Zangger, G, Harris, L K, Midtgaard, J, & Skou, S T. **Effect of behavioural interventions on physical activity and weight loss in people with multimorbidity: protocol for a systematic review of randomised controlled trials.** Retrieved from osf.io/kfy32. 2020.