

# Fysisk træning og motionsvejledning

- KOL, HJERTE-KARSYGDOM



## Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Formål.....	3
Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder.....	3
Målgruppe .....	4
Problemstilling.....	4
Indsatsen .....	4
Formål.....	4
Målgruppe .....	4
Indholdselementer .....	4
Omfang, frekvens og varighed .....	6
Udslusning .....	7
Sygdomsspecifikke hensyn .....	7
Afslutning af indsatsen og slutnotat.....	7
Genhenvisioning.....	8
Registrering, monitorering og kvalitet .....	8
Kompetencer .....	8
Litteraturliste.....	8
Bilag .....	10
Bilag 1: Træningsanbefalinger til borgere med KOL.....	10
Bilag 2: Træningsanbefalinger til borgere med hjerte-karsygdom .....	11
Bilag 3: Baggrundsviden .....	12
Bilag 4: Sundhedspædagogisk tilgang .....	13

## Indledning

### Formål

I denne faglige vejledning finder du retningslinjer for, hvordan fysisk træning og motionsvejledning til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom skal foregå i sundhedshusene. Formålet med vejledningen er at sikre, at tilbuddet om fysisk træning og motionsvejledning tilrettelægges ud fra nyeste viden og bedste praksiserfaringer samt at sikre ensartede tilbud på tværs af byen.

Vejledningen lægger sig op af nyeste forskning samt nyeste gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Region Hovedstaden (1,2). Desuden bygger anbefalingerne for motionsvejledning og prøvetimer på en evaluering af borgerfastholdelse på kost- og motionsforløb i Københavns Kommune, hvor motionsvejledning og prøvetimer var delelementer<sup>1</sup>. Derudover er den faglige vejledning udviklet på baggrund af Københavns Kommunes sundhedsprofessionelles konkrete erfaringer med at gennemføre indsatser med fysisk træning og repræsenterer derfor 'good practice'.

Udover denne vejledning findes der seks andre faglige vejledninger omhandlende de forebyggende tilbud i sundhedshusene og vurdering af behovet for disse tilbud. Du skal orientere dig i disse vejledninger, hvis du skal udføre 'Samtaler i rehabiliteringsforløb' og 'Dialog om sundhed' eller tilbyde forebyggelsestilbuddet til borgere. De seks vejledninger er:

- **Samtaler i rehabiliteringsforløb** (inkl. indledende vurdering af behov for tilbud): gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Ernæring**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **Rygestop**: gælder for borgere med KOL, hjerte-karsygdom eller diabetes, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **Sygdomsmestring**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Alkohol**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **Dialog om sundhed** (indledende vurdering af behov for forebyggende tilbud): gælder for borgere i stressforløb og genoptræningsborgere<sup>2</sup>

### Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Ledelsen i hvert sundhedshus er ansvarlig for, at medarbejderne er bekendte med gældende vejledning. De

<sup>1</sup> Center for Sundhed, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen I Københavns Kommune (2015) 'Varer gode motionsvaner ved? En evaluering af deltagernes fastholdelse af fysisk aktivitet efter forløbet "Motion og Kost i dit Forebyggelsescenter" i Københavns Kommune. Ikke udgivet.

<sup>2</sup> Borgere i genoptræningsforløb inkluderer borger, som er: 1) henvist med en genoptræningsplan efter sundhedsloven §140, 2) visiteret til genoptræning efter serviceloven §86,1, 3) lægehenviste med ryg- og nakkeproblemer og 4) GLAD borgere (Godt Liv med Artrose).

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

medarbejdere i sundhedshusene, som varetager tilbuddet om fysisk træning og/eller motionsvejledning, er ansvarlige for at tilbuddet udføres efter denne gældende vejledning.

## Målgruppe

Vejledningen henvender sig til ledelsen i hvert sundhedshus samt de medarbejdere i husene, som arbejder med tilbuddet om fysisk træning og/eller motionsvejledning til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom.

## Problemstilling

Fysisk træning eller motionsvejledning er et af de forebyggende tilbud, som Københavns Kommune kan tilbyde borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, der er henvist til sundhedshusene. Borgeren kan enten få fysisk træning eller motionsvejledning, og tilbuddet kan tildeles i den afklarende samtale eller undervejs i borgerens forløb. Det vil være borgerens ønsker og behov i kombination med en sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk vurdering samt oplysningerne i henvisningen, der styrer, hvilke indsatser (omhandlende hhv. sygdomsmestring, rygestop, ernæring, alkohol eller fysisk træning/motionsvejledning) der skal indgå i borgerens rehabiliteringsforløb.

## Indsatsen

### Formål

Det overordnede formål med tilbuddet om fysisk træning er at hjælpe borgere til at påbegynde en livsstilsændring, så de bliver mere fysisk aktive. Indsatsen skal være med til at forbedre borgerens kredsløb, øge muskelstyrken og skabe bedre livskvalitet for borgeren. Derudover er formålet at motivere borgeren til at fastholde den aktive livsstil, når forløbet er afsluttet i sundhedshuset. Det er vigtigt, at tilbuddet om fysisk træning bidrager til at skabe netværk, og at borgerne oplever fysisk og psykisk velvære ved at bevæge sig.

Formålet med motionsvejledning er støtte borgeren ift. at opnå og fastholde en mere aktiv livsstil på egen hånd. Der er fokus på, at borgerne motiveres til fortsat at dyrke motion, og at de vejledes i, hvordan de kan blive mere fysisk aktive og støttes i at finde den rette motionsform.

### Målgruppe

Målgruppen for fysisk træning eller motionsvejledning er borgere med KOL eller hjerte-karsygdom. Tilbuddet om enten fysisk træning eller motionsvejledning kan være et enkeltstående tilbud i borgerens rehabiliteringsforløb eller gives i kombination med andre indsatser omhandlende ernæring, alkohol, rygning eller sygdomsmestring.

## Indholdselementer

Tilbuddet om fysisk træning eller motionsvejledning skal tage udgangspunkt i borgerens situation herunder dennes behov og ønsker til egne træningsmål (1). Borgeren kan enten tilbydes superviseret fysisk træning, som foregår på hold, eller motionsvejledning, som er individuelt.

Overordnet indgår følgende komponenter i tilbuddet om superviseret fysisk træning:

- Introduktion til forskellige træningsformer (inklusive træning i andre rammer end konventionelle, f.eks. udendørs)
- Introduktion til træningsøvelser, som kan laves i hjemmet (inklusive introduktion til alternative vægte)

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

- Formidling af viden om sundhedsmæssige effekter af fysisk træning som middel til at behandle og/eller forebygge følger og forværring af sygdom
- Motionsvejledning
- Introduktion til prøvetimer
- Løbende opfølgning på borgernes udvikling og fremskridt

Overordnet indgår følgende komponenter i tilbuddet om motionsvejledning:

- Individuelle samtaler og telefonopfølgninger med fokus på at støtte borgeren til at blive mere aktiv ”på egen hånd”
- Introduktion til prøvetimer

Det er op til den sundhedsfaglige medarbejder i samarbejde med borgeren at vurdere, hvilket af de to tilbud borgeren skal tilbydes. Vurderingen skal tage udgangspunkt i borgerens motivation, behov og ønsker. Det anbefales, at begge tilbud inkluderer tilbud om prøvetimer.

Det anbefales generelt, at tilbuddet også gives i ydertidspunkterne, således at borgere på arbejdsmarkedet har mulighed for at deltage.

### **Superviseret fysisk træning**

Tilbuddet om superviseret fysisk træning foregår på hold og kan laves i eller udenfor sundhedshuset.

Fordelene ved holdtræning er, at det kan give grobund for erfaringsudveksling, øget motivation og bidrage til at skabe netværk blandt borgerne. Det anbefales at sammensætte hold på baggrund af fx alder, funktionsevne eller diagnose alt efter, hvad der er muligt. Det tilstræbes, at der er 12 borgere tilmeldt til hver træningssession på et hold. Til træningen anbefales en normering på én sundhedsfaglig til seks borgere. Den ene medarbejder skal være en fysioterapeut og er fagligt ansvarlig for træningen, mens den anden er medtræner. Medtrænere kan være sygeplejersker, diætister, ergoterapeuter eller motionsvejledere. Begge sundhedsfaglige medarbejdere er ansvarlige for at instruere og guide borgerne i træningsøvelserne.

Det er vigtigt, at træningen giver borgerne en oplevelse af egen fysisk formåen, og at de føler og opnår en tryghed ved at bevæge sig. Det er essentielt at identificere, hvad der motiverer hver enkelt borger til at træne. Det kan ske ved hjælp af den afklarende samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og sammenligne med resultater ved afslutningen af forløbet.

Indholdet i tilbuddet kan bestå af:

- Opvarmning
- Konditionstræning (f.eks. cykling, løb/jogging, gang/intervalgang, lege, holdspil eller roning)
- Styrketræning (f.eks. brug af maskiner, egen kropsvægt, vægte eller elastikker)
- Motorisk færdighedstræning (f.eks. funktionelle øvelser eller træning af delkomponenter af en færdighed)
- Respirationsøvelser
- Afspænding og øvelser med mindfulness
- Vejledning ift. daglige aktiviteter (særligt for borgere med KOL).

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

- Motionsvejledning med fokus på, hvordan borgeren kan fastholde den aktive livsstil efter forløbet.

### Motionsvejledning

Motionsvejledning, som et selvstændigt tilbud, vil som udgangspunkt altid gives individuelt.

Motionsvejledning, som selvstændigt tilbud, kan dog også gives i grupper, hvis der i forvejen er etableret nogle grupper af borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, hvor det kunne give mening at tilbyde motionsvejledning samlet. Det vil sige, at der ikke skal oprettes grupper udelukkende med henblik på motionsvejledning på hold.

I motionsvejledningen sætter medarbejderen fokus på, hvordan borgerne kan fastholde den aktive livsstil efter forløbet. Vejledningen kan tage afsæt i følgende temaer:

- Hverdagsmotion
- Den gode motionsoplevelse
- Social støtte og opbakning
- Fremtidige motionsplaner
- Fordele og ulemper
- Forventningsafstemning

Formålet med motionsvejledning er:

- at borgerne motiveres til fortsat at dyrke motion
- at borgerne vejledes i, hvordan de kan blive mere fysisk aktive
- at borgerne støttes i at finde den rette motionsform.

Sitet 'Motion i København' [www.sundhed.kk.dk/motion](http://www.sundhed.kk.dk/motion) kan med fordel benyttes til dette formål.

### Fysiske test

Det anbefales at benytte følgende test i den fysiske træning:

- '30-sekunder rejse-sætte-sig-test' (2). Benyttes til at vurdere styrke i underekstremiteterne. Gennemføres i den afklarende samtale på alle borgere, der forventes at skulle i forløb. Sluttestning sker ved den afsluttende samtale.
- '6-minutter gangtest' (2). Benyttes til at vurdere udholdenhed. Gennemføres på alle borgere med KOL, og gennemføres på borgere med hjerte-karsygdom, hvis det vurderes relevant. Udføres ved begyndelsen og afslutningen af træningsforløbet.

### **Omfang, frekvens og varighed**

Den fysiske træning bør være planlagt og struktureret i forhold til en passende intensitet, frekvens og varighed for at opnå en effekt. Der vil ofte være store variationsmuligheder med hensyn til at kombinere aerob træning, styrketræning og motorisk færdighedstræning afhængigt af sygdommens karakter samt borgerens behov og forudsætninger. Nedenstående intensitet, frekvens og varighed af den fysiske træning anbefales generelt uafhængigt af de fleste kroniske sygdomme (1). For mere sygdomsspecifikke anbefalinger om blandt andet intensitet henvises afsnittet nedenfor om sygdomsspecifikke hensyn samt bilag 1 og 2.

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](https://www.sundhed.kk.dk/2016-0267494-11)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

### **Intensitet**

Træning bør gennemføres med moderat til høj intensitet, hvor det, ud fra en individuel og patientsikkerhedsmæssig vurdering, er muligt.

### **Frekvens**

Træningen skal foregå to gange om ugen á 90 minutter.

### **Varighed**

Superviseret fysisk træning inklusiv motionsvejledning har en varighed af 12 uger og består af 24 træningssessioner i alt. Tre til fire af træningssessionerne kan bruges til motionsvejledning. Borgere med hjerte-karsygdom, som får et delt forløb mellem kommune og hospital, får seks ugers træning indeholdende 12 træningssessioner i kommunen.

Motionsvejledning, som selvstændig indsats, indeholder op til tre samtaler á 1 times varighed (90 minutter med tolk) og op til tre korte opfølgninger over telefon.

I forbindelse med både superviseret fysisk træning og motionsvejledning er rammen for prøvetimer, at der kan gives fire prøvetimer per borger.

### **Udslusning**

Som udslusning anbefales det, at der tilbydes prøvetimer. Prøvetimer er et supplement til superviseret fysisk træning og motionsvejledning og kan både ligge undervejs og i forlængelse af tilbuddene. Prøvetimer indbefatter, at borgerne afprøver relevante motionstilbud sammen med en motionsvejleder eller en anden sundhedsfaglig medarbejder i sundhedshuset og/eller andre borgere fra sundhedshuset. Prøvetimerne er gratis, og foregår typisk i en lokal idrætsforening, et fitnesscenter eller andre træningstilbud i nærområdet.

Formålet med prøvetimer er:

- at borgerne får kendskab til og afprøver forskellige motionstilbud i lokalområdet i trygge rammer
- at borgerne får lyst til at fortsætte i motionstilbud, når deres forløb i sundhedshuset slutter.

### **Sygdomsspecifikke hensyn**

I bilag 1 og 2 præsenteres sygdomsspecifikke træningsanbefalinger for borgere med KOL eller Hjerte-karsygdom. Anbefalingerne er baseret på nationale kliniske retningslinjer for KOL- og hjerterehabilitering (6,7) og 'Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-karsygdom' fra Region Hovedstaden (2).

Der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn, som den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på i forhold til målgruppen. Det er derfor vigtigt altid at have omdrejningspunktet omkring den enkelte borger og deres individuelle behov og situation. I nogle tilfælde kan den enkelte borgers sygdom medføre, at der skal udvises forsigtighed. I tvivlstilfælde bør den praktiserende læge kontaktes.

### **Afslutning af indsatsen og slutnotat**

Når træningsforløbet afsluttes har fysioterapeuten eller den ansvarlige for motionsvejledningen ansvar for at skrive et slutnotat. Slutnotatet indgår i den samlede epikrise, som den forløbsansvarlige sender i forbindelse med afslutningen af borgerens samlede forløb i sundhedshuset. Slutnotatet skal skrives hurtigst muligt efter afslutningen af træningsforløbet.

Slutnotatet skal indeholde:

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

- Beskrivelse af tilbuddets indhold og fokus samt eventuelle resultater af fysisk test
- Kort status for fremmøde
- Input til handleplan for udslusning og fastholdelse af livsstilsændringer, herunder videreformidling af de opstillede mål, samt hvilke overvejelser borgeren har gjort sig om opfølgning.

## Genhenvi sning

Hvis en borger med KOL eller hjerte-karsygdom har afbrudt et rehabiliteringsforløb, pga. indlæggelse og/eller store ændringer i sygdom eller livssituation, kan borgeren af egen læge eller hospital henvises til et nyt forløb. I alle andre tilfælde skal der minimum gå et år efter borgeren har afsluttet sit KOL eller hjerterehabiliteringsforløb, før borgeren kan genhenvises. Hvis egen læge eller hospital har vurderet, at borgeren har behov for et nyt forløb efter et år, tildeles borgeren et nyt forløb. Hvis en borger tildeles et nyt forløb, vurderer det sundhedsfaglige personale sammen med borgeren, hvordan forløbet skal sammensættes, så det bedst muligt bygger videre på det tidligere forløb.

## Registrering, monitorering og kvalitet

Måling af kvalitet sker pt. primært via ledelsesinformation, f.eks. fremmødeprocenter til de enkelte indsatser og ud fra data fra brugerundersøgelserne. Der pågår derudover et arbejde, hvor det forsøges at opstille principper for monitorering og kvalitet i forbindelse med de forebyggende indsatser i sundhedshusene. Vejledningen opdateres senere ud fra dette arbejde.

Tilbuddene i fysisk træning og motionsvejledning skal registreres i Suiten/CURA.

## Kompetencer

Det er som udgangspunkt fysioterapeuter, der er fagligt ansvarlig for tilbuddet om fysisk træning til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom. Medtrænere kan enten være sygeplejersker, diætister, ergoterapeuter eller motionsvejledere, som tilstræbes at have grundviden om og erfaringer inden for træning.

Fysioterapeuter skal have viden om og vejledningskompetence inden for træning og motion samt specifik viden om KOL og/eller hjerte-karsygdom inklusiv gældende træningsanbefalinger til målgruppen. Både fysioterapeuten og medtræneren skal kunne instruere og rådgive borgeren på en måde, der understøtter fortsat træning efter tilbuddets ophør (1).

Det tilstræbes, sundhedsfaglige medarbejdere, der er fagligt ansvarlige for motionsvejledning, har en sundheds- og/eller idrætsfaglig baggrund.

Medarbejdere bør desuden have grundlæggende kompetencer inden for Den Motiverende Samtale og en anerkendende sundhedspædagogisk tilgang.

## Litteraturliste

(1) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx>. Accessed 9/6, 2016.

(2) Mølsted S, Dall C, Hansen H, Beyer N. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013; Available at: <https://www.regionh.dk/til->

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](https://www.regionh.dk/til-2016-0267494-11)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen



[fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Rehabilitering/2206717238\\_RapportRHLauraJenniferMunk%C3%B8\\_low.pdf](#). Accessed 9/8, 2016.

(3) Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/B46E46AA4A7045368FDC187C1287402E.ashx>. Accessed 9/6, 2016.

(4) Pedersen B, Andersen L. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. 2011; Available at: <http://www.sst.dk/~media/6B3A4AE698BC42139572C76C5854BA76.ashx>. Accessed 9/8, 2016.

(5) Højgaard B. Baggrundsnotat – Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne. 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/~media/AE64B55F813A41BC88EC1114BBFD3FF3.ashx>. Accessed 9/8, 2016.

(6) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2014/~media/C0B92E9C3BEA4B28A3294D70288EC535.ashx>. Accessed 10/20, 2016.

(7) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx>. Accessed 10/20, 2016.

(8) Region Hovedstaden. Patientuddannelse - Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. 2011; Available at: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf>. Accessed 9/6, 2016.

(9) Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>. Accessed 9/6, 2016.

(10) Grøn L, Hansen J. Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. 2012; Available at: [file:///C:/Users/Kathrine/Downloads/Sociale\\_forandringsfaellesskaber\\_low.pdf](file:///C:/Users/Kathrine/Downloads/Sociale_forandringsfaellesskaber_low.pdf). Accessed 9/6, 2016.

(11) Albertsen K, Andersen H. Handlekompetence som begreb i sundhedspædagogik og forskning. 2001; Available at: <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/psyke/article/view/8554/7110>. Accessed 9/6, 2016.

(12) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977 Mar;84(2):191-215.

(13) Rosdahl G. Effekten af den motiverende samtale. 2009; Available at: [http://www.denmotiverendesamtale.dk/Effekten\\_og\\_Evidensen\\_af\\_Den\\_Motiverende\\_Samtale.pdf](http://www.denmotiverendesamtale.dk/Effekten_og_Evidensen_af_Den_Motiverende_Samtale.pdf). Accessed 9/6, 2016.

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



## Bilag

### Bilag 1: Træningsanbefalinger til borgere med KOL

I dette bilag præsenteres sygdomsspecifikke anbefalinger for den fysiske træning for borgere med KOL. Anbefalingerne tager udgangspunkt i de nationale kliniske retningslinjer for KOL-rehabilitering og i 'Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom' fra Region Hovedstaden (2), hvor man kan læse nærmere, og i faglige input fra sundhedshusene.

#### Aerob træning/konditionstræning

Borgere med KOL anbefales aerob træning. Træningsintensiteten afhænger af en individuel vurdering, men anbefales som udgangspunkt at være på 60-80 % af peak watt load uanset sværhedsgraden af KOL. Borgere med KOL, som er hæmmet af dyspnø, som forhindrer, at optimal træningsintensitet opnås og/eller fastholdes, anbefales intervaltræning. Intervaller kan udføres fra 30-180 sekunder på mindst 70-80 % af peak watt load efterfulgt af aktive pauser på 30-50 % af peak watt load. Belastningsratio mellem interval og "aktiv" pause kan være 1:2 ved lavere træningsintensitet og 1:4 ved højere intensiteter.

#### *Borg-skala (anstrengelsesgrad)*

Borg-skala kan benyttes til at sikre intensitet. Spørgsmålet lyder således: "Hvor anstrengende føler du, arbejdet er lige nu - angiv et tal", og skalaen er:

- 6
- 7 meget, meget let
- 8
- 9 meget let
- 10
- 11 let
- 12
- 13 lidt anstrengende
- 14
- 15 anstrengende
- 16
- 17 meget anstrengende
- 18
- 19 meget, meget anstrengende
- 20

Generelt bør man stile efter en intensitet svarende til Borg 14-15 i starten af den superviserede træning. Hvis denne intensitet tolereres godt, og der ikke er specifikke kontraindikationer, kan man benytte intervaltræning, hvor intensiteten i kortere eller længere intervaller evt. øges til Borg 16 (svarende til ca. 60% af VO<sub>2</sub>peak) eller Borg 18 (svarende til ca. 80% af VO<sub>2</sub>peak) afhængig af ordinationen.

#### Styrketræning

Borgere med KOL anbefales dynamisk styrketræning. I styrketræningen bør øvelser af de store underekstremitetsmuskler prioriteres højt, da de har stor betydning for dagligdagsaktiviteter.

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Det anbefales, at øvelserne laves i 2-5 sæt med en belastning, der afhænger af en individuel vurdering, men som udgangspunkt skal være 15-8 RM (60-80 % af 1RM) til udmattelse uanset sværhedsgraden af KOL. Belastningen øges med 5-10 % hver 2. til 4. uge. Hvis styrketræning kombineres med anden træning (f.eks. aerob træning og/eller funktionstræning) bør styrketræningen udgøre cirka 30 min. af den samlede træningssession.

### **Kombineret aerob og styrketræning**

Borgere med KOL anbefales kombineret aerob og styrketræning i hver træningssession. Vægtningen af de to træningsformer er individuel og baseres på en vurdering af den enkelte borger.

### **Lavintensitetstræning**

Borgere med KOL anbefales ikke lavintensitetstræning.

### **Funktionstræning**

Borgere med KOL anbefales ikke isoleret funktionstræning. Funktionelle øvelser kan i stedet udgøre delelementer i aerob og styrketræning.

### **Respirationsøvelser**

*Pursed lip breathe (PLB)*

Borgere med KOL anbefales PLB-øvelser i kombination med aktiviteter, øvelser og træning, der fremkalder dyspnø. PLB-teknikken udføres ved en inspiration igennem næsen efterfulgt af en expiration med let spidsede læber. Expiration skal vare fire til seks gange længere end inspirationen.

### **Kropspositionering**

Borgere med KOL anbefales en fremadlænet kropstilling og understøtning af armene som supplement til PLB for at afhjælpe dyspnø. Dette kan udføres stående op ad væg, ved vindueskarm, ved gelænder, ved rollator eller siddende, hvor armene støttes på armlæn, bord eller underkøben.

### **Inspiratorisk muskeltræning (IMT)**

IMT anbefales til borgere med KOL, som har påvist nedsat respirationsstyrke, dyspnø og kun i begrænset omfang kan deltage i standardtræningsprogrammer.

## **Bilag 2: Træningsanbefalinger til borgere med hjerte-karsygdom**

I dette bilag præsenteres sygdomsspecifikke anbefalinger for den fysiske træning for borgere med hjerte-karsygdom. Anbefalingerne tager udgangspunkt i de nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering og i 'Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-karsygdom' fra Region Hovedstaden (2), hvor man kan læse nærmere.

### **Iskæmisk hjertesygdom**

#### ***Aerob træning***

Borgere med iskæmisk hjertesygdom anbefales at træne aerob træning med en træningsintensitet mellem 40-80 % af VO<sub>2</sub>peak. En træningsintensitet på 40 % af VO<sub>2</sub>peak anbefales til borgere, der af en læge vurderes som højrisiko patienter<sup>3</sup>. En træningsintensitet på 80 % af VO<sub>2</sub>peak anbefales til hjertepatienter,

<sup>3</sup> I "Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom" fra Region Hovedstaden findes i bilag 4 en kardial risikovurdering, som danner grundlag for vurderingen af, hvornår borgere er i lav risiko, mellemstor risiko eller høj risiko.

der er fuldt udredt, velmedicineret og ikke har andre risikofaktorer. Monitorering af puls og watt/load er den mest effektive måde at sikre en relevant træningsintensitet, medmindre borgeren får blodtryksænkende medicin som f.eks. betablokkere. Her kan man benytte registrering af anstrengelsesgrad ved hjælp af Borgskalaen til bestemmelse af træningsintensitet.

### ***Styrketræning***

Borgere med iskæmisk hjertesygdom anbefales styrketræning med en belastning på 15-8 RM (60-80 % af 1 RM) til udmattelse. I styrketræning bør øvelser af de store underekstremitetsmuskler prioriteres højt, da de har stor betydning for dagligdagsaktiviteter. Det anbefales, at der kun benyttes dynamisk styrketræning, da isometrisk (statisk) styrketræning er vist at øge blodtrykket uhensigtsmæssigt. Belastningen anbefales i starten til >15 RM (30-50 % af 1 RM), hvorefter der kan øges til 15-8 RM (60-80 % af 1 RM). Højere belastning 8 RM (80 % af 1 RM) kan overvejes hos patienter, der er fuldt udredt, velmedicineret og ikke har andre risikofaktorer.

### ***Kombineret aerob og styrketræning***

Generelt anbefales det at kombinere styrketræning og aerob træning. Vægtningen af de to træningsformer bør foretages på et individuelt niveau. Hver træningsform bør indgå med 30 minutter i hver træningssession.

### **Hjertesvigt**

Følgende anbefalinger gælder borgere i NYHA-klasse I-III, som er medicinsk optitreret og velkompenseret i gennem tre uger.

Det anbefales, at borgere med hjertesvigt får træning med moderat intensitet. Træning med lav intensitet anbefales kun til højrisiko patienter og patienter i NYHA-klasse III.

### ***Aerob træning***

Den øvre og nedre grænse for træningsintensitet er ikke fuldt belyst for borgere med hjertesvigt. På

baggrund af et forsigtighedsprincip anbefales det fortsat at gennemføre aerob træning med en intensitet på <60 % af VO<sub>2</sub>peak. Aerob træningsintensitet helt ned til 40 % af VO<sub>2</sub>peak har vist at kunne forbedre fysisk formåen (målt ved blandt andet gangdistance) hos hjertesvigtspatienter. Hos patienter med svær hjertesvigt og/eller patienter med meget lav fysisk kapacitet kan det være nødvendigt at starte med let intervaltræning.

### ***Styrketræning***

Det anbefales, at borgere med hjertesvigt får dynamisk styrketræning, dog er evidensgrundlaget endnu ikke solidt.

### ***Kombineret aerob og styrketræning***

Generelt anbefales det at kombinere styrketræning og aerob træning. Vægtningen bør bero på et individuelt skøn.

## **Bilag 3: Baggrundsviden**

Fysisk træning indbefatter al bevægelse, lige fra at gå en stille tur eller cykle på arbejde, til hård fysisk træning. Hvis man sørger for at bevæge sig regelmæssigt, kan man leve længere og bedre, da fysisk træning bremser kroppens naturlige fald af fysisk formåen (13). Fysisk træning har også mange gode effekter i behandlingen af flere sygdomme. Træning kan f.eks. reducere symptomer ved kronisk sygdom, og man ved,

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

at borgere med kronisk sygdom kan opnå gode effekter enten med træning alene eller i kombination med medicin og kost (1).

Borgere med hjerte-karsygdom kan opnå store forbedringer af deres fysiske kapacitet ved træning (4). Over 50 års evidens peger på, at træning kan udskyde eller ligefrem modvirke konsekvenserne af hjertesygdom og forebygge negative effekter på grund af inaktivitet. Træning er derfor et vigtigt element i behandlingen af borgere med hjerte-karsygdom (5). Forskning viser blandt andet, at styrketræning generelt øger muskelstyrken, udholdenheden og insulinfølsomheden og forbedrer livskvaliteten for patienter med iskæmisk hjertesygdom. Herudover er der stærk evidens for den gavnlige effekt af fysisk træning til patienter med hjertesvigt, hvor træning har vist sig at have en positiv virkning på kondition, livskvalitet og levealderen (2).

Det anbefales også borgere med KOL at være fysisk aktive, uanset sværhedsgraden af sygdommen. Fysisk træning er derfor en af de væsentligste komponenter i rehabiliteringsforløb for borgere med KOL, og man ved, at træning har positiv effekt på både borgerens fysiske og psykiske velbefindende (5).

I Københavns Kommune har man arbejdet med motionsvejledning og prøvetimer, som en del af den fysiske træning. En evaluering af borgerfastholdelse på kost- og motionsforløb i Københavns Kommune, hvor motionsvejledning og prøvetimer var delelementer, viste at over halvdelen af de borgere, som havde deltaget i forløbet, stadig fastholdt et højere aktivitetsniveau et år efter endt forløb<sup>4</sup>.

#### **Bilag 4: Sundhedspædagogisk tilgang**

Sundhedspædagogik handler om forandring og om at give plads til, at borgeren får mulighed for at reflektere over egen situation og handle. Sundhedspædagogikken i denne faglige vejledning bygger på Sundhedsstyrelsens sundhedspædagogiske anbefalinger, som er baseret på en demokratisk tilgang, hvor bl.a. deltagerinvolvering, handlekompetence og viden er centrale elementer (1). Herudover følger de sundhedspædagogiske anbefalinger fra Region Hovedstadens rapport vedrørende teoretisk grundlag og pædagogisk praksis i patientuddannelse (8).

Indsatsen skal bidrage til at styrke borgernes egenomsorg og helbredsrelaterede handlekompetence med henblik på at forbedre deres muligheder for at lave sundhedsfremmende livsstilsændringer. Dette søges opnået gennem et bredt og positivt sundhedsbegreb med udgangspunkt i det hverdagsliv borgeren lever og en forståelse og hensyn til de omgivelser, borgeren er en del af. Særligt fokus er på koncepterne 'Self-efficacy' og 'Empowerment', hvor 'Den Motiverende Samtale' udgør grundstenen.

#### **Egenomsorg**

Egenomsorg er sundhedsaktiviteter, som borgere udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed. Det er et bredt begreb, som kan dække over mange ting, f.eks. fysisk træning, rygestop, monitorering af tal og værdier, vedligeholdelse af sociale netværk, fritidsaktiviteter og compliance til den foreskrevne behandling (hvis man har en kronisk sygdom) (9).

Egenomsorg kan styrkes gennem tre overordnede virkemidler (10):

- Teoretisk viden: videnskabelig og teoretisk sundhedsfaglig viden
- Praksisviden: træning i konkrete færdigheder

<sup>4</sup> Se reference i fodnote nr. 1.

- Erfaringsbaseret viden: situationsspecifik viden med udgangspunkt i kompetencer og erfaring, der gør en i stand til at træffe valg, der bidrager til et sundere liv.

Fysisk træning spiller en vigtig rolle i forhold til opbygning af egenomsorg. De virkemidler, der bruges i tilbuddet om fysisk træning for at styrke borgenes egenomsorg, er en kombination af følgende:

- Teoretisk viden om sygdom og sundhed
- Praksisbaseret viden om fysisk træning
- Udveksling af erfaringer herunder konkrete begivenheder, situationer eller dilemmaer

### **Handlekompetence**

Udfoldelse af handlekompetence indebærer, at borgeren opstiller og realiserer personlige mål eller delmål i delvist uforudsigelige situationer (11).

Forudsætningerne for, at man kan udfolde handlekompetence, er:

- at man har de nødvendige færdigheder, viden og kundskaber
- at der er tilstrækkelige muligheder og ressourcer tilstede i omgivelserne (både de nære og bredere omgivelser)
- at man er motiveret.

Det er individuelt, hvad borgeren har behov for ift. at kunne udfolde handlekompetence.

### **Self-efficacy**

Self-efficacy er borgerens tiltro til egen evne til at handle på en given måde. Forventningen til hvilken effekt, den pågældende handling vil have, udgør motivationen for handlingen. Både self-efficacy og motivation er således afgørende for, om borgeren gennemfører en given adfærd eller handling (12).

Borgerens self-efficacy kan styrkes på flere måder, men de forskellige kilder til self-efficacy er ikke lige virkningsfulde. Eksempelvis har egne erfaringer en stærk indvirkning på en persons self-efficacy, mens observerede erfaringer og sproglig overtalelse har en svagere indvirkning. De forskellige kilder til self-efficacy er illustreret i tabel 1.

Tabel 1: Forskellige kilder til self-efficacy

Egne erfaringer	Når borgeren oplever, at en opgave løses succesfuldt, vil det styrke oplevelsen af, at det kan lykkes igen.
Observerede erfaringer	Andre personer kan fungere som rollemodeller. Derfor er erfaringsudveksling mellem borgere i samme situation vigtig.
Sproglig overtalelse/overbevisning	Opmuntring, feedback og lignende kan anvendes til at motivere borgeren til at nå et mål.
Oplevede følelser	Borgerens self-efficacy påvirkes af, hvordan han/hun oplever sin egen reaktion under gennemførelse af en opgave.
Omgivelserne	Omgivelsernes forventninger har erfaringsmæssigt vist sig at have en betydning for self-efficacy.

## **Empowerment**

Empowerment betyder styrkelse, og tilgangen indbefatter, at tilbuddene til borgerne tager afsæt i borgernes potentiale frem for deres mangler og svagheder. Sigtet er, at udvikle borgernes iboende kræfter og handlemuligheder gennem støttende og opmuntrende dialog, undervisning, øvelser mv. (9)

For at fremme self-efficacy og empowerment skal flere af følgende sundhedspædagogiske overvejelser og redskaber indgå i alle træningstilbud:

- Differentieret læringsstrategi
- Stimulering af gruppedynamik
- Deltagerinvolvering.

## **Differentieret læringsstrategi**

Differentieret læringsstrategi opnås gennem:

- Variation i indholdet
- Variation i valg af metode f.eks. deduktiv/induktiv metode, instruktør-styret/individ-styret, gruppeopgaver/paropgaver m.v.
- Variation i læringsmiljøet f.eks. med eller uden træningsredskaber, inde- eller udendørsaktivitet, genkendelige aktiviteter eller nye aktiviteter.

## ***Stimulering af gruppedynamik***

Stimulering af gruppedynamik sker, når de sundhedsprofessionelle skaber et rum, hvor:

- Alle lytter til hinanden
- Der er plads til forskellige holdninger
- Forskelligheder udnyttes konstruktivt
- Alle personer er ressourcer
- Alle har ansvar for egen læring
- Der er rum til leg, grin og glæde samt sorger og bekymringer.

Gruppedynamikken kan eksempelvis faciliteres gennem åbne og lukkede opgaver, instruktør- og individstyrede opgaver, gruppe-, par- og individ-opgaver, samt åbne spørgsmål for refleksion.

## ***Deltagerinvolvering***

Ved deltagerinvolvering er præsentation af lektionsformål, forventningsafstemning samt at borgerne har medindflydelse undervejs i motionstilbuddenes lektioner centrale redskaber, mhp. at der opleves ejerskab til aktiviteten. Deltagerinvolvering er ikke borgerstyring i den forstand, at den sundhedsprofessionelle står på sidelinjen og udelukkende tillægges rollen som proceskonsulent. Ved deltagerinvolvering vægtes sammenspillet - dvs. dialogen – højest mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle.

## **Den motiverende samtale**

Den Motiverende Samtale defineres som en borgercentreret og styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens. Der er fokus på, hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til, og der tages udgangspunkt i borgerens håb og drømme med henblik på at finde de ressourcer og strategier, der kan bringe vedkommende i den ønskede retning (13).

Den Motiverende Samtale er en evidensbaseret metode, der har til formål:

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

- at fremme livsstilsændringer ved at hjælpe borgeren til at analysere ambivalensen mellem faktisk livsstil og helbredsmæssige ønsker og mål
- at stimulere borgeren til at træffe en beslutning og gennemføre en forandring.

I Den Motiverende Samtale bruges en anerkendende tilgang, som understøtter, at det er borgeren, der er ekspert i sit eget liv, mens den sundhedsprofessionelles opgave er at hjælpe borgeren til at sætte ord på, hvad vedkommende gerne vil ændre. Den sundhedsprofessionelles opgave er at medvirke til at sikre, at der bygges bro mellem den sundhedsfaglige ekspertviden og borgerens unikke situation, ønsker og behov. Dette gøres ved at skabe en atmosfære af forståelse, accept, tolerance og bekræftelse, hvor den sundhedsprofessionelle lytter til borgeren og accepterer borgerens væremåde og opfattelse.

Ånden og principperne i den motiverende samtale forhindrer ikke, at den sundhedsprofessionelle kan bringe sin ekspertviden om forebyggelse og sundhedsfremme i spil i samtalen. Jf. afsnittet om handlekompentence, er det en forudsætning for udfoldelse af handlekompentence, at borgeren har de nødvendige kundskaber, og derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle løbende vurderer, hvornår det er nødvendigt at byde ind med faktuel viden om f.eks. livsstilens betydning for det fysiske helbred.

### **Refleksion**

Refleksion faciliteres ved at tage udgangspunkt i borgernes erfaringer, udfordringer, ambivalens og spørgsmål.

Den Motiverende Samtale kan anvendes som metode til at skabe refleksion ved, at man:

- stiller åbne spørgsmål, der inviterer til refleksion og ikke til "rigtige" svar
- stiller spørgsmål ud i gruppen, hvor deltagerne kan blive inspireret af hinanden
- svarer og reflekterer i fællesskab og evt. finder fælles ideer til løsninger på en udfordring.

Hvis gruppen ikke siger så meget, eller få gruppemedlemmer fylder meget, kan igangsættes:

- Parvis samtale
- Samtale i små grupper
- Walk and talk
- Idé-storm
- Tid til eftertanke for den enkelte i stilhed
- Borgerne skriver refleksioner, spørgsmål eller ideer ned for sig selv.