



Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Stockholm 2009-06-08

Nationella Riktlinjer för Depressionssjukdom och ångestsyndrom – Preliminär version

Synpunkter från Sjukgymnastförbundet

I förslaget till de nya Nationella riktlinjerna för ångest och depression, som presenterades 4 mars, slår Socialstyrelsen fast att KBT ska vara förstahandsval vid behandling av lindrig till måttlig depression hos vuxna. Kognitiv beteendeträning har med andra ord getts högre prioritet än sedvanlig behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI). Det i sig är ett spännande systemskifte! I riktlinjerna finns fysisk träning med som rekommenderad åtgärd, fast med lägre prioriteringsgrad. Riktlinjearbetet skulle kunna sammanfattas som *Beteendeträning framför läkemedel*. Beteendeträning innefattar både kognitiv och fysisk träning. I våra kommentarer vill vi lyfta fram fyra dimensioner: Samsjuklighet, Internationella Guidelines, Fysisk aktivitet på Recept (FaR) och mer specifika sjukgymnastiska interventioner för ökad fysisk aktivitet.

Samsjuklighet

Att psykiatrisk sjuklighet och psykisk ohälsa är förknippad med somatisk sjuklighet är välkänt. Det råder samsjuklighet mellan depression och ångest per se, och mellan depression/ångest och tio olika kroniska somatiska tillstånd som fetma, diabetes, astma, hypertoni, artrit, hjärtsjukdom, rygg/nackproblem, kronisk huvudvärk och flera smärtdiagnoser. Samsjukligheten gäller även för metabolt syndrom.

Ur detta perspektiv finns det starka skäl att än tydligare rekommendera fysisk aktivitet vid de sjukdomstillstånd som medverkar till olika former av samsjuklighet. Ohälsa och sjukdomsutveckling är processer, intimt förknippat med varandra. Kroppslig ohälsa och svårigheter kan i sin tur leda till depression och ångestutveckling men även upprätthålla dessa och förhindra individens återhämtning. Det finns samband mellan långvarig stress och depressionsutveckling/ångest. Fysisk aktivitet är därför viktig utifrån dess stressreglerande funktion. Socialstyrelsens högre rekommendation av fysisk aktivitet för ungdom visar denna insikt. Det är både olyckligt och tvetydigt att

ge annorlunda rekommendation till vuxna. Barn och ungdomar lär sig av vuxnas beteende, mer än något annat!

Utifrån ett hälsofrämjande perspektiv anser vi således att prioriteringsgruppen än tydligare bör rekommendera vårdprofessionerna att motivera och stödja sina patienter till ökad fysisk aktivitet/träning som en målinriktad och strukturerad intervention.

Guidelines

Socialstyrelsens prioriteringsgrupp lutar sig mot Cochrane rapporten (oktober 2008) där man bedömt att effekten av fysisk träning inte är statistiskt säkerställd. Samtidigt är det intressant att läsa Cochraneförfattarnas slutsatser för klinisk praxis. Även om det bedöms vara svårt att fastställa exakt träningsform, dos eller duration skriver man att det är rimligt att rekommendera fysisk träning vid både depressiva symptom och diagnosen depression. I rapporten betonas också att dessa patientgrupper behöver stöd till att finna den form av fysisk träning de tycker om. Rörelseglädje ökar förutsättningarna att över tid vidmakthålla ökad fysisk aktivitetsnivå (Kalling L 2008).

Även i England har man diskuterat lite annorlunda. I NICE – rapporten finns ”exercise” med som tydligare rekommendation för mild depression än det nu föreliggande riktlinjearbetet. De tar även med dos genom att de nämner att patienter i alla åldrar med mild depression förbättras av att behandlas med strukturerad och handledd fysisk träning. Detta är ett starkare uttryck än allmän rekommendation om fysisk aktivitet. För medelsvår depression övergår rekommendationerna även till att bli råd om vikten att överhuvudtaget höja den fysiska aktivitetsnivån, gärna i kombination med andra strukturerade behandlingsformer som KBT.

I Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report från USA (2008) framförs följande sammanfattning: *The weight of the cumulative evidence from prospective cohort studies and RCTs of uneven quality supports the conclusion that physical activity has protective benefits for several aspects of mental health. The evidence is strongest for protection against symptoms of depression and cognitive decline associated with aging, including the onset of dementia. Substantial evidence also suggests that physical activity reduces symptoms of anxiety and poor sleep, as well as feelings of distress and fatigue, and enhances well-being.// Current evidence supports the conclusion that regular participation in moderate-to-vigorous physical activity, consistent with current public health guidelines, confers mental health benefits when compared to participation in low levels of physical activity or a sedentary lifestyle.*

Således väljer flera andra länder att ge större tyngd i rekommendationerna av fysisk aktivitet trots att evidensläget inte är helt entydigt. Naturligtvis kan det finnas olika

skäl därtill men ytterst handlar det om ett ställningstagande kring vad man anser ”tillräckligt bevisat” i relation till den behandlingsvinst man tror sig kunna uppnå. När det gäller fysisk aktivitet anser vi det finns allt att vinna och inget att förlora på en starkare och tydligare rekommendation, trots att man kan fastställa ett ofullständigt evidensläge.

Fysisk Aktivitet på Recept

Det finns mer erfarenheter att hämta från FaR- konceptet som nu implementeras i de flesta landsting. FaR har visat sig vara ett effektivt och lättillgängligt sätt att öka och upprätthålla den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen och dessutom med lika god följsamhet som för läkemedelsbehandling (Leijon M 2009 & Kallings L 2008)

FaR torde vara kostnadseffektivare än både SSRI och KBT! Ordinationen kan skötas av alla legitimerade vårdprofessioner.

Kliniska strategier för att öka patienternas fysiska aktivitetsnivå

I ett evidensbaserat arbetssätt ingår att man ska integrera kliniskt kunnande med bästa möjliga forskningsunderlag. Väl medvetna om att det vetenskapliga underlaget än så länge inte bedömts tillräckligt skulle vi vilja framföra kollegers kliniska erfarenheter och tillvägagångssätt för att stödja patienter, med psykisk ohälsa och sjuklighet, till ökad fysisk aktivitet och välbefinnande. Ur klinisk synvinkel finns det ett stort behov av hälsoinriktat behandlingsarbete för patienter med psykisk ohälsa och sjukdom.

För att aktivera personer med psykisk sjukdom krävs en bedömning av flera olika aspekter hos patienterna; fysisk hälsa och kondition, rörelseförmåga/beteende och psykologiska aspekter som motivation, self-efficacy, ångesttyp/nivå, rörelserädsla och negativa symtom.

Klinisk erfarenhet visar att patienter med depression och ångest har olika skäl till att inte spontant röra sig. Sjukgymnaster använder därför olika rörelsemetoder, anpassade till var och ens förutsättningar. Rörelsemetoderna används dels för att förbättra patienternas fysiska förutsättningar men även deras psykologiska beredskap till ökad rörelseaktivitet.

Ökad fysisk aktivitet som behandling kan ses som ett kontinuum, med stegrande intensitet och duration. Basal Kroppskännedom (BK) är en förberedande form av fysisk aktivitet och en form av beteendeterapeutisk intervention med fokus att förändra rörelsebeteende och ersätta olika negativa associationer till rörelse med positiva upplevelser.

Via förbättrad kroppskontroll har BK visat sig stärka självkänslan och känslan av ”empowerment och self-efficacy” hos patienter med psykiatrisk problematik (Gyllensten AL et al 2003). Både forskning och kliniska erfarenheter visar dessutom att BK leder till såväl ökad rörelseglädje som ett naturligt behov av

fysisk rörelse/aktivitet i vardagen (Gyllensten et al 2009). En ökad kroppskontroll minskar riskerna för felbelastning eller överbelastning vid både generell fysisk aktivitet och mer specifik träning. Faktorer som är viktiga för att patienterna skall fortsätta sin fysiska aktivitet över tid.

Avslutande kommentarer

Det råder brist på KBT terapeuter som kan erbjuda behandling enligt rekommendationerna i de preliminära riktlinjerna. Möjligheterna att hjälpa fler via fysisk aktivitet är större. Båda interventionerna erbjuder alternativ till läkemedelsbehandling och innebär en mer långsiktig förändring av ohälsosamma levnadsvanor, viktigt inte bara för den enskilde individen utan även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv!

Anna Hertting
ordförande, Sjukgymnastförbundet, MD i stressmedicin

Lena Hedlund
ordförande, Sektionen för psykosomatik och psykiatri, Sjukgymnastförbundet,
Specialistsjukgymnast i psykiatri

Referenser

- Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. Nord J Psychiatry. 2008;62 Suppl 47:25-9
- Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C 2003 (a) Basic Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. Advances in Physiotherapy 5: 179-190.
- Gyllensten AL, Ekdahl C, Hansson L. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric out-patient care. A randomized controlled study. Advances in Physiotherapy 2009;11 (1): 2-12.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008, USA
- Leijon M. Physical activity referrals make Swedish county spring into action. Thesis Linköpings Universitet 2009
- Kallings L. Physical activity on prescription : Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Thesis Karolinska Institutet 2008