

En pilotstudie i primärvården om gruppträning och fysisk aktivitet på recept för patienter med depression och ångest.

Uppföljning av fysisk aktivitetsnivå, stillasittande, hälsoparametrar och
diagnosspecifika symtom.

Godkänd 23/12/29
Stefan Lundqvist
STEFAN LUNDAVIST

Katarina Sandström, ST-läkare Älvängens Läkarhus

Stefan Lundqvist, leg fysioterapeut, Med Dr, Centrum för fysisk aktivitet Göteborg,
Regionhälsan VGR

Andrea Reimertz, leg. fysioterapeut, Skepplanda Läkarhus

Sammanfattning

Bakgrund

Depression och ångest innebär stora konsekvenser för patienternas liv och hälsa och höga kostnader för samhället. Diagnoserna är kopplade till ohälsosamma levnadsvanor samt somatiska sjukdomar. Fysisk aktivitet som behandling har visats ha likvärdig effekt på depressionssymtom som behandling med läkemedel eller beteendeterapi och förstärkande effekt, där annan behandling redan är insatt.

Syfte

Att undersöka genomförbarheten av en intervention med fysisk aktivitet via vårdcentral och att utvärdera eventuell förändring av fysisk aktivitetsgrad, stillasittandetid, hälsoparametrar och diagnosspecifika symtom hos patienter med depression och ångest.

Metod

En observationsstudie utfördes på patienter med depression och ångest. 10 veckors gruppträning på vårdcentralen samt egen träning via fysisk aktivitet på recept (FaR) genomfördes. Före och efter interventionen mättes hälsoparametrar, fysisk aktivitetsnivå, stillasittandetid och symtom kopplade till depression och ångest.

Resultat

6 av 10 inkluderade patienter slutförde interventionen. Vid start var 5 av 8 otillräckligt fysiskt aktiva, vid avslut uppfyllde 6 av 6 rekommendationerna om minst 150 minuter fysisk aktivitet i veckan. Skattad daglig stillasittandetid sjönk från 10–12 timmar till 4–6 timmar. Färre patienter uppnådde nivåer av depressions- och ångestsymtom som kan ligga till grund för diagnos. Studien innehåller för få patienter för säkra statistiska beräkningar.

Konklusion

Fysisk aktivitet som behandling av depressions- och ångestsymtom, via gruppträning och FaR var möjlig att genomföra med befintliga kliniska resurser i primärvården. Patienterna uppvisade positiva resultat på fysisk aktivitetsnivå, minskat stillasittande, depressions- och ångestsymtom samt var nöjda med interventionen. Effekter på både fysisk och psykisk ohälsa innebär dubbel nytta för patienten och vårdens resursanvändning. En större studie behövs för att vetenskapligt utvärdera effekten.

Bakgrund

Depression

Depression är ett sjukdomstillstånd som innefattar nedstämdhet, intresse- eller glädjeförlust och onormal uttrötthet och energibrist. I symtombilden kan även ingå: försämrad koncentration, sänkt självkänsla och självförtroende, skuld- och värdelöshetskänslor, tankar på döden eller självmord, psykomotorisk påverkan samt störd sömn och aptit. Symtomen är ihållande och med liten variation över tid (1). Depression diagnosticeras i Sverige ofta enligt ICD-10-kriterierna, fastställda av Världshälsoorganisationen (WHO) (1). Cirka 5% av vuxna världen över, Sverige inkluderat, lider av depression (2, 3) och det är en av de vanligare orsakerna till funktionsnedsättning och sjukdomsburda globalt (4). I Sverige uppskattas risken att under sin livstid drabbas av depression till 36% för kvinnor och till 23% för män (3). Depression är en mycket kostsam sjukdom i västvärlden, till stor del på grund av långa sjukskrivningsperioder (5). Nästan 20% av arbetsföra människor i Sverige diagnosticeras under ett år med depression och står för närmare 40% av sjukförsäkringskostnaderna i landet (6).

Ångest

Ångest innebär ett tillstånd med ständig eller frekvent oro och rädsla för kroppsliga symtom, framtida händelser eller specifika situationer. Det ger symtom som hjärklappning, bröstsmärta, kvävningsskänsla, yrsel och överklighetskänsla, kontrollförlust och dödsrädd. Ångest utlöser till exempel svettning, skakning, muskelspänningar och magsymtom och kan utlösas attackvis eller vara ständigt – generaliserat (1). Ungefär 16% av befolkningen lider av ångest i olika grader och under en livstid är risken att insjukna cirka 30% (5). Ångest kan i många fall förekomma samtidigt som, eller vara sekundärt till en depression och tillstånden kan ibland vara svåra att skilja åt, såväl i diagnostik som i behandling (1).

Samsjuklighet, levnadsvanor och primärvårdens roll

Andelen patienter med psykiatriska diagnoser inom svensk primärvård är bristfälligt kartlagd (6). Ett par studier har visat på depression och/eller ångest hos 18–23% av patienterna (7, 8). Socialstyrelsen (SoS) har funnit att en stor andel av patienterna med depression och ångest diagnosticeras och behandlas i primärvården och betonar att god tillgänglighet till bedömning och behandling i primärvården ger positiv behandlingseffekt gällande hälsa och minskad vårdkonsumtion (9). Depression och ångest är kopplat till multimorbiditet och högre risk för att utveckla somatiska sjukdomar, såsom ischemisk hjärtsjukdom och diabetes (5, 10). Patienter med depression eller ångest har mer ohälsosamma levnadsvanor med bland annat hög andel stillasittande och en låg grad av fysisk aktivitet (10-12).

Otillräcklig fysisk aktivitet samt stillasittande har visats starkt kopplat till bland annat ökad risk att dö i förtid, hjärtkärlsjukdom, typ 2-diabetes, vissa typer av cancer samt viktökning (13, 14). Livslängden för personer med depression är förkortad 20 år för kvinnor och 17 år för män (6).

Definitioner, rekommendationer och riktlinjer

Med stillasittande menas sittande eller liggande aktivitet utan någon avsevärd ökning av energiförbrukningen, medan fysisk aktivitet innebär all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen. Fysisk aktivitet kan utföras med olika intensitet: Måttlig intensitet innebär en märkbar höjning av puls och andning och ökad kroppsvärme medan hög intensitet ger en markant höjning (14). Otillräcklig fysisk aktivitet bedöms som mindre än 150 minuter/vecka på måttlig intensitetsnivå, eller motsvarande 75 minuter/vecka på hög intensitetsnivå, eftersom man över den nivån ser betydande hälsovinster (14, 15). För att dosera ansträngningsnivå används Borgs rate of perceived exertion (RPE)-skala, där patienten skattar sin ansträngning under utförandet av fysisk aktivitet på en skala från 6 (ingen ansträngning alls) till 20 (maximal ansträngning) (16). Måttlig intensitet i svenska rekommendationer motsvarar RPE 12-13 och hög intensitet motsvarar RPE 14-17 (14).

SoS rekommenderar riktade insatser via hälso- och sjukvården för de med ohälsosamma levnadsvanor, såsom otillräcklig fysisk aktivitet, där man anser att primärvården har en central funktion. Det bedöms vara av än större vikt till vuxna med särskild risk, till exempel depression (17). SoS rekommenderar också att fysisk aktivitet kan erbjudas som behandling till vuxna med lindrig eller medelsvår depression (9). Det vill säga den grad av depression som oftast förekommer i primärvården. Åtgärden fysisk aktivitet har enligt SoS också effekt på somatisk hälsa och inga biverkningar har rapporterats (9). För stöd i behandlingen rekommenderar SoS användning av handboken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) samt Fysisk aktivitet på recept (FaR) (17).

FYSS innehåller vetenskapligt underbyggda rekommendationer om fysisk aktivitet för såväl vuxna och andra åldrar i allmänhet, men också diagnosspecifikt vid till exempel depression eller ångest (14). FaR består av totalt fem delar, varav tre utgör kärnan i den individuellt anpassade behandlingen: rådgivande samtal, skriftlig ordination och uppföljning. De två övriga delarna består av att använda FYSS som evidensbaserat kunskapsstöd samt att ha vetskap om och samverka med föreningar eller andra aktivitetsarrangörer för att underlätta och underhålla den fysiska aktiviteten hos patienten. FaR har i studier visats ge ökad fysisk aktivitetsnivå, ökad fysisk kapacitet och bättre hälsorelaterade mått samt förbättrad självskattad hälsa hos otillräckligt fysiskt aktiva patienter där effekten kvarställt i upp till två år (14).

Rekommenderad grad av fysisk aktivitet vid depression överensstämmer med FYSS allmänna rekommendationer, det vill säga minst 150 minuter/vecka på måttlig intensitetsnivå eller 75 minuter/vecka på hög intensitetsnivå. Man kan välja att kombinera måttlig och hög intensitetsnivå i minst 90 minuter/vecka, uppdelat på 3 x 30 minuter. Därutöver rekommenderas muskelstärkande fysisk aktivitet 2–3 gånger/vecka (14). För ångest rekommenderas kombinerad måttlig och högintensiv fysisk aktivitet minst 90 minuter/vecka, uppdelat på minst 20 minuter/tillfälle (14).

Interventioner

Allt fler interventionsstudier gällande fysisk aktivitet visar likvärdig effekt på depressionssymtom som vid behandling med läkemedel eller beteendeterapi. Fysisk aktivitet i kombination med läkemedel eller beteendeterapi ökar behandlingseffekten och får man ingen annan behandling ter sig effekten av fysisk aktivitet vara stark (14, 18, 19). Bäst effekt har visats vid pulshöjande fysisk aktivitet på måttlig till hög intensitetsnivå, ledarledd fysisk aktivitet och har också visat positiva effekter på livskvalitet (19). På vårdcentralen där den här studien ska utföras finns god tillgång till sedvanlig behandling av depression och ångest med såväl beteendeterapi som läkemedelsbehandling. Fysisk aktivitet, både i grupp och individuellt, bedrivs i nuläget på vårdcentralen som behandling för flertalet andra patientgrupper. I och med den här studien utvärderas om gruppträning och FaR är ett lämpligt tillägg i behandlingen av patienter med depression och ångest.

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka genomförbarheten av en intervention med fysisk aktivitet via vårdcentral och utvärdera eventuell förändring av fysisk aktivitetsgrad, stillasittandetid, hälsoparametrar och diagnosspecifika symtom hos patienter med depression och ångest.

Frågeställningar:

Är gruppträning och FaR på vårdcentral genomförbart som tillägg i behandlingen av patienter med depression och ångest?

Förändras stillasittande och fysisk aktivitetsnivå, hälsoparametrar och diagnosspecifika symtom hos patienter med depression och ångest under en 10 veckors intervention med gruppträning och FaR?

Metod

Studiedesign

En observationsstudie utfördes på en vårdcentral i Västra Götalandsregionen i form av ett systematiskt kvalitetsarbete. Utvärdering av patienter med depression och ångest genomfördes via ett befintligt upplägg som innefattar sambedömning av läkare och fysioterapeut, provtagning, fysioterapeutledd gruppträning, fysisk aktivitet på recept och uppföljning. Medgivande har givits av verksamhetschef genom godkännande av Tilldelning av särskilt uppdrag och all data som används har avidentifierats för användande som projektarbete på vetenskaplig grund inom ramen för ST-utbildningen.

Urval

Tio vuxna patienter, 27–57 år, listade på vårdcentralen med diagnosen depression och/eller ångest (enligt ICD-10 klassificerade som F41, F32 och F33) inkluderades hösten 2023. Patienter med tidigare eller aktuell behandling med läkemedel eller psykoterapi samt sjukskrivna oavsett orsak, inkluderades. Likaså om de vid interventionsstart inte uppnått depressions- eller ångestdiagnos vid skattning. Exklusionskriterier var: samtidig annan psykiatrisk diagnos, fysisk sjukdom som medförde att patienten inte kunde eller borde genomföra fysisk aktivitet på minst måttlig intensitetsnivå. Uppgifter för inklusion eller exklusion skulle finnas registrerade i patientjournalen.

Patienter med diagnosen depression eller ångest som hade kontakt med någon personalkategori på vårdcentralen, av olika orsaker, tillfrågades osekterat om intresse av att ingå i studien. Vid intresse informerades studieansvarig för vidare bedömning avseende inklusion. De patienter som inkluderades gavs skriftlig information (bilaga 1) och skriftligt samtycke inhämtades till att få använda insamlade data (bilaga 2).

Intervention

Ett inledande besök alternativt telefonkontakt med läkare och fysioterapeut genomfördes. Utifrån patientens individuella situation upprättades en rehabiliteringsplan i patientens journal, innehållande målsättning, åtgärdsplan, tidsplan och utvärdering. Överenskommen fysisk aktivitet specificerades enligt FaR och innefattade fysisk aktivitet om totalt 3 gånger/vecka under 10 veckors tid. Cirkelträning i grupp genomfördes 2 gånger/vecka à 60 minuter på vårdcentralen under ledning av fysioterapeut och därutöver individuellt överenskommen fysisk aktivitet 1 gång/vecka. Den egenutförda fysiska aktiviteten utformades tillsammans med patienten, utefter dennes hälsotillstånd, fysiska aktivitetsnivå, intressen

och resurser. Cirkelträningen bestod av en kombination av pulshöjande konditionsstärkande övningar samt muskelstärkande övningar som involverade stora muskelgrupper. Det eftersträvades att patienten uppnådde fysisk aktivitet på minst måttlig intensitetsnivå i såväl gruppträning som individuell träning, enligt behandlingsriktlinjer.

Vid start och 10 veckors uppföljning hämtades uppgifter om fysisk aktivitetsnivå, stillasittande, hälsoparametrar och diagnosspecifika symtom från patientjournal. Skattningar gjorda 2 månader innan interventionens start respektive 2 veckor efter avslut godtogs. Uppföljningen av patientens måluppfyllelse av ordinerad fysisk aktivitet skedde i samtalsform med fysioterapeut i samband med träffarna på vårdcentralen.

Interventionen avslutades med att patienten inom 1 vecka träffade eller talade med samma läkare som vid start för att gå igenom testresultat, fånga upp eventuella frågor och vid behov få en fortsatt behandlingsplanering.

Datainsamling

För bedömning av patienternas fysiska aktivitetsnivå användes två korta frågeformulär som har visats vara valida och reliabla. Det första är skattade aktivitetsminuter med hjälp av SoS indikatorfrågor om fysisk aktivitetsnivå (Faktaruta 1). Antalet skattade aktivitetsminuter korrelerar med kardiovaskulära riskfaktorer (blodfetter, blodsocker, body mass index (BMI (kg/m²)) och midjemått) och självskattad hälsa. Antalet minuter räknas utifrån mittvärdet i varje svarskategori, det vill säga 30–60 minuter räknas som 45 minuter. Vid sammanräkning räknas antalet minuter från högintensiv aktivitet i fråga 1 dubbelt och från måttligt intensiv aktivitet i fråga 2 enkelt (14, 17, 20). Rekommenderad grad av fysisk aktivitet uppnås vid 150 minuter.

Det andra frågeformuläret är Sedentary behavior – Gymnastik- och idrottshögskolan (SED-GIH)-frågan om stillasittandetid under dygnet (Faktaruta 2). Tid i stillasittande är kopplat till bland annat förtida död och hjärtkärlsjukdom men det finns inte vetenskapligt stöd för en specificerad tidslängd för absolut risk (14, 21, 22). Svaren kategoriseras från 1 (aldrig) till 7 (så gott som hela dagen). Båda formulären utgör prediktorer för sjukhusvård och förtida död (23).

Faktaruta 1 SoS indikatorfrågor om fysisk aktivitetsnivå

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar)

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid.

- 0 minuter/Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timmar)
- 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

Faktaruta 2 SED-GIH-frågan

Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13–15 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig

För skattning av depressionssymtom användes Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (bilaga 3), med 9 frågor om förekomsten av depressionssymtom de senaste 2 veckorna. Symtomfrekvens kategoriserades enligt: inte alls (0 poäng), flera dagar (1 poäng), mer än hälften av dagarna (2 poäng) eller nästan varje dag (3 poäng). Maximal poäng är 27 och från 10 poäng anses depression kunna föreligga (24). Testet är enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) väl lämpat för att följa effekter av behandling av depression då det är känsligt för förändringar (25).

Ångestsymtom skattades med hjälp av patientformuläret Generalized anxiety disorder 7-item scale (GAD-7) (bilaga 4). Där anges huruvida 7 olika symtom förekommit under de senaste 2 veckorna: inte alls (0 poäng), flera dagar (1 poäng) eller flertalet dagar (2 poäng). Maximal poäng är 21 och från 5 poäng indikeras ångest. Det kan användas för såväl stöd för diagnos som för att följa ett förlopp (26).

Mätvärden och blodsockervärde (P-glukos (mmol/L)) mättes på vårdcentralens laboratorium. Blodprovet analyserades på Unilabs laboratorium i Skövde, ackrediterat av SWEDAC i enlighet med standard ISO 15189:2012. Vikten (kg) mättes på vårdcentralens våg utan skor eller ytterkläder, avrundat till närmsta 0,5 kg. Längd (cm) mättes vid en fast mätsticka på väggen och avrundades till närmsta 0,5 cm. Vikt och längd användes för att räkna ut BMI. Blodtryck (mmHg) mättes med automatisk blodtrycksmätare (Omron), mitt på höger överarm utan beklädnad, på sittande patient med fötterna i golvet, efter 5 minuters vila. Ålder och kön registrerades från patientens journal.

Dataanalys

Deskriptiv statistik för baslinje- och 10-veckorsdata presenteras som medelvärde (standardavvikelse (SD)), medianvärde (kvartiler (IQR)) eller antal (%) beroende på datanivå och om värdena är normalfördelade eller ej. Den här pilotstudien innehåller för få deltagare för att få ut tillförlitliga data ur analytisk statistik men en bedömning av inomgruppskillnader mellan start och 10-veckorsvärden har gjorts med Wilcoxon signed rank test. Uträkningar utfördes i SPSS version 28.0.

Resultat

Av 10 patienter var 8 kvinnor och medelåldern var 39,2 år. 6 av 10 patienter slutförde interventionen och tränade i snitt vid 12 av 20 möjliga gruppträningstillfällen.

Vid start var 5 av 10 patienter otillräckligt fysiskt aktiva (<150 minuter/vecka), efter 10 veckor var alla 6 patienter som avslutade interventionen fysiskt aktiva >150 minuter/vecka. Antalet aktivitetsminuter ökade från 157,5 vid start till 330 minuter vid avslut (medelvärde). Egenskattad stillasittandetid minskade samtidigt från 10–12 timmar dagligen till 4–6 timmar dagligen (medianvärde).

5 av 8 patienter skattade depressionssymtom ≥ 10 poäng vid start, vid avslut skattade 2 av 6 patienter ≥ 10 poäng. Depressionspoängen hade vid avslut minskat från 15,5 poäng till 5,0 poäng (medianvärde). 7 av 8 patienter skattade ångestsymtom ≥ 5 poäng vid start, vid avslut skattade 3 av 6 patienter ≥ 5 poäng. Poängen hade vid avslut sjunkit från 13,5 till 4,0 poäng (medianvärde).

Tabell 1 Inkluderade patienters demografi och värden

	Startvärden	Slutvärden
Kvinnor, antal (%)	8 (80%)	
Ålder (år) ^a	39,2 (10,6)	
Blodtryck, systoliskt (mmHg) ^a	126,8 (15,3)	123,3 (14,1)
Blodtryck, diastoliskt (mmHg) ^a	88,9 (6,2)	82,0 (6,9)
BMI (kg/m ²) ^a	30,9 (10,1)	31,0 (10,4)
P-glukos (mmol/L) ^a	5,3 (0,7)	5,3 (0,84)
PHQ-9 (poäng) ^b	15,5 (4,5-17,8)	5,0 (1,5-17,3)
GAD-7 (poäng) ^b	13,5 (5,5-17,5)	4,0 (1,75-13,0)
SED-GIH (timmar) ^b	5 (4-6)	3 (2-5)
SoS indikatorfrågor (minuter) ^b	127,5 (52,5-221,3)	307,5 (240-386,3)
Träningsstillfällen (antal gånger) ^a		12,3 (2,4)
BMI, body mass index; p-glukos, blodsocker; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; GAD-7, Generalized anxiety disorder 7-item scale; SED-GIH, egenskattad stillasittandetid; SoS indikatorfrågor, Socialstyrelsens frågor om egenskattad fysisk aktivitetsnivå.		
^a Värden anges som medelvärde (standarddeviation)		
^b Värden anges som median (interkvartilavstånd (IQR))		

En inomgruppsanalys genomfördes som visade signifikant ökad fysisk aktivitet vid avslut jämfört med start ($p=0,046$) men resultat presenteras ej närmare på grund av att analysen innehåller för få deltagare vilket påverkar tillförlitligheten.

Diskussion

Denna pilotstudie visar att det är möjligt att genomföra en 10 veckors intervention med fysisk aktivitet för patienter med depression och ångest. Hälften av patienterna var otillräckligt fysiskt aktiva vid start och ökad aktivitetsnivå var den parameter som påvisade tydligast förbättring. Positiva resultat sågs även på stillasittandetid, depressions- och ångestsymtom.

En farhåga innan start var att patienterna i mycket hög grad skulle hoppa av. Dock fullföljde 6 av 10 träningsperioden, med i snitt 12 genomförda träningspass. Den vanligaste orsaken till missade tillfällen var sjukdom eller vård av sjukt barn. Vid avslut uppgav också flera patienter att 10 veckor gav tid för att skapa en ny vana och hinna märka skillnad i måendet, både fysiskt och mentalt. Fysisk aktivitet som behandling av depression och ångest är ett behandlingssätt som också kan utföras självständigt av

patienten. Några uppgav spontant att de fått med sig kunskap för egen aktivitet i hemmet, då gruppövningarna utformades på ett sätt som enkelt kunde överföras till hemmamiljö.

Depressions- och ångesttillstånd ger en stor påverkan på såväl individ som samhällsnivå. Därför är det viktigt att hitta behandlingsstrategier för att dels påverka dessa tillstånd, dels för att minska somatiska riskfaktorer hos dessa patienter. Flera av patienterna uppvisade mycket höga BMI-värden. Att via fysisk aktivitet behandla både depressions- och ångestsymtom och andra ohälsfaktorer samtidigt innebär dubbel nytta för patienten samt möjliggör ett effektivt användande av resurserna inom primärvården. Förhoppningsvis skapar en sådan här intervention en upplevd nytta hos patienten som via inhämtad kunskap kan möjliggöra sin egenbehandling. Detta stöttar i sin tur patientens autonomi, något som är viktigt inom all hälso- och sjukvård.

Enligt SoS är tidig kontakt och tät uppföljning av stort värde för den här patientgruppen, och att det mesta av omhändertagandet sker, och bör ske, i primärvården (9). Samtidigt används fysisk aktivitet som behandling i låg grad. Denna studie utfördes som ett försök att praktiskt tillämpa riktlinjer för fysisk aktivitet som behandling mot depression och ångest på en primärvårdsenhet. Traditionellt har mycket av patientkontakten skett med läkare i samarbete med psykologer, och ibland sjuksköterskor med vidareutbildning inom psykiatri. Det här upplägget involverar fler personalkategorier för behandling och för att förebygga framtida sjukdom och kan stimulera samarbete mellan olika professioner. Det kan underlätta för primärvården att erbjuda tidigare och tätare kontakt samt att ge individualiserad behandling.

Styrkor och svagheter

Det kliniska upplägget av denna intervention har sina fördelar men medför samtidigt svårigheter. En anledning att 4 av 10 patienter inte genomförde studien var svårigheten att få ihop träningstider med arbete och familj trots att gruppträningarna lades på morgon och sen eftermiddagstid, och att enstaka patienter även fick förebyggande sjukpenning. Det bristfälliga statistiska underlaget, med 6 patienter som slutförde interventionen, gör att statistisk signifikans av resultaten inte kunde fastställas. Dock finns gott om belägg för behandlingsnyttan av fysisk aktivitet visad i tidigare liknande studier (14, 18, 19). För att kunna säkerställa statistiskt signifikanta resultat från en sådan här intervention, behövs en studie med fler inkluderade patienter utföras.

Flera patienter upplevde att träningspassen blev av i högre grad med förutbestämda träningstider och att man förväntades dyka upp. Intensiteten i träningen var lättare att upprätthålla eller öka, i närvaro av

andra patienter som tränade och ansträngde sig. Det var svårt att, med befintligt upplägg följa upp patientens självständiga egna fysiska aktivitet på hemmaplan. För att få en bättre uppfattning om den totala träningsmängden skulle träningsdagbok kunna användas, alternativt bokad telefontid med fysioterapeuten under tiden studien pågick. Rapportering om egen träning skulle också kunna ske vid de veckovisa träningstillfällena, med risk för att rapporteringen kunde bli bristfällig vid eventuella återbud.

En styrka med denna studie är att interventionen bedrivits med befintliga resurser på vårdcentralen, med tillgång till verksamhetens normala utrustning, lokaler och personal. Överförbarheten till andra primärvårdsenheter och genomförbarheten ökar då behandlingen sker under sedvanliga omständigheter. Oro kring symtom i samband med fysisk aktivitet i denna patientgrupp, till exempel yrsel eller hjärklappning, är vanligt och kan utgöra ett hinder för fysisk ansträngning. Närvaro av en behandlare och möjligheten att svara på frågor kontinuerligt under en period kan hjälpa till att överbrygga detta hinder. Patienterna uppgav en känsla av trygghet i gruppen, till stor del då man hade liknande orsak till att delta men också för att man lärde känna gruppledaren.

Mätning och provtagning av patienterna i studien gjordes enligt sedvanlig rutin i befintligt primärvårdsarbete. För att trygga kvaliteten på insamlade data, kan det vara av värde att gå igenom standard för aktuella mätmetoder med de medarbetare som skall utföra mätningarna.

Konklusion

Denna pilotstudie visar att en 10 veckors intervention med fysisk aktivitet via gruppträning och FaR är möjlig att genomföra med befintliga kliniska resurser i primärvården. Patienterna uppvisade positiva resultat på fysisk aktivitetsnivå, stillasittande, depressions- och ångestsymtom samt var nöjda med interventionen. Fysisk aktivitet som behandling innebär möjlighet till dubbel nytta för patienten, via effekter på både fysisk och psykisk ohälsa. Studien kan ligga till grund för en större studie med fler patienter, vilket är nödvändigt för att vetenskapligt kunna utvärdera och säkerställa nyttan med den här typen av intervention.

Referenser

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F32>
2. Global health data exchange [Internet]. 2019 [cited 2022-03-08]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.
3. Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P, Munk-Jørgensen P, Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord*. 2005;87(2-3):151-60.
4. WHO. Depression: World Health Organization, WHO; 2021 [updated 210913. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
5. Läkemedelsboken 2014. Uppsala: Läkemedelsverket; 2013.
6. Nationell utvärdering 2013 : vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M, Lisspers J, Sundin O. [Mental illness a problem among primary health care patients. A questionnaire comprising more than 2 000 patients]. *Lakartidningen*. 2010;107(23):1545-7.
8. Allgulander C, Nilsson B. [A nationwide study in primary health care: One out of four patients suffers from anxiety and depression]. *Lakartidningen*. 2003;100(10):832-8.
9. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
10. Birk JL, Kronish IM, Moise N, Falzon L, Yoon S, Davidson KW. Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2019;38(9):802-11.
11. Schuch F, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward P, Reichert T, et al. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;210:139-50.
12. Helgadóttir B, Forsell Y, Ekblom Ö. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2015;10(1):e0115894-e.
13. Katzmarzyk PT, Powell KE, Jakicic JM, Troiano RP, Piercy K, Tennant B. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(6):1227-41.

14. Dohrn I-M, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M. FYSS 2021 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2021.
15. World Health O. Global recommendations on physical activity for health [Elektronisk resurs].
16. Borg G. Borg's Perceived exertion and pain scales. Champaign, Ill.: Human Kinetics; 1998.
17. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
18. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;202:67-86.
19. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry.* 2018;54:124-44.
20. Olsson SJ, Ekblom Ö, Andersson E, Börjesson M, Kallings LV. Categorical answer modes provide superior validity to open answers when asking for level of physical activity: A cross-sectional study. *Scand J Public Health.* 2016;44(1):70-6.
21. Kallings LV, Olsson SJG, Ekblom Ö, Ekblom-Bak E, Börjesson M. The SED-GIH: A Single-Item Question for Assessment of Stationary Behavior-A Study of Concurrent and Convergent Validity. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23).
22. Larsson K, Kallings LV, Ekblom Ö, Blom V, Andersson E, Ekblom MM. Criterion validity and test-retest reliability of SED-GIH, a single item question for assessment of daily sitting time. *BMC Public Health.* 2019;19(1):17.
23. Ek A, Kallings LV, Ekström M, Börjesson M, Ekblom Ö. Subjective reports of physical activity levels and sedentary time prior to hospital admission can predict utilization of hospital care and all-cause mortality among patients with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(8):691-701.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
25. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) som stöd för diagnostik och bedömning av svårighetsgrad av depression [Elektronisk resurs]: SBU; 2018.
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.