

Bedre helse med treningsbehandling for personer med kronisk utmattelsessyndrom

Omtalt av Therese K. Dalsbø og Kjetil G. Brurberg



Personer med kronisk utmattelsessyndrom blir trolig mindre utmattet etter treningsbehandling. Treningsbehandling ser ut til å være omtrent like effektivt som kognitiv atferdsterapi. Det viser en nylig utgitt systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av treningsbehandling hos personer som har kronisk utmattelsessyndrom, sammenliknet med vanlig behandling eller kognitiv atferdsterapi.

Sammenliknet med vanlig behandling:

- Treningsbehandling reduserer trolig utmattelsessymptomer. Vi har middels tillit til resultatet.
- Treningsbehandling utgjør trolig ingen forskjell i antall som opplever bivirkninger. Vi har middels tillit til resultatet.
- Det er uklart om treningsbehandling påvirker livskvalitet, fordi vi mangler data om dette utfallet.
- Treningsbehandling bedrer muligens fysisk funksjon rett etter treningsbehandling. Vi har liten tillit til resultatet.
- Det er uklart om treningsbehandling påvirker depresjon, fordi vi mangler data om dette utfallet.
- Treningsbehandling bedrer muligens søvnkvalitet. Vi har liten tillit til resultatet.
- Flere opplever trolig at helsa er bedre med treningsbehandling. Vi har middels tillit til resultatet.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell I. Treningsbehandling

Resultater: hva skjer?	Vanlig behandling	Treningsbehandling	Tillit til resultatet
Utmattelse (Skala fra 0 til 33) Treningsbehandling gir trolig en reduksjon i utmattelsessymptomer	Gjennomsnittlig utmattelse varierte fra 15.3 til 26.3 poeng	Gjennomsnittlig utmattelse var 2.8 poeng lavere (fra 4.1 til 1.6 lavere)*	⊕⊕⊕○ Middels
Bivirkninger Treningsbehandling gir trolig ingen forskjell i antall som opplever bivirkninger	13 per 1000	0 færre per 1000 (fra 11 færre til 78 flere)*	⊕⊕⊕○ Middels
Livskvalitet Det er uklart om treningsbehandling påvirker livskvalitet	Vi rapporterer ikke tall når vi har svært liten tillit til dokumentasjonens kvalitet	Vi rapporterer ikke tall når vi har svært liten tillit til dokumentasjonens kvalitet	⊕○○○ Svært liten
Fysisk funksjon (Skala fra 0 til 100) Treningsbehandling gir muligens bedre fysisk funksjon rett etter treningsbehandling	Gjennomsnittlig fysisk funksjon varierte fra 31.1 til 55.3 poeng	Gjennomsnittlig fysisk funksjon var 13.1 poeng høyere (fra 2.0 til 24.2 høyere)*	⊕⊕○○ Liten
Depresjon Det er uklart om treningsbehandling påvirker depresjon	Vi rapporterer ikke tall når vi har svært liten tillit til dokumentasjonens kvalitet	Vi rapporterer ikke tall når vi har svært liten tillit til dokumentasjonens kvalitet	⊕○○○ Svært liten
Søvnkvalitet (Skala fra 0 til 20) Treningsbehandling gir muligens bedre søvnkvalitet	Gjennomsnittlig søvnskåring varierte fra 11.7 til 12.2	Gjennomsnittlig skåring var 1.5 poeng lavere (fra 3.0 til 0.0 lavere)*	⊕⊕○○ Liten
Egenopplevd helse Flere får trolig en bedre egenopplevd helse med treningsbehandling	218 per 1000	181 flere per 1000 (fra 85 til 305 flere)*	⊕⊕⊕○ Middels

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. (Den angir hvor rimelig det er å anta at resultatene ikke bare gjelder for dem som ble undersøkt akkurat her, men også for alle andre liknende personer. Det er rimelig å anta at resultatet i 95 av 100 tilfeller vil ligge innenfor den oppgitte feilmarginen.)

Sammenliknet med kognitiv atferdsterapi:

- Treningsbehandling utgjør muligens ingen forskjell på utmattelsessymptomer. Vi har liten tillit til resultatet.
- Treningsbehandling utgjør muligens ingen forskjell på antall som opplever bivirkninger av behandlingen. Vi har liten tillit til resultatet.
- Det er uklart om treningsbehandling påvirker livskvalitet, fordi vi ikke har data om dette utfallet.
- Treningsbehandling utgjør muligens ingen forskjell på fysisk funksjon rett etter treningsbehandling. Vi har liten tillit til resultatet.
- Det er uklart om treningsbehandling påvirker depresjon, fordi vi mangler data om dette utfallet.
- Treningsbehandling utgjør muligens ingen forskjell på søvnkvalitet målt ved et senere oppfølgingstidspunkt (vi har ikke målinger rett etter behandling). Vi har liten tillit til resultatet.
- Treningsbehandling utgjør trolig ingen forskjell på egenopplevd helse. Vi har middels tillit til resultatet.

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell II. Kognitiv atferdsterapi.

Resultater: hva skjer?	Kognitiv atferdsterapi	Treningsbehandling	Tillit til resultatet
Utmattelse (Skala fra 0 til 33) Treningsbehandling gir muligens ingen forskjell i utmattelsessymptomer	Gjennomsnittlig utmattelse var 21,5 poeng	Gjennomsnittlig utmattelse var 0,2 poeng høyere (fra 1,5 lavere til 1,89 høyere)*	⊕⊕○○ Liten
Bivirkninger Treningsbehandling gir muligens ingen forskjell i antall som opplever uheldige hendelser/bivirkninger	19 per 1000	6 færre per 1000 (fra 17 færre til 55 flere)*	⊕⊕○○ Liten
Livskvalitet Det er uklart om treningsbehandling påvirker livskvalitet fordi vi ikke har data om dette utfallet	Livskvalitet ble ikke målt i disse studiene		
Fysisk funksjon (Skala fra 0 til 100) Treningsbehandling gir muligens ingen forskjell i fysisk funksjon rett etter treningsbehandling	Gjennomsnittlig fysisk funksjon var 54,2 poeng	Gjennomsnittlig fysisk funksjon var 1,2 poeng høyere (fra 3,9 poeng lavere til 6,3 poeng høyere)*	⊕⊕○○ Liten
Depresjon Det er uklart om treningsbehandling påvirker depresjon	Vi rapporterer ikke tall når vi har svært liten tillit til dokumentasjonens kvalitet		⊕○○○ Svært liten
Søvnkvalitet (Skala fra 0 til 20) Treningsbehandling gir muligens ingen forskjell i søvnkvalitet ved et senere oppfølgingstidspunkt (vi har ikke målinger rett etter behandling)	Gjennomsnittlig søvn-skåring var 9,9 poeng	Gjennomsnittlig skåring var 0,9 poeng lavere (fra 2.1 til lavere 0.3 høyere)*	⊕⊕○○ Liten
Egenopplevd helse Treningsbehandling gir trolig ingen forskjell i egenopplevd helse	350 per 1000	14 færre per 1000 (fra 102 færre til 109 flere)*	⊕⊕⊕○ Middels

* Tallene i parentes viser feilmarginen - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. Den angir hvor rimelig det er å anta at resultatene ikke bare gjelder for dem som ble undersøkt akkurat her, men også for alle andre liknende personer. Det er rimelig å anta at resultatet i 95 av 100 tilfeller vil ligge innenfor den oppgitte feilmarginen.

«Les mer om denne Cochrane-oversikten på neste side»

Bakgrunn

Personer med kronisk utmattelsessyndrom, CFS/ME, har vedvarende symptomer på utmattelse i tillegg til andre symptomer som smerter, hodepine, søvnforstyrrelser, konsentrasjonssvikt og hukommelsesproblem. Hovedfunn fra tidligere systematiske oversikter har vært at kognitiv atferdsterapi trolig gir litt mindre grad av utmattelse sammenliknet med henholdsvis standard behandling eller avspenning og tøyning.

Hva er kronisk utmattelsessyndrom?

Ifølge helsebiblioteket.no kjennetegnes kronisk utmattelsessyndrom ved at mennesker føler seg utmattede og svake mesteparten av tiden, både fysisk og psykisk, uten noen åpenbar grunn. Plagene hindrer dem som rammes i vanlige aktiviteter og i å glede seg over livet. Årsaken til CFS/ME er uavklart. Behandling må tilrettelegges individuelt, og det finnes forskning som viser at kognitiv atferdsterapi og treningsbehandling kan ha positiv effekt. Farmakologisk behandling og pacing er også brukte behandlinger.

Hva er treningsbehandling?

Gradvis mer intensiv trening med lav intensitet ("gradert aerob trening"), som turgåing, sykling og svømming. Treningsbehandling er en form for aerob trening med jevn fysisk aktivitet der hjerte og lunger jobber raskere enn i hvile. At treningen er gradert, betyr at intensiteten i treningen øker litt fra én treningsøkt til den neste. Ifølge helsebiblioteket.no fins det ingen dokumentasjon for at gradert aerob trening kan være skadelig, men enkelte har følt seg verre hvis de trener for mye, eller dersom intensiteten øker for raskt. For å sikre at treningen gjennomføres på rett måte, kan det være lurt å gjennomføre gradert treningsbehandling i samarbeid med treningsveileder. Treningsveiledere er som oftest utdannet som fysioterapeut eller sykepleier. Treningsbehandlingen må tilrettelegges individuelt, men det finnes ikke forskning som gir klare svar på om treningen bør være aerob eller anaerob, eller om den skal være gradert.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mai 2014, og fant åtte randomiserte kontrollert studier med til sammen 1518 personer som de inkluderte i oversikten. Diagnosen CFS/ME ble satt ved bruk av to ulike verktøy. I tre studier ble Center for Disease Control sine kriterier brukt, og i fem andre studier ble Oxford-kriteriene brukt.

Treningsbehandlingen varte fra 12 til 26 uker. Syv studier benyttet variasjoner av aerob treningsbehandling som turgåing, svømming, sykling, dansing eller blanding av disse aktivitetene. Intensiteten varierte fra lav til ganske høy. I én studie ble det benyttet anaerob trening. Personene i kontrollgruppen fikk enten vanlig behandling eller avspenning, eller en kombinasjon av disse. To studier sammenliknet effekten av treningsbehandling med kognitiv atferdsterapi (CBT), en så på kognitiv terapi, en så på støttende samtale, en om pacing, en om farmakologisk behandling, og en om kombinasjonsbehandling. Oppfølgingstiden varierte.

Treningsbehandling ble hovedsakelig gitt av en erfaren fysioterapeut, men i enkelte av studiene var det sykepleiere som sto for terapien. Det var relativt mange av deltakerne som også hadde andre typer plager eller tilstander, hovedsakelig depresjonssymptomer. Denne oversikten er en oppdatering av en tidligere Cochrane-oversikt.

Kilde

Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD003200.