

FaR[®] vid psykisk ohälsa

Hur personer med psykiskt funktionshinder upplever olika aspekter av fysisk aktivitet

FÖRFATTARE	Linda Johansson Fia Lundqvist
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Iris Härd
EXAMINATOR	Inger Jansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	FaR® vid psykisk ohälsa Hur personer med psykiskt funktionshinder upplever olika aspekter av fysisk aktivitet
Titel (engelsk):	PAP and mental illness How people with serious mental illness experience different aspects of physical activity
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/ kursbeteckning/ kurskod:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Linda Johansson Fia Lundqvist
Handledare:	Iris Härd
Examinator:	Inger Jansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Psykiskt funktionshinder innebär en risk för det fysiska, sociala och mentala välbefinnandet. Psykiskt funktionshindrade har väsentligt sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt, då funktionshindret ofta medför sociala och ekonomiska konsekvenser. Även somatisk sjukdom är betydligt vanligare och den förväntade livslängden betydligt kortare. Sjuksköterskan har genom sin hälsofrämjande roll ett ansvar för att både initiera åtgärder och stödja de svaga gruppernas hälsa. Den fysiska aktivitetens betydelse för alla individers fysiska hälsa är i dag välkänd och sjuksköterskan har möjlighet till att förskriva fysisk aktivitet på recept. Dock är den fysiska aktivitetens potentiellt främjande effekt av psykiskt välmående inte lika uppmärksammat och lite är känt om vilka specifika faktorer som behöver tas i beaktande för psykiskt funktionshindrade. **Syfte:** Att undersöka hur personer med psykiskt funktionshinder upplever olika aspekter av fysisk aktivitet, för att i samband med utskrivning av FaR® kunna ge väl underbyggda rekommendationer. **Metod:** Litteraturstudie baserad på 16 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Fysisk aktivitet kan främja ett ökat välbefinnande på många sätt, exempelvis genom symtomlindring och personlig utveckling, empowerment samt nya sociala kontakter. Det främsta hindret utgörs av en komplex kombination mellan symptom och läkemedelsbiverkan. För att underlätta träningen och överkomma hinder behövs mycket socialt stöd och viss praktisk assistans. **Slutsats:** Vårdpersonal har en möjlighet och plikt att främja hälsan. Med tanke på de många hälsofrämjande effekter som resultatet visar att fysisk aktivitet kan ge, känns det ytterst motiverat att arbeta för att ge personer med psykiskt funktionshinder goda möjligheter till att vara fysiskt aktiva.

Nyckelord: FaR®, psykiskt funktionshinder, serious mental illness, fysisk aktivitet, empowerment, symtomlindring, välbefinnande, hindrande faktorer, underlättande faktorer.

INNEHÅLL

Sid

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PSYKISKT FUNKTIONSHINDER.....	1
SOMATISK ÖVERSJKLIGHET OCH ÖVERDÖDLIGHET	2
<i>Läkemedelsbiverkningar</i>	2
<i>Levnadsvanor</i>	2
<i>Psykosociala svårigheter</i>	2
KRAV PÅ HÄLSOFRÄMJANDE SAMVERKAN.....	2
VANLIGA DIAGNOSER VID PSYKISKT FUNKTIONSHINDER	3
<i>Schizofreni</i>	3
<i>Svår depression</i>	4
<i>Bipolär sjukdom</i>	5
<i>Tvångssyndrom (OCD)</i>	5
HÄLSA, VÄLBEFINNANDE OCH EMPOWERMENT	6
SJKSKÖTERSANS HÄLSOFRÄMJANDE ANSVAR	6
LIVSSTILSFAKTORER.....	6
FYSISK AKTIVITET	7
<i>Hälsöfrämjande fysisk aktivitet</i>	7
<i>Rekommendationer för vuxna</i>	7
<i>Otillräcklig aktivitet</i>	8
FAR® - FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
METOD	9
LITTERATURSÖKNING OCH DATAINSAMLING.....	9
URVAL.....	10
KVALITETSGRANSKNING.....	10
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
ANALYS	10
RESULTAT	11
PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE.....	11
<i>Sociala vinster</i>	11
<i>Omedelbara effekter</i>	11
<i>Symtomlindring</i>	12
<i>Stärkt självkänsla och självbild</i>	12
<i>Empowerment</i>	12
PREFERENSER	13
HINDRANDE FAKTORER	13
<i>Psykosociala hinder</i>	13
<i>Praktiska hinder</i>	14
UNDERLÄTTANDE FAKTORER	14
<i>Hälsövägledning</i>	14
<i>Personalens stöd</i>	14
<i>Gruppens stöd</i>	15
<i>Praktiskt stöd</i>	15
DISKUSSION	15

METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	17
SLUTSATS	20
REFERENSER.....	22
BILAGA I	26
BILAGA II.....	30
BILAGA III.....	37

INLEDNING

Den fysiska aktivitetens positiva effekter är i dag välkända och likaså finns stark evidens för att många av de sjukdomstillstånd som idag behandlas med läkemedel också både kan förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet. Som sjuksköterskor kommer vi ha ett hälsofrämjande ansvar, vilket specificeras både i Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och i ICN:s etiska kod. Då ICN:s etiska kod vidare belyser att sjuksköterskan med samhället delar ansvar både för att initiera åtgärder och stödja det som i synnerlighet tillgodoser de svaga gruppernas hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) är detta ett område som är högst relevant.

Sjuksköterskan möter patienter med såväl somatiska som psykiska sjukdomar och en grupp med särskilt stort behov av förebyggande och hälsofrämjande insatser är personer med psykiskt funktionshinder. Vi har dock vid olika tillfällen under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) uppmärksammat hur sjuksköterskor som med vanligtvis god tilltro till sin kompetens i omvårdnaden av patienter med somatiska tillstånd, plötsligt i mötet med patienter som även diagnostiserats med psykisk funktionsnedsättning ger uttryck för en stor osäkerhet. Detta tror vi kan bero både på okunskap och rädsla för att göra fel och vi är bekymrade över hur detta kan tänkas påverka olika aspekter av omvårdnaden.

Eftersom vi särskilt ser fram emot den hälsofrämjande delen av sjuksköterskans roll vill vi därför undersöka vad en sjuksköterska bör känna till både inför rådgivning kring fysisk aktivitet och eventuell ordination av FaR ® (Fysisk aktivitet på recept) till patienter med psykiskt funktionshinder. Vidare hoppas vi att en sammanställning av studier som undersöker patienternas upplevelser i samband med fysisk aktivitet också kan bidra till en ökad förståelse för vilken skillnad den fysiska aktiviteten kan göra i en individs liv.

BAKGRUND

PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

Psykiskt funktionshinder är ett begrepp som hänvisar till de individuella konsekvenser som en psykisk störning medför. Nationell psykiatrisamordnings definition har följande lydelse:

“En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”

(Nationell psykiatrisamordning, 2006, s.6)

Begreppet psykisk störning innefattar alla tillstånd som diagnostiserats som psykiatriska. Vanliga diagnoser är psykossjukdom, personlighetsstörning och allvarigare affektiva syndrom. Viktiga livsområden är de som handlar om en persons basala liv i samhället, exempelvis boende, studier, arbete, sysselsättning, fritid, social gemenskap och relationer (Nationell psykiatrisamordning, 2006).

Den engelska termen för psykiskt funktionshinder är Serious Mental Illness (SMI). Begreppet definieras dock på en mängd olika sätt och kriterium för att inkluderas i gruppen varierar, både mellan olika länder och vid olika tidpunkter. Det saknas således konsensus för en enhetlig definition. En viktig fråga i sammanhanget har varit huruvida en klinisk diagnos bör vara ett kriterium (Arvidsson, 2009). Exempelvis innefattar SMI sjukdomar som schizofreni, bipolär sjukdom, depression och tvångssyndrom (Hodgson, McCulloch & Fox, 2011).

SOMATISK ÖVERSJUKLIGHET OCH ÖVERDÖDLIGHET

Psykiskt funktionshindrade är i jämförelse med övriga populationen i betydligt större utsträckning drabbade av somatiska sjukdomar och har en signifikant kortare förväntad livslängd. Överdödligheten beror dels på den förhöjda suicidrisken, men den vanligaste dödsorsaken är hjärt- och kärlsjukdom. Man räknar med att psykiskt funktionshindrade löper dubbelt så stor risk att utveckla undvikbara sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, fetma och metabolt syndrom. Likaså är i jämförelse med den övriga populationen både KOL och en del cancerformer vanligare. Några av de samverkande orsakerna till detta är läkemedelsbiverkningar, levnadsvanor och psykosociala svårigheter. Forskning visar också på ojämlikhet i tillgänglighet och kvalitet på erhållen sjukvård (Cunningham, Peters, & Mannix, 2013).

Läkemedelsbiverkningar

Vid medicinering med antipsykotiska läkemedel är viktuppgång mycket vanligt, vilket i förlängningen är en bidragande faktor till utveckling av fetma, metabolt syndrom, typ 2 diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Detta orsakas av många samverkande mekanismer, exempelvis ökad aptit och ökat födointag samt sederande effekter (Cunningham, Peters, & Mannix, 2013).

Levnadsvanor

Bland psykiskt funktionshindrade är riskfaktorer såsom rökning, brist på fysisk aktivitet och frisk luft, ökad användning av droger samt ohälsosamma matvanor i form av en enformig kost mycket vanliga (SOU 2006:100).

Psykosociala svårigheter

Den psykiska sjukdomen ger både sociala och ekonomiska konsekvenser och psykiskt funktionshindrade har väsentligt sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Ofta är det sociala nätverket mycket litet och många har utöver kontakt med stödjande personal få möjligheter till social interaktion. Stigmatisering och en svag förankring på arbetsmarknaden, samt för många stora svårigheter med att få tillgång till en meningsfull sysselsättning leder ofta till passivitet och inaktivitet (SOU 2006:100).

KRAV PÅ HÄLSOFRÄMJANDE SAMVERKAN

I slutbetänkandet av Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) belystes att, med anledning av denna somatiska översjuklighet hos psykiskt funktionshindrade, behöver både landsting och kommun förstärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Detta genom utvecklandet av ett högt prioriterat, strukturerat och varierat stöd som långsiktigt främjar en hälsosammare livsstil. Vidare framhölls att personer med psykiskt

funktionshinder ofta har långvariga behov av samtidiga insatser från flera olika aktörer, vilket de generellt har stora svårigheter med att själva samordna. Därför föreslogs att landsting och kommun skulle vara skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete kring denna grupps vård- och omsorgsbehov.

Detta förslag antogs och 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i både Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:435), vilka tydliggör att kommun och landsting ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. När en individ har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvården skall kommun och landsting tillsammans upprätta en individuell plan (Socialstyrelsen, 2010).

Enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:435) ska kommunens socialnämnd verka för att människor med funktionshinder får möjlighet till att delta i samhällets gemenskap och att leva som alla andra. Socialnämnden skall också medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och ett boende som är anpassat efter eventuellt behov av särskilt stöd.

Personer med funktionshinder har också rätt till särskilt stöd, vilket framkommer i Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). Den gäller för både landsting och kommunal verksamhet. Verksamheterna skall för de personer som omfattas av denna lag, med målet att den enskilde får möjlighet till att leva som alla andra, främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Enligt denna lag har personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder rätt till rådgivning och annat personligt stöd, vilket ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Detta ansvarar landstinget för. Vidare ansvarar kommunen för rätten till biträde av eller ekonomiskt stöd till personlig assistent, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, i anslutning till skoldagen samt under lov korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet, bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, samt daglig verksamhet för de personer i yrkesverksam ålder som inte utbildar sig och saknar förvärvsarbete. Med undantag av daglig verksamhet har också personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, vilka förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen, samt har ett omfattande behov av stöd eller service, också rätt till de ovanstående insatserna.

VANLIGA DIAGNOSER VID PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

Schizofreni

Schizofreni är en psykotisk störning som ger episoder av störd verklighetskontakt. Vanliga positiva symtom på schizofreni är vanföreställningar, hallucinationer och tankestörningar. Det finns underkategorier av schizofreni vilka skiljer sig åt bland annat genom att olika symtom är mer framträdande än andra. Till exempel med mycket kommenterande röster, känslan av att vara förföljd eller negativa symtom som

avflackning, planlös overkasmhet och passivitet. Schizofreni gör anspråk på stor del av psykiatrins resurser då det är den vanligaste psykotiska störningen, där knappt en procent av befolkningen löper risk att drabbas av sjukdomen. Bakom sjukdomen ligger ofta en kombination av olika faktorer av ärftlig eller förvärvad disposition och belastande omgivningsfaktorer. Även skador från missbruk av cannabis, alkohol och amfetamin kan ge tillstånd som liknar schizofreni (Ottosson & Ottosson, 2007).

Behandlingen vid schizofreni består delvis av farmakologisk behandling med antipsykotika, även kallat neuroleptika, och dels av terapi och rehabilitering. Terapi syftar dels till att observera den psykiska levnadsmiljöns betydelse för välmående och återfall, dels till att stödja patienten i att hantera symtom och förbättra den kognitiva förmågan. Rehabiliteringen stödjer den sociala förmågan och relationen till samhället. Vid plötsligt insjuknade och sjukhusvård kan praktiska problem uppstå, som räkningar och jobb som fallerat. Kroppsliga behov som kost och motion och munhälsa har under sjukdomsepisoder ofta negligerats och i kombination med att neuroleptika ofta har viktökning som biverkan är tillsyn till den fysiska hälsan en viktig del i vården (Ottosson & Ottosson, 2007). Förutom viktökning förekommer kroppsliga biverkningar, som rubbad menstruation och förändrad sexuell funktion, och neurologiska biverkningar, som akatysi och akut dystoni. Akatysi är en oförmåga att hålla sig stilla. Dystoni är en krampartad stelhet i muskler, i dessa fall främst i hals, nacke och ögon. Efter en längre tids behandling finns risk för tardiv dyskinesi, som är ofrivilliga extrarörelser, vanligtvis i ansikte som grimaserande, tungrörelser och tuggande (SBU, 1998).

Svår depression

Depression är ett affektivt syndrom som kännetecknas av sänkt stämningsläge, som för att räknas som en episod av depression varar längre än två veckor. Det sänkta stämningsläget, nedstämdheten, kan yttra sig som dysfori, apati, anhedoni och minskad energi. Man har en känsla av att allt man ska ta sig för är svårt, stor och tungt och att det krävs en ovanligt stor viljeanstängning att göra ens vanliga sysslor. Talet kan bli långsamt, fåordigt och associationsfattigt. Koncentrationsförmågan, minnet och förmågan att tänka som vanligt är nedsatt, vilket kan göra att man känner sig ointelligent. Självkänslan blir lägre och sociala hämningar överdrivna. Vid fördjupad depression kan man känna sig oduglig, onyttig och ältä händelser som ligger långt bak i tiden som man känner sig ansvarig för, med skuld känslor och självförebåelse. Självförebåelse vid djup depression som är ologisk och orimlig kan klassas som vanföreställningar. Även hörsel- och rösthallucinationer som är psykotiska kan förekomma. Vid djup depression kan livet upplevas som meningslöst, framtiden hopplös och möjligheten att bli bra igen obefintlig, döden ses som både ett straff och en befrielse. Sömnen och aptiten kan bli störd, med variationer för olika åldrar. Yngre tenderar att sova och äta mer, medan äldre tvärtom tenderar att vakna tidigare än normalt och ha sänkt aptit (Ottosson & Ottosson, 2007).

Underkategorier kan komma till uttryck på lite annorlunda sätt, så som att de depressiva episoderna med övervägande melankoliska drag, vilka främst kännetecknas av apati och anhedoni där det är svårt att ens för en stund höja stämningsläget med sådant som brukar uppskattas. Samtidigt ger även tragiska livshändelser svag känslomässigt reaktion. Vid melankolisk depression kan även motoriska hämningar, libidobortfall och oregelbunden menstruation förekomma. Depressiva ekvivalenter kan komma till uttryck

som fysiska smärtor, trötthet, andningsbesvär och stark sjukdomskänsla, eller som social fobi, agorafobi och tvångstankar med "tänk om"-scenarier (Ottosson & Ottosson, 2007).

Utlösandet av en depressiv episod orsakas ofta av en kombination av en negativ livshändelse och en underliggande sårbarhet, men sjukdomsepisoden kan även debutera utan period av överdriven belastning. Det är inte ovanligt att depressionens längd och styrka är oproportionerlig till livshändelsen och att symtomen inte heller upphör trots en förbättring i livssituationen, vilket visar på rollen dispositionen spelar. Ökad risk för depression och andra affektiva störningar är ofta ärftlig. Behandlingen av depression varierar lite beroende på hur svår depressionen är. Vid mild till måttlig depression kan psykoterapi vara tillräckligt för att häva depressionen, medan svårare depressioner kräver läkemedel eller electroconvulsive therapy (ECT) (Ottosson & Ottosson, 2007).

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom visar sig som alternerande depressiva skov och maniska eller hypomaniska skov. Ett maniskt skov är till stor del motsatsen till det depressiva, med förhöjd sinnesstämning, irritabilitet, rastlöshet, mindre hämningar, grandiositet, talträngdhet, mindre sömn, ökad libido, ansvarslöshet och konstant ändrande av planer och sysselsättning. För att räknas som ett maniskt skov ska symtomen vara i minst en vecka, medan ett hypomant skov har mildare symtom som bara behöver vara i fyra dagar för att räknas som ett skov. På många vis kan mani upplevas som positivt av patienten men den kan också leda till många handlingar som senare ångras och som påverkar patienten och eventuellt omgivningen för en lång tid framöver. Därtill finns ofta inslag av affektiv labilitet och dysfori i syntombilden (Ottosson & Ottosson, 2007).

I likhet med den unipolära depressionen beror bipolaritet ofta på en kombination av psykologiska och endogena faktorer, men vid bipolaritet är den genetiskt ärftliga faktorn extra stark. Behandlingen för mani brukar vara en kombination av litium, neuroleptikum och/eller epilepsimedicin. Efter och mellan eventuella tillkommande episoder används litium som profylax för att hindra fler såväl depressiva som maniska episoder (Ottosson & Ottosson, 2007).

Tvångssyndrom (OCD)

Tvångssyndrom kan även kallas obsessiva-kompulsiva syndrom (OCD, från engelskans obsessive-compulsive disorder). Prevalensen är lite högre än en procent, sjukdomsrisker två till tre procent. Tvångssyndrom inkluderar tvångstankar och tvångshandlingar, där handlingarna ofta är ett sätt att hantera, eller neutralisera, tankarna. Tankarna kan handla om att något väldigt hemskt händer om inte saker utförs enligt en viss ritual, eller att något som gjorts eller inte gjorts kan komma att leda till något fruktansvärt. Tankar som dessa kan skapa ältande av händelseförlopp, trots vetskap om att det är väldigt osannolikt att något blivit allvarligt fel. Tvångstankar och tvångshandlingar kan ha en grund i en sund försiktighet, med säkerhetsrutiner som att kolla spisen och ljus innan man lämnar hemmet. Det blir dock patologiskt när tankarna och handlingarna blir hämmande och att bryta rutinen skapar ångest. Även närstående kan dras in i problematiken genom att tvingas till exempel en gedigen tvättrutin om tvångstankarna kretsar kring renlighet (Ottosson & Ottosson, 2007).

I likhet med andra psykiska störningar beror ofta tvångssyndrom på en kombination av

arvs- och miljöfaktorer, men tvångssyndromet har en stark neuropsykisk prägel och kan förekomma vid patologiska processer i basala ganglierna. Strukturförändringar, funktionsstörningar och hjärnskador kan vara bidragande orsaker till att tvångssyndrom utvecklas. Vissa personlighetsdrag kan förstärkas, vid rätt omständigheter och rätt disposition, till tvångssyndrom. Det finns ett samband mellan störningar i serotoninssystemet i hjärnan och syndromet, varför behandling av tvångssyndrom ofta inkluderar antidepressiva läkemedel med serotoninprofil. Behandlingen består i övrigt av kognitiv beteende terapi och/eller dynamisk psykoterapi. Även om de flesta patienter inte blir helt symtomfria känner många lindring efter farmakologisk behandling, vilket i kombination med terapi är mer effektivt än vardera behandling ensamstående (Ottosson & Ottosson, 2007).

HÄLSA, VÄLBEFINNANDE OCH EMPOWERMENT

World Health Organization (WHO) definierar Health som

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 2006, s.1).

Översätts som: Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet.

Välbefinnande är ett begrepp som syftar på en upplevelse eller känsla av både det fysiska och psykiska allmäntillståndet, vilket är individuellt värderat. Välbefinnande handlar om att finna sig väl och är en helhetskänsla kopplad till hälsa, men inte uteslutande i bemärkelsen att vara sund eller frisk (Eriksson, 1993).

Empowerment är en term som används inom undervisning och terapi och vars syfte enligt Nationalencyklopedin (2014) är att *“stärka individens möjlighet att bli mer självständig, kunna formulera sina egna mål och ta makt över sitt eget liv.”*

SJUKSKÖTERSANS HÄLSOFRÄMJANDE ANSVAR

Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden: Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Vidare delar sjuksköterskan med samhället ansvaret för att både initiera åtgärder och stödja det som i synnerhet tillgodoser de svaga gruppernas hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Vikten av sjuksköterskans hälsofrämjande arbete betonas också i socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning som belyser att en legitimerad sjuksköterska ska ha förmåga att identifiera och förebygga hälsorisker samt vid behov kunna motivera till förändrade livsstilsfaktorer.

LIVSSTILSFAKTORER

De faktorer som oftast klassificeras som livsstilsfaktorer är kost, fysisk aktivitet, droger och riskfyllt beteende, vilka inte bara samverkar med varandra utan också med andra områden i individens vardag, såsom förhållningssätt gentemot arbete, ekonomi och konsumtion, familj och sociala relationer. Även individens upplevelse av stress kan påverka hälsan och ses som en övergripande faktor. Livsstil och beteende har stor inverkan på individens hälsa (Ringsberg, 2009). Exempelvis skulle sunda levnadsvanor i åtta av tio fall kunna förebygga utveckling av hjärt- och kärlsjukdom och likaså 30 procent av alla cancerfall. De fyra mest ohälsosamma levnadsvanorna är tobaksbruk,

riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2011).

FYSISK AKTIVITET

Tills nyligen har fysisk aktivitet varit en stor del av människans vardag. Det mesta våra förfäder företog sig om dagarna, exempelvis att anskaffa föda, värma upp bostaden och förflytta sig, krävde fysisk ansträngning. Nu råder helt andra villkor. Samhällsutvecklingen har medfört att människan inte längre behöver röra sig lika mycket och vår närmaste omgivning uppmuntrar snarare till stillasittande och inaktivitet. Men människokroppen, vars genetik fortfarande är likadan och formad för att klara av denna ansträngning, behöver för att fungera optimalt regelbunden fysisk aktivitet (Schäfer - Elinder & Faskunger, 2006).

Med stillasittande avses de aktiviteter som inte nämnvärt ökar energiförbrukningen. Exempelvis att vila, sitta framför tv eller dator, och passiv transport såsom att åka bil eller buss. Med fysisk aktivitet avses alla kroppsrörelser som sker till följd av skelettmuskulaturens sammandragning och resulterar i en ökad energiåtgång (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Den fysiska aktiviteten kan enligt Yrkesföreningar för fysiskt aktivitet (2013) exempelvis innefattas av

“[...] fritidsaktiviteter såsom friluftsliv, motion/fysisk träning, idrott och trädgårdsarbete, aktivitet i arbetet eller hemmet samt aktiv transport i vardagslivet i form av t.ex. promenader och cykling.” (a.a.,s.1)

Motion är ett samlingsnamn för strukturerade aktiviteter som syftar till att bevara eller förbättra exempelvis kondition, styrka, uthållighet, rörlighet, balans och koordination samt kroppssammansättning. Med fysisk träning avses sådan aktivitet som syftar till att öka prestationsförmåga i idrottssammanhang (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Hälsofrämjande fysisk aktivitet

Till hälsofrämjande fysisk aktivitet räknas alla former av fysisk aktivitet som inte utgör en risk eller leder till skada (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Den fysiska aktiviteten främjar en ökad eller bibehållen styrka, kondition och rörlighet (Schäfer - Elinder & Faskunger, 2006), reducerar risken att drabbas av ett flertal sjukdomar, exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, typ 2 diabetes, bröst- och tjocktarmscancer, benskörhet samt psykisk ohälsa i form av depression och demens och minskar därigenom risken för en förtida död (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2011). Det finns ett dos-responssamband som innebär att den hälsofrämjande effekten ökar vid tilltagande aktivitetsnivå. Betydande riskreducering och hälsovinster uppnås dock redan vid en moderat aktivitetsnivå. Vilket innebär att de personer som går från fysiskt inaktivitet till en ökad aktivitetsnivå gör de allra största hälsovinster (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Rekommendationer för vuxna

De svenska hälsofrämjande rekommendationerna för fysisk aktivitet är framtagna av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2011). För hälsofrämjande effekter rekommenderas sammanfattningsvis, vuxna till att varje vecka under måttlig intensitet vara fysiskt aktiva under minst 150 minuter, eller under hög intensitet, som minst i 75 minuter. Dessa måttliga och högintensiva aktiviteter kan även kombineras. Aktiviteterna bör

spridas ut över flera veckodagar samt som minst, vara 10 minuter långa. Vuxna rekommenderas också att under ett minimum av två tillfällen i veckan utföra muskelstärkande aktivitet samt att undvika långvarigt stillasittande. Äldre bör även utföra balansträning. De som på grund av ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning inte kan nå upp till ovanstående rekommendationer, bör vara så aktiva som tillståndet medger. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2011) belyser också att fysisk aktivitet utöver den rekommenderade mängden kan ge ytterligare hälsovinster (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2011).

Otillräcklig aktivitet

Otillräcklig aktivitet definieras av Socialstyrelsen, (2011) som en fysisk aktivitetsnivå understigande ovanstående rekommendationer av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2011). Denna levnadsvana utgör en av de största riskfaktorerna för en förtida död, sjukdom och minskad livskvalitet (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Enligt nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården vid otillräcklig aktivitet hos vuxna, erbjuda rådgivande samtal och antingen ge recept på fysisk aktivitet, stegräknare eller erbjuda särskild uppföljning. Då otillräcklig fysisk aktivitet är mer riskfullt för personer med en rad olika sjukdomstillstånd, de flesta somatiska men också psykiska tillstånd såsom depression och schizofreni, är det enligt Socialstyrelsen (2011) av särskild vikt att dessa personer erbjuds stöd. Socialstyrelsen har dock inte formulerat några rekommendationer specifikt för dessa grupper, med hänvisning till bristande vetenskapligt underlag (Socialstyrelsen, 2011).

FaR® - FYSISK AKTIVITET PÅ RECEPT

FaR® är en evidensbaserad metod för att i hälsofrämjande syfte öka patientens fysiska aktivitetsnivå. Patienten får ett recept på en fysisk aktivitet, vilket bygger på patientens egna förutsättningar och önskemål. En anamnes tas och patienten tillfrågas om tidigare erfarenheter samt vad som känns roligt att prova på. Ordinationen anpassas efter patientens aktuella behov och hälsostatus. Viktiga pusselbitar är patientens olika besvär, diagnoser och eventuella riskfaktorer (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Som stöd vid ordination finns boken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling). I denna sammanfattas evidens för hur fysisk aktivitet vid 33 olika sjukdomar, kan användas i både förebyggande och behandlande syfte. För de somatiska sjukdomarna ges inte bara sjukdomsspecifika råd, information om risker och särskilda beaktanden utan också olika förslag på passande val av aktiviteter. Det finns också avsnitt som behandlar fysisk aktivitet vid psykiska tillstånd och sjukdomar såsom stress, ångest, depression och schizofreni. Men i dessa ges inte lika detaljerad information om olika faktorer att ta i beaktande och inte heller är förslagen på ordination lika utförliga (Statens folkhälsoinstitut, & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2008).

Den ordinerade aktiviteten kan antingen vara organiserad av en aktivitetsarrangör eller bestå av något som patienten gör på egen hand. Olika aktiviteter kan också kombineras. På receptet bör intensitet, duration och frekvens specificeras. Ordinationen måste precis som vid andra behandlingar följas upp, både hälsoutfall och patientens upplevelse av den fysiska aktiviteten är aktuella. FaR® får förskrivas av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är insatt i patientens aktuella hälsostatus, kan föra ett personcentrerat samtal och innehar kunskaper om hur fysisk aktivitet kan användas både

i förebyggande och behandlade syfte. Förskrivaren måste också kunna metod och känna till lokala rutiner. Riktlinjer, policyer och flödesscheman finns i de flesta regioner. Föreskrivning av FaR® är vanligast inom primärvården, men ökar även i omfattning från specialistvårdens håll. Dock saknar ofta den kommunala hälso- och sjukvården former för arbete med FaR®. Ordinationen är skriftlig, vilket har visat sig ge ett flertal fördelar. En av dessa är att detta signalerar för både vårdgivare och patient att den fysiska aktiviteten är att jämställa med annan behandling. Ordinationen kan också användas som ett intyg till exempelvis arbetsgivare och socialtjänst (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

PROBLEMFORMULERING

Bland patienter med psykiska funktionshinder finns en somatisk översjuklighet som ofta hör samman med en inaktiv livsstil. Fast den somatiska översjukligheten inte uteslutande beror på att individernas fysiska aktivitetsnivå understiger den rekommenderade nivån, finns hög evidens för att fysisk aktivitet minskar risken för dödlighet i de för gruppen så vanliga hjärt-och kärlsjukdomarna, samt belägg för att fysisk aktivitet kan stärka den mentala hälsan. Som sjuksköterskor kommer vi att ha ett hälsofrämjande ansvar, men i dagsläget besitter vi en begränsad kunskap om vilka faktorer som behöver tas hänsyn till vid ordination av fysisk aktivitet till patienter med psykiska funktionshinder.

SYFTE

Undersöka hur personer med psykiskt funktionshinder (SMI) upplever fysisk aktivitet för att i samband med utskrivning av FaR® kunna ge väl underbyggda rekommendationer.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur upplever de deltagande att träningen påverkar det psykosociala välbefinnandet?
- Vilka faktorer upplevs underlätta eller hindra genomförandet av träning?
- Vilka preferenser finns det för form av träning?

METOD

En litteraturöversikt av den senaste forskningen kring området. Denna finns enligt Friberg (2012) att tillgå i vetenskapliga artiklar, och denna litteraturstudie baseras således på vetenskapliga artiklar publicerade de senaste tio åren.

LITTERATURSÖKNING OCH DATAINSAMLING

Då analys av kvalitativ data är en lämplig metod när individens upplevelser är i fokus (Friberg 2012) riktades den inledande sökningen främst mot kvalitativa studier. Dock upptäcktes även kvantitativa artiklar som svarade mot syftet. Således inkluderades både kvalitativa och kvantitativa artiklar i den egentliga sökningen.

Sökorden, vilka baserades på nyckelord i syfte och frågeställningar, var fysisk aktivitet, psykiskt funktionshinder, välbefinnande och hinder. Därtill användes även ordet psykisk sjukdom. För att översätta termerna till engelska användes MeSH, vilket resulterade i

orden Exercise, Exercise therapy, Mentally ill, samt Mental disorders. Orden psykiskt funktionshinder, välbefinnande samt hinder saknades i MeSH, men översattes till serious mental illness, well-being samt barriers. Sökorden kombinerades i olika variationer och för att inte begränsas av ordens böjningsform användes trunkering, vilket innebär att ordet förkortas till endast stammen och istället avslutas med ett trunkeringstecken (Friberg, 2012).

Den egentliga sökningen inleddes i databasen PsycINFO som ger tillgång till material från en mängd olika discipliner relaterade till psykologi (PsycINFO, 2014) och MeSH-termernas kompatibilitet kontrollerades i databasens thesaurus. Vidare utforskades artikelutbudet i Cinahl, Scopus samt Pubmed. Inklusionskriterier: artiklar publicerade 2004 eller senare, skrivna på Engelska eller Svenska, endast vuxna deltagare (+18 år), peer reviewed (kollegial granskning) samt via Göteborgs bibliotek omedelbart tillgängliga i fulltext. Artiklar i vilka alla deltagare är äldre (65+ år) samt artiklar där interventionens effekt endast undersökts genom mätning av fysiska parametrar exkluderades. Se bilaga I.

URVAL

Vid de sökningar som resulterade i färre än 300 träffar lästes samtliga titlar. I de fall som titeln ansågs ha relevans för syftet lästes abstrakt, och stämde detta överens med syftet lästes hela artikeln. Detta resulterade i 31 stycken relevanta artiklar. Resultatet smalnades av genom att exkludera artiklar baserade på pilotstudier, artiklar där informanterna enbart utgjordes av personal, artiklar vars huvudfokus låg på att undersöka demografiska skillnader samt artiklar i vilka det förelåg svårigheter att urskilja om resultatet berodde på kost eller träning. Efter detta kvarstod tio kvalitativa samt sex kvantitativa artiklar, totalt 16 artiklar. Se bilaga II.

KVALITETSGRANSKNING

Enligt Friberg (2012) skall det ställas krav på de texter som analyseras vid forskning. För att förvissa oss om att de 16 inkluderade artiklarna håller en god standard granskades dessa efter ett protokoll baserat på Fribergs (2012) exempel på frågor vid granskning. Granskningsprotokollet består av 14 kriterier och ett poäng gavs för varje uppfyllt kriterium. Artiklarna i denna studie har som minst 13 poäng och är därför av genomgående hög kvalitet. Se bilaga III.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Samtliga studier inkluderade någon form av etiskt övervägande, med godkännande från lokala etiska råd och/eller skriftliga medgivanden från de deltagande.

ANALYS

Artiklarna analyserades efter Fribergs (2012) fem steg. För att få en övergripande förståelse för innehållet lästes samtliga artiklar igenom. Därefter identifierades subteman, vilka efter syftets frågeställningar sorterades i olika kategorier och sammanfördes till nya teman. För att kontrollera att de olika delarna inte tagits ur sitt sammanhang prövades resultat mot samtliga av de valda artiklarna.

RESULTAT

Resultatet presenteras som fyra rubriker med tolv underrubriker där rubrikerna är upplagda efter de tre frågeställningarna. Tabellen ger en översikt av rubriker och underrubriker.

Psykosocialt välbefinnande	Sociala vinster Omedelbara effekter Symtomlindring Stärkt självkänsla och självförtroende Empowerment
Preferenser	
Hindrande faktorer	Psykosociala hinder Praktiska hinder
Underlättande faktorer	Hälsovägledning Personalens stöd Gruppens stöd Praktiskt stöd

PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE

Den kvantitativa forskningen visar att deltagarna, i träningsprogram med särskild utformning för psykiskt funktionsnedsatta, upplevde en signifikant förbättring av den psykiska hälsan (Acil et al., 2008; Pelletier, Nguyen, Bradley, Johnsen & McKay, 2005). Deltagarna upplevde också en signifikant ökad känsla av empowerment och en signifikant förbättrad generell hälsa (Skrinar, Huxley, Hutchinson, Menninger & Glew, 2005).

Sociala vinster

Träningsstillfällena gav informanterna en god anledning till att komma ut ur sina bostäder (Carless & Douglas, 2008a, 2008b). Träningsstillfällena gav också möjlighet till social interaktion (Carless, 2007; Carless et al., 2008a; Hodgson, McCulloch & Fox, 2011) och till att forma nya relationer (Hodgson et al., 2011). För många var det just denna möjlighet till att umgås med andra, som var den främsta motivationen till att delta (Carless et al., 2008a).

Omedelbara effekter

Flera informanter upplevde omedelbara positiva effekter på välmåendet. Träningen hade en distraherande effekt och flera informanter beskrev hur tankarna under träningen var fokuserade på enbart den och inte på det negativa som ofta annars upptog mycket av deras tid (Carless, 2007; Carless et al., 2007, 2008b; McDevitt, Snyder, Miller & Wilbur, 2006). En del upplevde en ökad koncentrationsförmåga, (Carless, 2007; Carless

et al., 2008b) andra beskrev träningens omedelbart upplyftande (Carless, 2007; Hodgson et al., 2011) och energigivande effekter (Carless, 2007; Carless et al., 2008a).

Symtomlindring

Många informanter upplevde att träningen gav symtomlindring. Den fysiska aktiviteten ledde till en minskad upplevelse av stress och förbättrad sömn (McDevitt et al., 2006) samt minskad ångest och nedstämdhet (Hodgson et al., 2011). Deltagare upplevde också en förbättring av depressiva symtom (Blumenthal, Babyak, Doraiswamy, Watkins, Hoffman, Barbour, & Sherwood, 2007; Hoffman, Babyak, Craighead, Sherwood, Doraiswamy, Coons, & Blumenthal, 2011; Wright, Armstrong, Taylor & Dean, 2012) samt färre hallucinationer (Acil et al., 2008; Carless et al., 2008b). Den fysiska aktiviteten gav även en signifikant minskning av positiva symptom såsom vanföreställningar och hallucinationer samt en signifikant minskning av negativa symptom, såsom emotionell avflackning, apati, och anhedoni. Deltagarna uppvisade också en signifikant ökad interpersonell kompetens samt minskad somatisering, ångest och fientlighet (Acil et al., 2008). Blumenthal et al. (2007) fann att för deltagare diagnostiserade med svår depression, hade fysisk aktivitet såpass stor inverkan på remission att den var jämförbar med effekten av medicinering med SSRI (selektiva serotonin återupptagshämmare). Uppföljningsstudien (Hoffman et al., 2011) visade på en fortsatt ökning av antalet informanter i remission. En del av informanterna diagnostiserade med bipolär sjukdom, upplevde att träning kunde både förlänga perioderna med normalt stämningsläge och förkorta framförallt de hypomana episoderna men också de depressiva (Wright et al., 2012). Informanter har också uttryckt att träning ger möjlighet till att motverka läkemedelsbiverkningar (Hodgson et al., 2011).

Stärkt självkänsla och självbild

Träningen påverkade både självkänsla och självbild. Många informanter berättade att deltagandet i ett träningsprogram upplevdes ge personlig utveckling (Hodgson et al., 2011). Informanter som deltog i olika former av sport uttryckte tillfredsställelse över att lära sig nya färdigheter, utveckla dessa och nå framgång (Carless et al., 2008a, 2008b). Flera informanter uttryckte förvåning och glädje över att överträffa sina förväntningar på den egna skickligheten. En informant beskrev sig själv som en seriös golfspelare och Carless et al. (2008a) belyser att detta innebär att informanten integrerat detta som en del av identiteten och i sin självbild.

Empowerment

Många informanter beskrev ett samband mellan den fysiska och mentala förbättringen (Shiner, Whitley, Van Citters, Pratt & Bartels, 2008). Den fysiska förbättringen medförde normalisering och självständighet. Exempelvis beskrev en informant hur han återfått förmågan att nyttja kommunala transportmedel (Fogarty & Happell, 2005). En annan orkade ta upp trädgårdsarbetet (Carless, 2007; Carless et al., 2008b) och en informant beskrev hur den medförda viktminskningen hade möjliggjort ett återupptagande av tävlandet i halvmaraton (Carless, 2007).

En informant uttryckte att träningen innebar att han på egen hand kunde göra något för att öka sitt välmående och inte längre var beroende av att andra för sin behandling och välbefinnande (Carless, 2007). Andra informanter upplevde att de tack vare träningstillfällena hade ökat sin beslutsfattningsförmåga (Fogarty et al., 2005; Hodgson

et al., 2011; Skinar et al., 2005), vilket hade generaliserats till andra områden (Fogarty et al., 2005; Hodgson et al., 2011) och en informant som beskrev hur även de enklaste besluten hade oroat honom i dagar innan, upplevde numera att detta inte längre var fallet (Hodgson et al., 2011). En informant uppgav planer på att återuppta spelandet av hockey och en annan informant övervägde, förutom att självständigt fortsätta med sin gymträning även att lite längre fram, återuppta sina studier eller börja ett arbete (Fogarty et al., 2005).

PREFERENSER

Att träningsaktiviteten anpassades till individuella behov och kapacitet upplevde många informanter mycket positivt (Fogarty et al., 2005) och andra uttryckte att det var nödvändigt (Wright et al., 2012). Medan vissa informanter föredrog att promenera i sin egen takt uppskattade andra möjligheten att delta i mer tävlingsinriktade aktiviteter (Hodgson et al., 2011; Ussher, Stanbury, Cheeseman & Faulkner, 2007). Informanter har också uttryckt att en gradvis ökning av aktivitetsnivån underlättar för individen att gå utanför sin bekvämlighetszon (Fogarty et al., 2005) och för vissa var möjligheten till progression avgörande för ett fortsatt deltagande (Hodgson et al., 2011). En studie visar på att promenader var den klart föredragna träningsformen. I valet mellan promenad och andra alternativ såsom cykling, dans, trädgårdsarbete och individuella eller lagsporter föredrog majoriteten av deltagarna att promenera. De flesta tränade helst i hemmet. Dock höll endast något under hälften av deltagarna med om att de skulle träna mer hemma än på en anläggning (Ussher et al., 2007). Ett flertal informanter diagnostiserade med bipolär sjukdom föredrog motionsformer som hade repetitiv rytmik, såsom jogging, promenader, cykling och simning, framför exempelvis lagsporter. Informanterna framhöll också vikten av att i valet av motionsform, ta hänsyn till stämningsläget och belyste vikten av att under den maniska episoden uppmärksamma både risken till överträning och den potentiellt förvärrande effekten som tävlingsinriktade träningsformer kan tänkas ha på mani (Wright et al., 2012).

“If you are a bit manic then you need to do calming down stuff, and if you are down you need to do winding up stuff really. You've got to do the opposite of the way you feel”
(Wright et al., 2012, s. 638).

HINDRANDE FAKTORER

Psykosociala hinder

Litteraturen indikerar att det största hindret för träning är den komplexa kombinationen av symtom och läkemedelsbiverkningar. Informanter som deltog i ett individbaserat träningsprogram beskrev att de största hindren för deltagande vid träningstillfällena var schizofrenisjukdomens inverkan på motivation och förmåga till att hantera situationen (Hodgson et al., 2011). Informanter upplevde också bristen på struktur och svårigheter i att planera tiden som försvårande faktorer (Johnstone, Nicol, Donaghy & Lawrie, 2009). I en studie av Ussher et al. (2007) uppges de fyra vanligast upplevda hindren för träning vara trötthet, sjukdom, dåligt väder och att träningen tar för mycket tid. Mer än hälften av deltagarna kände ingen eller liten tilltro till sin förmåga att träna när de kände sig stressade eller ledsna. Flera informanter beskrev en ökad medvetenhet om sina hjärtslag och rädsla för att i samband med fysisk ansträngning drabbas av hjärtinfarkt (Johnstone

et al., 2009). Många deltagare upplevde medicinernas sederande effekt (Glover, Ferron & Whitley, 2013; Hodgson et al., 2011; Johnstone et al., 2009; McDevitt, Snyder, Miller & Wilbur, 2006) och biverkningen viktuppgång (Glover et al., 2013; Johnstone et al., 2009; McDevitt et al., 2006) som mycket stora hinder. Tillsammans med ökad svettning hade denna viktuppgång en mycket negativ påverkan på självförtroendet. Självmedvetenheten över detta och andra biverkningar som tremor och tardiv dyskinisi var mycket hög. En informant beskrev hur tidigare negativa upplevelser av träning, såsom kritik under skolgång hade format en negativ självbild i sammanhanget (Johnstone et al., 2009). Det fanns också en rädsla för att identifieras som en person med psykisk sjukdom (Johnstone et al., 2009; McDevitt et al., 2006) och den sociala ångesten, med panikattacker och socialt undvikande utgjorde ett stort hinder för att delta i gruppaktivitet och vistelse på folkfyllda platser. För en del deltagare var symtom som paranoia och hörselhallucinationer bidragande faktorer till denna sociala ångest (Johnstone et al., 2009).

'I think the illness kind of makes it sometimes more difficult to attend, not so much that but sometimes the actual drug treatments that you have that make you very tired, and, makes it sometimes a struggle to actually get out of bed and do something'

(Hodgson et al., 2011, s. 26)

Praktiska hinder

Två vanligt förekommande hinder utgörs av ekonomiska begränsningar och svårigheter med transport. En av de vanligaste orsakerna till att deltagare hoppade av träningsinterventionerna var svårigheter med att ta sig till aktiviteten (Blumenthal et al., 2007; Skrinar et al., 2005). Den kommunala transporten uppgavs dels vara kostsam och en del informanter klarade inte av att åka ensamma (Hodgson et al., 2011). Flera informanter var bosatta i områden som hade många låginkomsttagare och hög kriminalitet, vilket gjorde att de kände sig sårbara och otrygga vid utomhusvistelse (McDevitt et al., 2006). Många informanter som gärna hade gått promenader, valde på grund av dessa otrygghetskänslor i grannskapet att avstå (Glover et al., 2013; Shiner et al., 2008).

UNDERLÄTTANDE FAKTORER

Hälsovägledning

Flera informanter beskrev hur valet till att börja träna hade föregåtts av samtal med hälso- och sjukvårdspersonal som uppmärksammat dem på hur en ökad fysisk aktivitet kunde förbättra deras hälsa (Carless, 2007; Shiner et al., 2008) och detta uppger också informanterna som en möjlig motivationsfaktor (McDevitt et al., 2006). Mer än hälften av de 120 tillfrågade deltagarna i Ussher et al. (2007) studie uppgav att de skulle öka mängden fysisk aktivitet om läkaren rekommenderade detta.

Personalens stöd

Litteraturen visar på att de allra flesta behövde ha personal att kunna vända sig till. Stödbehovets omfattning och form, varierade både över tid och från person till person (Carless, 2007; Hodgson et al., 2011; Shiner et al., 2008; Wright et al., 2012). En del av träningsdeltagarna behövde ett intensivt och långvarigt stöd, då personalen initialt både

tog hand om all organisering runt omkring och under träningstillfället gav mycket uppmuntran och försäkring (Carless, 2007; Hodgson et al., 2011). För andra räckte vetskapen om att en mentor fanns att tillgå i närheten (Shiner et al., 2008). I en studie av Ussher et al (2007) visade sig mer än hälften av deltagarna uppleva att stöd från en instruktör skulle leda till en ökad aktivitetsnivå. Många informanter lade stor vikt vid personalens interpersonella egenskaper (Hodgson et al., 2011; McDevitt et al., 2006; Shiner et al., 2008) och dennes förmåga till att hantera de olika hinder som den psykiska sjukdomen medförde. Det var mycket viktigt för informanterna att personalen visade tilltro till deras förmåga (McDevitt et al., 2006).

Gruppens stöd

Stöd och uppmuntran från de andra gruppdeltagarna var betydelsefullt (Fogarty et al., 2005; Hodgson et al., 2011) och lagandan verkade motiverande (Pelletier et al., 2005). En del informanter uttryckte att det faktum att meddeltagarna också hade liknade psykiska funktionshinder underlättade interaktionen (Johnstone et al., 2009).

Praktiskt stöd

Flera informanter framhöll vikten av att platsen för träning inte låg för långt hemifrån och att ett finansiellt stöd för träningskostnader var värdefullt (Shiner et al., 2008). Flera informanter fick hjälp med transport till och från träningsaktiviteten och en del uppgav att detta var essentiellt (Hodgson et al., 2011). En del deltagare behövde också påminnas de dagar då träningen var schemalagd (Carless, 2007).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vid sökandet och urval av artiklar har fokus lagts på att finna de funktionshindrades egna upplevelser, snarare än forskare eller vårdpersonals beskrivning och observation. Det hade kunnat vara av intresse att reflektera över hur inkluderande av vårdpersonalens perspektiv hade påverkat resultatet. Artiklarna inkluderar både kvantitativa och kvalitativa studier, ett val som syftar till att eftersträva diversitet. De kvantitativa artiklarna gav generaliserbara resultat som visade på hur fysisk träning kan förbättrade livskvaliteten för funktionshindrade. Den kvalitativa datan bidrog till en djupare beskrivning av själva upplevelserna samt ökad förståelse för de olika orsakssamband som kan tänkas ligga bakom de kvantitativa studiernas resultat (Friberg, 2012). En begränsning med att använda den kvantitativa metoden till att mäta upplevelser är att resultatet ofta begränsas av valet av frågor och hur dessa vinklas och formuleras, vilket i stor utsträckning påverkar vad man får för form av svar. Vid valet av artiklar och värdering av resultatet har dessa aspekter i möjlig mån beaktats.

För att kunna ge vårdrekommendationer, vilket är en del av syftet, är det relevant att använda aktuell och uppdaterad forskning. Därför begränsades artikelsökningarna till artiklar publicerade de senaste tio åren. En eventuell risk med denna begränsning är givetvis att relevanta artiklar som kunnat svara mot syftet kan ha exkluderats, men förhoppningsvis kompenseras faktumet att de inkluderade artiklarnas bakgrund och syfte ofta baseras på tidigare studier för den eventuella påverkan detta skulle kunna ha på vårt resultat. I en strävan att basera resultatet på en homogen grupp användes vid litteratursökningen en åldersbegränsning, vilken innebar en exkludering av artiklar med

deltagare under 18 år. Därtill valdes också artiklar som uttalat undersökte äldres upplevelser aktivt bort.

Att en del sökord inte kunde översättas i MeSH kan ha resulterat i ett begränsat sökresultat och i förlängningen till att relevanta artiklar kan ha missats. Dock resulterade valet av att endast kombinera två eller tre sökord samtidigt i ett brett sökresultat och i de fall sökningen gav upp till 300 träffar lästes samtliga titlar. Detta är något vi tror kan ha förebyggt risken för att relevanta artiklar exkluderats på grund av smala kriterier. Att de flesta av artiklar återkommer vid flera av de olika sökordskombinationerna uppfattas som en indikation på relevanta sökord som täcker området bra.

Som tidigare konstaterats, har kriterierna för psykiskt funktionshinder och SMI varierat över både tid och rum, vilket även har framkommit i de inkluderade artiklarna. Det råder en viss begreppsförvirring och att SMI inte används utefter någon genomgående definition kan delvis ha inneburit att vi kan ha missat artiklar som kunde bidragit med ytterligare svar på våra frågeställningar, och kan i och med att informanturvalet inte uteslutande svarar mot den definition vi föreställde oss när vi formulerade syftet delvis resulterat i att de inkluderade artiklarna har en större vidd på deltagarna än vi egentligen önskat. Kan hända ligger ett av problemen i att vad som är "en väsentlig svårighet" i definitionen "*En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden (---)*" (Nationell psykiatrisamordning, 2006, s.6) kan uppfattas som relativt. Det samma gäller den engelska termen "serious".

Litteraturstudiens syfte är brett och artiklar med ett likadant syfte och frågeställningar har inte funnits att tillgå men tack vare ett brett artikelurval har både syfte och samtliga frågeställningar kunnat besvaras. Om artiklarna inte uteslutande uppmärksammat deltagarnas upplevelser och psykiska mående, utan även mätt förändringar av fysiska parametrar, har endast de delar som behandlar upplevelser använts i resultatet. Detta med antagandet om att en påverkan på fysiska parametrar som inte direkt kan relateras till vare sig den psykiska sjukdomen eller läkemedelsbiverkan, borde vara likvärdig för både personer med som personer utan psykiskt funktionshinder och att detta därför inte var relevant för vårt syfte och frågeställningar. Om de artiklar som inkluderade en fysisk aspekt hade exkluderats skulle detta inneburit ett för litet utbud av artiklar och ett tunnare resultat, varför det hade varit en förlust att inte inkludera dem. Några av de inkluderade artiklarna har samma författare och verkar i de olika studierna vid några tillfällen intervjuat samma informanter. Detta innebär att delar av resultatet kan framstå som mer underbyggt än det egentligen är. Dock antas den förhållandevis stora mängden artiklar som resultatet är baserat på att kompensera för detta. Varje studie i sig bidrar med viktig kunskap, men det sammanställda resultatet ger ett större kunskapsvärde (Friberg, 2012).

Vi har valt att låta bli att analysera kultur- eller genusperspektiven i artiklarna, och har därmed varken någon uppfattning om hur artiklarnas, och i förlängningen vårt, resultat har påverkats av dessa perspektiv. Det är därmed även svårt att ha en uppfattning om vilken hänsyn som behöver tas till detta vid en eventuell implementering.

Artiklarna och studierna är skapade i ett flertal och sammanhang och kan sannolikt förväntas spegla en varierad population, om än begränsad till vad som antagligen räknas som höginkomstländer. Detta på grund av att modern vård och forskning nästan är en förutsättning för vårt ämne, fysisk aktivitet som en del av vården. Att artiklarna inte hade ursprung från länder med andra förutsättningar kan ses som en begränsning, då resultatet inte med säkerhet kan sägas spegla förhållanden i låginkomstländer. Det är för vårt syfte relaterat till FaR® också ofördelaktigt att inkluderade artiklar inte specifikt är baserade på studier som undersökt FaR®-liknande koncept.

Kvalitetsgranskningen är gjord efter en modifierad variant av Fribergs (2012) mall, se bilaga III. Granskningen inkluderar ett kriterium om att ett etiskt resonemang skall föras i artiklarna, och samtliga av artiklarna som resultatet är baserat på uppfyller detta kriterium. Detta bedömdes som viktigt för att det dels finns en somatisk översjuklighet, och därmed risk för att någon i samband med ett träningsprogram skulle kunna komma till skada, och dels att det finns en utbredd social utsatthet som är viktig att ta i beaktande vid genomförandet av studier på området. Samtliga av de inkluderade artiklarna är "Peer-reviewed" (kollegial granskning), som syftar till att försäkra att artikeln håller en god standard (Friberg, 2012), vilket i förlängningen också påverkar denna litteraturstudies tillförlitlighet.

RESULTATDISKUSSION

Både fysisk och psykisk sjukdom medför ökad risk för en avsevärt minskad livskvalité och ett socialt utanförskap. Precis som psykisk sjukdom kan vara ett hinder för återhämtning från somatisk sjukdom kan en somatisk sjukdom utgöra ett hinder för återhämtning från psykisk ohälsa. Som sjuksköterskor har vi, enligt ICN:s etiska kod, ansvar för att arbeta hälsofrämjande och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). I detta arbete kan sjuksköterskan ta vara på möjligheten till att skriva FaR vilket är en åtgärd vars hälsofrämjande verkan det finns god evidens för (Nilsson, 2010). Då psykisk ohälsa är en riskfaktor för många aspekter av hälsan är det väldigt glädjande att kunna konstatera att det finns både effektiva och tillsynes lättillgängliga redskap för att främja hälsan hos personer med psykiskt funktionshinder som riskfaktor.

Resultatet visar att träning förbättrar hälsa och välbefinnande på många olika sätt. Träningen hade i många fall en symtomlindrande effekt, vilket kan lindra lidandet för drabbade personer. Resultatet visar även på att under rätt omständigheter kan fysisk aktivitet ge sociala vinster, bidra till en förändrad själv- och identitetsbild, samt ökat empowerment. Att ha ett verktyg där man själv kan påverka sitt sociala och mentala välbefinnande och sina symtom är fantastiskt, och att som sjuksköterska kunna stötta och råda patienten i detta är både ett sätt att kunna förebygga uppkomsten av somatisk ohälsa och främja återställandet av hälsa.

Ett FaR® skall vara anpassat efter patientens egna förutsättningar (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Inte helt oväntat visar vårt resultat hur personer med psykiskt funktionshinder är långt ifrån en unison patientgrupp och de olika preferenserna och behovet av stöd varierar mellan både patientgrupper och individer. Resultatet visar också på vikten av individanpassning då det tydligt framkom att detta ökar sannolikheten för genomförande av träningen (Fogarty et al., 2005; Wright et al., 2012). I en nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet bedöms andelen patienter som följer sitt FaR sannolikt vara 50-65%, ungefär lika stor som den andel patienter

som är följsamma till andra långtidsbehandlingar (Nilsson, 2010). Detta beskriver dock följsamheten hos befolkningen i stort, och är nog inte representativt för personer med psykiskt funktionshinder. Men kanske kan Crone, Johnston, Gidlow, Henley & James (2008) studie som visade att de personer som ordinerats fysisk aktivitet på recept för att öka det psykiska välbefinnandet hade signifikant lägre genomförandefrekvens än de som ordinerats fysisk aktivitet av somatiska skäl, ge en fingervisning om hur det förhåller sig. Crone et al (2008) drog slutsatsen att befintliga rutiner för förskrivning och utbud av aktiviteter verkade passa sämre för personer med psykisk sjukdom.

I Sverige, uppskattar Nilsson (2010) att 70 procent av vård/hälsocentralerna använder boken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) som ordinationsunderlag vid receptförskrivningar av fysisk aktivitet (Nilsson 2010). I denna sammanfattas evidens för hur fysisk aktivitet kan användas i både förebyggande och behandlande syfte. I den senaste forskningen om fysisk aktivitet på recept är det främst effekten på de fysiska parametrarna som undersöks (James, Johnston, Crone, Sidford, Gidlow, Morris & Foster, 2008). Detta upplever vi återspeglas i FYSS (Statens folkhälsoinstitut, 2011), vars evidensbaserade rekommendationer vid olika former av somatisk sjukdom är mycket utförligare än de som ges för olika psykiska tillstånd. Exempelvis framgår de många fördelar som fysisk aktivitet kan ge vid schizofreni, men det ges ingen specifik rekommendation om vilken form av träning, duration, intensitet eller frekvens som passar bäst. Vad gäller bipolär diagnos finns ingen information alls. Det finns viss information om och rekommendationer vid olika ångestsyndrom, men inte mycket om vad som är specifikt för tvångssyndrom. Så i väntan på att det framkommer starkare evidens på området, vilket är en förutsättning för en utökad information i FYSS bör det vid konstruktion av ett individanpassat FaR® vara till stor hjälp att åtminstone ha kunskap om de svårigheter och hinder som andra med liknande förutsättningar har upplevt. De möjliga psykosociala och symtomlindrande vinsterna som framkommer i resultatet under rubriken psykosocialt välbefinnande är för vårdpersonal viktig kunskap då belysandet av hur fysisk aktivitet kan tänkas främja så mycket mer än fysisk hälsa är något som kan tänkas ha en motivationsökande effekt hos både patient och närstående. Kunskapen om vikten av olika former av stöd, vilket framkommer i resultatet under rubriken underlättande faktorer är också en viktig lärdom som behöver beaktas av vårdpersonal.

Ett FaR® ska inkludera beskrivning av intensitet, varaktighet och frekvens på den föreskrivna träningen (Statens folkhälsoinstitut, 2011), vilket är svårt att värdera utifrån enbart en psykisk diagnos och snarare behöver baseras på en fysisk bedömning kombinerat med patientens mentala kapacitet. Egentligen är det samma princip som vid föreskrivning av recept till patienter utan psykiska funktionshinder; det behövs såsom det framkommer av resultatet under rubriken preferenser, göras en individanpassad bedömning. Resultatet visar också att det vid bipolär diagnos är av yttersta vikt att inte enbart ta hänsyn till individuella preferenser, utan även ta i beaktning att stämningsläget kan fluktuera. Träningsform och intensitet behöver anpassas för att inte riskera att förvärra ett maniskt eller hypomaniskt skov, eller vid ett ohälsosamt stort engagemang i aktiviteten resultera i överträning (Wright et al., 2012).

Även om preferenserna för träningsform är lika skilda som man skulle kunna förvänta sig i andra grupper, visar resultatet tydligt att personer med psykiskt funktionshinder är i behov att extra mycket stöd. Det stöd som behövs är av såväl social, praktisk som

organisatorisk karaktär (Carless, 2007; Hodgson et al., 2011; McDevitt et al., 2006; Shiner et al., 2008; Ussher et al., 2007; Wright et al., 2012). I resultatet framkommer att stöd och hälsovägledning från vårdpersonal kan främja processen att börja träna (Carless, 2007; McDevitt et al., 2006; Shiner et al., 2008). I "Utvärdering av modellen med friskvårdslots för fysiskaktivitet på recept (FaR®) i Uppsala län 2005-2008" beskriver Holmbäck (2009) hur Uppsala län i arbetet med FaR valt att skapa en särskild friskvårdslots, där särskild personal dels stödjer personer i startfasen och sedan följer upp med fortsatt stöd i form av tre telefonsamtal under de nästkommande sex månaderna. Detta stöd har upplevts som tillräckligt för att bibehålla fysisk aktivitet hos många av de som tillfrågats för utvärderingen. Dock tyder vårt resultat på att denna nivå av stöd inte skulle vara tillräckligt för många med psykiska funktionshinder, precis som Holmbäck (2009) belyser att tre telefonsamtal inte kommer att ha någon effekt för individer med emotionella barriärer eller olika funktionsnedsättningar.

Det finns ett krav på samverkan mellan kommun och landsting. När en individ med psykiskt funktionshinder har behov av insatser från båda skall en individuell plan upprättas (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1997:387) skall kommunen verka för att personer med psykiskt funktionshinder får sina behov tillfredställda. Att som sjuksköterska, eller annan legitimerad vårdpersonal, skriva ett FaR® till en patient i denna grupp skulle kunna förtydliga och belysa personens behov av fysisk aktivitet och stöd i samband med detta. Med grund i detta kan hävdas att ett FaR® skulle kunna underlätta processen att få det sociala och praktiska stöd som behövs som att genomföra träningen.

Angående de sociala vinster som resultatet visar på (Carless, 2007; Carless & Douglas, 2008a, 2008b; Hodgson et al., 2011) kan det diskuteras i vilken utsträckning effekterna var ett resultat av de fysiska aktiviteterna i sig eller av den sociala interaktionen. Även om det inte kan uteslutas att liknande sociala vinster kunnat uppnås genom social interaktion i andra former, är det viktigt att ha i åtanke att de fysiska och symtomlindrande effekterna därvid eventuellt hade uteblivit. De sociala vinsterna är i allra högsta grad relevanta, inte bara för att de är en viktig del för många välbefinnande, utan även med hänsyn till den sociala utsatthet som många med psykiska funktionshinder lider av (SOU 2006:100).

De sociala vinsterna (Carless, 2007; Carless & Douglas, 2008a, 2008b; Hodgson et al., 2011) bör även ses från vinkeln att de kanske inte är direkt överförbara till alla träningssituationer, utan den specifika sociala situationen kanske är nödvändig för att träningen ska vara genomförbar. Det faktum att träningen i studierna genomförs i grupper där enbart personer med psykiska funktionshinder ingår är kanske en starkt bidragande orsak till att psykosociala hinder där har kunnat övervinnas. Risken för att känna sig utstirrad eller att ses som en sjuk person, vilket beskrivs som en hindrande faktor i resultatet (Johnstone et al., 2009), borde kunna antas vara minskad i en grupp med andra som befinner sig i likartad situation. Det är svårt att utifrån detta dra några slutsatser om hur det hade fungerat att träna i en icke-anpassad grupp, utanför stödets ramar, till exempel på ett gym som är öppet för alla personer och där många är främlingar.

Som det framkommer i resultatet under rubrik praktiska hinder, är ekonomiska begränsningar ett hinder för upptagande av träning. Att det är vanligt med en svag

förankring på arbetsmarknaden och i förlängningen en mer utsatt ekonomisk situation (SOU 2006:100) är viktigt att ta hänsyn till vid slutsatser utifrån studier där de deltagande har fått mycket praktiskt stöd och inte har behövt betala något för att delta i aktiviteterna. Detta stöd påverkar genomförbarheten. Kanske hade träningen inte kunnat genomföras utan detta stöd, vilket gör att de många positiva effekterna av träningen måste ses utifrån förutsättningen att man tillhandahåller stödet.

Vid inledningen av detta arbete fanns delvis förväntningar på att finna ett resultat som visade på att träning hade väldigt positiva effekter för patienter med depression. I två av de kvantitativa artiklarna (Blumenthal et al., 2007; Hoffman et al., 2011) som båda behandlar samma studie om djup depression bekräftas att många av de deltagande har fått såpass minskade symptom efter fyra och 16 månaders träning att de inte längre diagnostiseras som deprimerade. I dessa studier består dock jämförelsegrupperna av deltagare som antingen äter SSRI respektive placebopiller, vilket gör att man inte uteslutande kan jämföra hur träning står sig mot utebliven behandling. Skillnaderna i utfall för de som fick behandling, medicinsk såväl som träningsprogram, var i förhållande till de som fick placebo förvånansvärt små. Men som sagt säger detta inte mycket om hur träning står sig emot frånvaron av behandling, i det att det hade varit att ignorera placeboeffekten.

Syftet med denna uppsats är på intet sätt ett försök att hävda fysisk aktivitet som konkurrerar med farmakologisk behandling. Även om träningen ger goda resultat är det viktigt att ha i åtanke att många av de deltagande även står under farmakologisk behandling. I några av studierna om depression är de tränande deltagande inte behandlade farmakologiskt, men får ändå goda effekter av träningen. Dock ser vi den fysiska aktiviteten som ett komplement till medicinen och som ett sätt att hantera en del av biverkningarna. I resultatet framkommer att vissa patienter upplever stora hinder relaterade till biverkningar från farmakologisk behandling, (Glover et al., 2013; Hodgson et al., 2011; Johnstone et al., 2009; McDevitt et al., 2006; Snyder et al., 2006) såsom viktökning, sedering, ökade svettningar och ofrivilliga rörelser. Träningen kan avhjälpa eller minska en del av dessa biverkningar, om de inte blir till så stora hinder att de omöjliggör träningen. En åtgärd man som sjuksköterska skulle kunna överväga om det framkommer att biverkningar så som sedering försvårar träning är att i samtal med patient och läkare ta upp frågan om en läkemedelsreglering. Till exempel skulle kanske medicinering med sederande biverkningar som normalt tas på morgonen kunna intas ett par timmar senare för att möjliggöra träning på morgonen.

SLUTSATS

Denna litteraturstudie visar att personer med psykiskt funktionshinder upplever många aspekter som främjar välbefinnande vid fysisk aktivitet. Förbättrad fysisk och psykisk hälsa, möjligheter till nya sociala kontakter, personlig utveckling, ändrad självbild, empowerment, förbättrade framtidsutsikter, symtomlindring och ökad koncentrationsförmåga är några av de effekter som deltagarna i de granskade studierna beskriver. Träningen beskrivs som en distraktion från det negativa i livet, som energigivande och som upplyftande. Hinder som framkommer är dels en kombination av symptom från sjukdomarna och biverkningar från farmakologisk behandling och dels praktiska hinder som ekonomi, transport och tillgänglig träningsmiljö. Vårdpersonal kan underlätta träningen genom motivation, råd och stöd. Det är viktigt att se personers

resurser och inte bara hinder. Praktiskt underlättar sådant som ekonomiskt stöd eller tillgång till träningslokaler. Med tanke på alla hälsofrämjande effekter den fysiska träningen har känns det ytterst motiverat att arbeta för att personer med psykiskt funktionshinder skall ha bästa möjliga förutsättningar för en ökad fysisk aktivitetsnivå.

REFERENSER

- Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(10), 808-815. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>
- Arvidsson, H. (2009). Severely and persistently mentally ill-A changing group. ten years after the 1995 swedish mental health care reform. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(5), 355-360
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., & Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 587-596. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e318148c19a>
- Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14623730.2007.9721835>
- Carless, D., & Douglas, K. (2008a). Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), 576-594. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.08.002>
- Carless, D., & Douglas, K. (2008b). The contribution of exercise and sport to mental health promotion in serious mental illness: An interpretive project. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10(4), 5-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14623730.2008.9721771>
- Crone, D., Johnston, L. H., Gidlow, C., Henley, C., & James, D. B. (2008). Uptake and Participation in Physical Activity Referral Schemes in the UK: An Investigation of Patients Referred with Mental Health Problems. *Issues In Mental Health Nursing*, 29(10), 1088-1097. doi:10.1080/01612840802319837
- Cunningham, C., Peters, K., & Mannix, J. (2013). Physical health inequities in people with severe mental illness: Identifying initiatives for practice change. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 855-862. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2013.832826>
- Eriksson, K. (1993[1989]). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Fogarty, M., & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(3), 341-351. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/01612840590915711>
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Glover, C. M., Ferron, J. C., & Whitley, R. (2013). Barriers to exercise among people with severe mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 45-47. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0094747>

Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.01.002>

Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons, M. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE study. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 127-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820433a5>

Holmbäck, U. (u.å.) *Utvärdering av modellen med friskvårdslots för fysiskaktivitet på recept (FaR®) i Uppsala län 2005-2008*. Tillgänglig: <https://glod.se/Documents/Metoder/FaR/Landstingen/Uppsala/Friskvardslots-2005-2008.pdf>

James, D., Johnston, L., Crone, D., Sidford, A., Gidlow, C., Morris, C., & Foster, C. (2008). Factors associated with physical activity referral uptake and participation. *Journal Of Sports Sciences*, 26(2), 217-224.

McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x>

Nationalencyklopedin [NE]. (2011). *Empowerment*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/empowerment>

Nationell psykiatrisamordning (2006). *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. (Rapport 2006:5). Stockholm: Fritze

Nilsson, K. (2010) *Nationell utvärdering av receptförskriften fysisk aktivitet*. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Statens folkhälsoinstitut A 2010:05. Tillgänglig: <http://folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12414/A-2010-5-Nationell-utvardering-FAR.pdf>

Ottosson, H., & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

Pelletier, J. R., Nguyen, M., Bradley, K., Johnsen, M., & McKay, C. (2005). A study of a structured exercise program with members of an ICCD certified clubhouse: Program design, benefits, and implications for feasibility. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 89-96. doi:<http://dx.doi.org/10.2975/29.2005>.

PsycINFO. (2014). *About PsycINFO*. Hämtad 2014- 02-05, från <http://search.proquest.com.ezproxy.ub.gu.se/psycinfo/productfulldescdetail?accountid=11162>

Ringsberg, K. C., (2009). Livsstil och hälsa. I Friberg F, Öhlén J, Edberg A, Castoriano M., (red). *Omvårdnadens Grunder: Perspektiv Och Förhållningssätt*. (S. 263-290). Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicins utveckling [SBU]. (1998). Neuroleptika – Frågor och svar. Hämtad 2014-02-27, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Neuroleptika/>

Schäfer Elinder, L., & Faskunger, J. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag* [HSL]. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag* [SOL]. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 1997:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade* [LSS]. Stockholm: Socialdepartementet

Shiner, B., Whitley, R., Van Citters, A. D., Pratt, S. I., & Bartels, S. J. (2008). Learning what matters for patients: Qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness. *Health Promotion International*, 23(3), 275-282. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dan018>

Skrinar, G. S., Huxley, N. A., Hutchinson, D. S., Menninger, E., & Glew, P. (2005). The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 122-127. doi:<http://dx.doi.org/10.2975/29.2005.122.127>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). Meddelandeblad nr 1: Överenskommelser om samarbete. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18042/2010-5-23.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Statens folkhälsoinstitut, & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *FaR®: individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor* (översättning). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the united kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.58.3.405>

World Health Organization (WHO) 2006. *Basic Documents: Supplement 2006 : CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Tillgänglig: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Wright, K., Armstrong, T., Taylor, A., & Dean, S. (2012). 'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 634-642.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.017>

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2011). *Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna: Framtagna av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet och antagna av Svenska Läkaresällskapet den 24 oktober 2011*. Tillgänglig: <http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2012/03/SLS-Rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-för-vuxna-2011.pdf>

Bilaga I

PsychINFO, 31 januari Begränsningar: Peer Reviewed, English, Adulthood (18 Yrs & Older). Publicerad 2004 eller senare.				
Sökord	Träffantal	Antal lästa abstrakt	Antal artiklar lästa i sin helhet	Valda artiklar
Exercis* AND mental* AND Well-being	168	15	6	<p>Fogarty, M., & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study</p> <p>Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service</p> <p>Skrinar, G. S., Huxley, N. A., Hutchinson, D. S., Menninger, E., & Glew, P. (2005). The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities</p>
Exercis* AND Mental illness	293	17	2	<p>Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the united kingdom</p> <p>Pelletier, J. R., Nguyen, M.,</p>

				Bradley, K., Johnsen, M., & McKay, C. (2005). A study of a structured exercise program with members of an ICCD certified clubhouse: Program design, benefits, and implications for feasibility
Exercise therapy AND Mental disorder*	265	16	2	Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons, M. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE study Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., & Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder
Serious mental illness AND exercise*	43	16	9	Carless, D., & Douglas, K. (2008). The contribution of exercise and sport to mental health promotion in serious mental illness: An interpretive project Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness Carless, D., & Douglas, K. (2008). Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise Glover, C. M., Ferron, J. C., & Whitley, R. (2013). Barriers to

				<p>exercise among people with severe mental illnesses</p> <p>Shiner, B., Whitley, R., Van Citters, A. D., Pratt, S. I., & Bartels, S. J. (2008). Learning what matters for patients: Qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness</p> <p>McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation</p>
<p>Cinahl, 31 januari Begränsningar: Peer Reviewed, English, Swedish, All Adult. Publicerad 2004 eller senare.</p>				
Sökord	Träffantal	Antal lästa abstrakt	Antal artiklar lästa i sin helhet	Valda artiklar
Exercise* AND Mental* AND Well-being	80	9	1	
Exercis* AND Mental disorder*	83	12	1	
Barriers AND Mental disorder*	228	10	2	

Barriers AND (mental illness)	159		1	Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community- based patients with schizophrenia
Serious mental illness AND exercise*	12	3	1	
<p>Scopus, 1 februari Begränsningar: Article, English Swedish. Publicerad 2004 eller senare.</p>				
Sökord	Träffantal	Antal lästa abstrakt	Antal artiklar lästa i sin helhet	Valda artiklar
Exercis* AND Mental disorder* AND Experience	168	8	5	Wright, K., Armstrong, T., Taylor, A., & Dean, S. (2012). 'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with bipolar disorder
<p>Pubmed, 2 februari Begränsningar: Clinical Trial, 10 years, Humans, Adult 19+ years. Publicerad 2004 eller senare.</p>				
Sökord	Träffantal	Antal lästa abstrakt	Antal artiklar lästa i sin helhet	Valda artiklar
Exercis*	60	7	1	Acil, A. A., Dogan, S., & Dogan,

AND Mental disorder*				O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia
----------------------------	--	--	--	---

Bilaga II

	Exploring The Benefits Of An Exercise Program For People With Schizophrenia: A Qualitative Study.
Författare	Fogarty, Margaret & Happell, Brenda.
Tidskrift, År	Issues in Mental Health Nursing. Volym 26. Nummer 3. April 2005
Land	Australien
Syfte	Att studera ett strukturerat träningsprogramms inverkan på både det fysiska och psykiska välbefinnandet hos individer diagnostiserade med schizofreni eller psykossjukdom.
Urval	Boende informerades vid ett möte om möjligheten till att delta i träningsprogrammet. De som var intresserade ombads att själva ta kontakt med koordinator.
Intervention	Ett 3 månader långt, individuellt utformat träningsprogram.
Metod	Semistrukturerad fokusgruppsintervju med 6 programdeltagare, 2 sjukgymnaster samt 4 sjuksköterskor.
Resultat	Deltagarnas fysiska hälsa hade förbättrats och många uppgav att de nu efter programmets avslut hade planer på att fortsätta den fysiska aktiviteten på egen hand.
Kvalitet	13 av 14 poäng. Metoddiskussion saknas.

	The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service
Författare	Hodgson, Margot H.; McCulloch, Heather P. & Fox, Kenneth R.
Tidskrift, År	Mental Health and Physical Activity Volym 4 Nummer 1. 2011
Land	Storbritannien
Syfte	Att avgöra vilka effekter deltagandet i fysisk aktivitet upplevs ha på fysiskt och psykosocialt välbefinnande. Identifiera hinder för påbörjande och fortsättning av fysisk aktivitet. Identifiera vilka faktorer som influerade deltagarna till att fortsätta i det fysiska aktivitetsprogrammet.
Urval	Informanter rekryterades genom att träningsdeltagare fick information om den tilltänkta studien och de som var intresserade av att delta fick tala med forskaren för att få mer information.
Metod	Enskilda intervjuer med 17 informanter med allvarlig och ihållande mental ohälsa (SEMI) som redan deltog i

	olika former av gruppträning
Resultat	De största hindren för deltagande var en kombination av den psykiska sjukdomen och läkemedelsbiverkan. De främsta möjliggörande faktorerna till deltagande var stöd av personal och organisation samt struktur kring det fysiska aktivitetstillfället. Fysisk aktivitet kan öka psykiskt välbefinnande, fysisk hälsa samt ge sociala möjligheter.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	The contribution of exercise and sport to mental health promotion in serious mental illness: An interpretive project.
Författare	Carless, David & Douglas, Kitrina.
Tidskrift, År	International Journal of Mental Health Promotion. Volym 10. Nummer 4. November 2008
Land	Storbritannien
Syfte	Att utforska hur fysisk aktivitet och sport kan bidra till psykisk hälsovård för svårt psykiskt sjuka (SMI) personer.
Urval	Individer diagnostiserade med SMI som deltog i motions och sportaktiviteter på ett rehabiliteringsdagscenter. Aktiviteterna som erbjöds var exempelvis golf, fotboll, badminton, simning, promenader, trädgårdsarbete, gym och jogging.
Metod	Etnografisk ansats. Observationer och semistrukturerade intervjuer med 11 manliga deltagare (24-43år).
Resultat	Analysen visar på att motionen och idrotten bidragit på tre olika sätt: Den är ett medel för andra resultat. Underlättar återskapandet av en tidigare atletisk identitet och är ett medel för att återskapa självbild och identitet genom upplevelser.
Kvalitet	13 av 14 poäng. Metoddiskussion saknas.

	Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness.
Författare	Carless, David
Tidskrift, År	International Journal of Mental Health Promotion, Volym 9. nummer 2. 2007
Land	Storbritannien
Syfte	Att undersöka hur man kan hjälpa individer med SMI att bli mer fysiskt aktiva.
Urval	Strategiskt urval. Fyra män som var deltagare i ett rehabiliterings- dagcenter och som under de senaste 7 månaderna till 7 åren hade deltagit i fysiska aktiviteter såsom exempelvis promenader, jogging, trädgårdsarbete, gym, fotboll, badminton, simning och tennis. Vilka framgångsrikt hade lyckats inkorporera fysisk aktivitet i sitt liv. Deltagarna var diagnostiserade med schizofreni, medicinerades med antipsykotiska, oförmögna till att ta vanlig anställning och att leva självständigt.
Metod	Djupa semistrukturerade intervjuer med fyra SMI- diagnostiserade deltagare, samt fem personal
Resultat	Sju faser som kännetecknade processen för att initiera och upprätthålla deltagande i fysisk aktivitet: Tidigare positiva erfarenheter av fysisk aktivitet, Upphörande av fysisk aktivitet under akut skede av sjukdom. Stabilisering av psykisk hälsa. Intensivt socialt stöd. Omedelbara psykosociala förmåner. Diversifiering av former för fysisk aktivitet former samt ökad upplevelse av personlig kontroll.
Kvalitet	13 av 14 poäng. Metoddiskussion saknas.

	Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise.
Författare	Carless, David & Douglas, Kitrina.
Tidskrift, År	Psychology of Sport and Exercise,. Volym 9. Nummer 5. September 2008
Land	Storbritannien
Syfte	Att utforska på vilket sätt deltagande i motions och sportaktivitet kan bidra till att rekonstruera självkänsla och positiv självbild.
Urval	Strategiskt urval. Deltagarna skulle ha SMI och erfarenhet av att delta i sport/träningsaktivitet. Vilja att delta i studien samt vara tillräckligt psykiskt stabila för att kunna intervjuas.
Metod	Kvalitativ analys av narrativ. Observationer och semistrukturerade intervjuer med 11 män med SMI
Resultat	Tre narrativ. En berättelse om handling "att gå till platser och göra saker ". En annan berättelse om prestation genom ansträngning, skicklighet eller mod. Samt en berättelse om relationer, att skapa gemensamma erfarenheter att prata om.
Kvalitet	14 poäng av 14

	Barriers to exercise among people with severe mental illnesses.
Författare	Glover, Crystal M; Ferron, Joelle C & Whitley, Rob
Tidskrift, År	Psychiatric Rehabilitation Journal. Volym 36. Nummer 1. Mars 2013
Land	USA
Syfte	Att dokumentera, analysera och belysa självidentifierade hinder för fysisk aktivitet. Specifika vid SMI.
Urval	Deltagare på ett rehabiliteringscentrum. Inklusionskriterium : Axis 1 diagnos, 18 år eller äldre, engelsktalande samt självständigt boende.
Metod	Semistrukturerade intervjuer med 31 deltagare.
Resultat	Stora hinder var, läkemedelsbiverkan, symtom, och somatisk samsjuklighet
Kvalitet	13 av 14 poäng. Metoddiskussion saknas.

	Learning what matters for patients: Qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness.
Författare	Shiner, Brian; Whitley Rob; Van Citters D. Aricca; Pratt, I Sarah;. & Bartels J,Stephen
Tidskrift, År	Health Promotion International Volym 23. Nummer 3. Juni 2008
Land	USA
Syfte	Att identifiera vilka element i ett individualiserat hälsofrämjande program (SHAPE) som personer med SMI upplevde som viktiga för att uppnå fysiska hälsovinster och att använda dessa insikter till att förbättra programmet.
Urval	Inklusionskriterier var att personen under programmet hade uppnått en väsentlig fysisk förbättring och hade viljan att delta i en detaljerad intervju.

Metod	Enskilda intervjuer med 8 deltagare. Tematisk analys.
Resultat	Tre teman framkom, vilka betonar vikten av: individualiserade insatser som främjar engagemang i programmet, relationer medprogrammets personal, ökat självförtroende till följd av deltagande.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation
Författare	McDevitt Judith; Snyder Marsha; Miller Arlene & Wilbur JoEllen
Tidskrift, År	Journal of Nursing Scholarship. Volym 38. Nummer 1. Mars 2006.
Land	USA
Syfte	Att utforska personer med SMI upplevelser av hinder för att utföra fysiska aktiviteter samt upplevelser av vilka fördelar den fysiska aktiviteten kan ge.
Urval	Inklusionskriterium var SMI, ålder mellan 18 och 50 år. Klient på rehabiliteringscentrum och vilja till att delta i fokusgrupp.
Metod	Fyra fokusgruppsintervjuer med vardera 7 till 9 deltagare i varje
Resultat	Deltagarna upplevde fysisk aktivitet som positivt, och de såg ett samband mellan fysisk aktivitet och förbättrad psykisk hälsa. Betydande hinder för fysisk aktivitet var: symtom, läkemedelsbiverkan såsom sedering och viktökning. Rädsla för diskriminering och säkerhetsfrågor. Att vara deltagare i ett psykiatriskt rehabiliteringsprogram gav komfort och känsla av tillhörighet, men hade också effekten av att lämna aktivitetsinitiering upp till personalen.
Kvalitet	13 av 14 poäng. Metoddiskussion saknas

	'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with bipolar disorder.
Författare	Wright Kim; Armstrong Tamsin; Taylor Adrian & Dean Sarah.
Tidskrift, År	Journal of Affective Disorders Volym 136. nummer 3. Februari 2012
Land	Storbritannien
Syfte	Att samla data om hur personer med bipolär sjukdom upplever fysisk träning
Urval	Deltagare rekryterades dels genom annons samt genom att personer som tidigare uppgett intresse för att delta i studier och registrerats i en databas tillfrågades. Inklusionskriterium var, äldre än 18 år, tala tillräckligt bra engelska för att kunna intervjuas samt vara diagnostiserad med bipolär sjukdom.
Metod	Semistrukturerade intervjuer med 25 individer analyserades genom interpretativ fenomenologi
Resultat	Motion är som ett tveeggat svärd. Den fysiska aktiviteten kan bringa struktur i kaos, men för att ha en effektiv humörreglerande effekt behöver den fysiska aktiviteten regleras.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia.
Författare	Johnstone Rosalind; Nicol Kath; Donaghy Marie & Lawrie Stephen
Tidskrift,	Journal Of Mental Health. Volym 18. nummer 6. December 2009

År	
Land	Storbritannien
Syfte	Att undersöka vilka hinder det finns för upptagande och upprätthållande av fysisk aktivitet hos personer diagnostiserade med schizofreni.
Urval	Inklusionskriterium, ålder 18-60 år. Diagnos schizofreni sedan minst ett år. Medicinerad med antipsykotika. Exklusionskriterium, inte tagit medicin enligt ordination, positiva symtom eller regelbundet deltagande i träningsaktivitet. 40 patienter som uppnådde dessa kriterier valdes randomiserat ut och tillfrågades om att delta. Av dessa tackade 27 ja till att delta i undersökningen.
Metod	Semistrukturerade intervjuer med 27 patienter analyserades genom interpretativ fenomenologi.
Resultat	Fyra hinder för upptag av fysisk aktivitet identifierades: Begränsad erfarenhet av fysisk aktivitet, sjukdomens effekter, läkemedelsbiverkan, ångest och stödnätverkets inflytande.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities
Författare	Skrinar, Gary S.; Huxley, Nancy A.; Hutchinson, Dori S.; Menninger, Eliza & Glew, Patrick
Tidskrift, År	Psychiatric rehabilitation journal. Volym 29. Nummer 2. Hösten 2005
Land	USA
Syfte	Undersöka en träningsrutins på vikt och emotionellt välmående hos individer med allvarlig mental ohälsa som behandlas med atypiska antipsykotiska.
Urval	Deltagarna rekryterades både från inläggande patienter från McLean sjukhus och från omkringliggande behandlingscenter. Inklusionskriterierna var: ålder 18-55 år, behandlas med antipsykotika, påbörjat psykofarmakologisk behandling de senaste 24 månaderna och under den tiden gått upp 10lbs (ca. 4,5kg) i vikt. De deltagande fick läsa och skriva under ett avtal om samtycke som godkänts av sjukhusets kommitté.
Metod	Deltagarna delades upp i en aktiv grupp och en kontrollgrupp. 20 av 30 deltagare slutförde studien, 11 i kontrollgruppen, 9 i den aktiva gruppen. Fysiska tester och mätningar gjordes innan interventionen. De psykiska testerna utgjordes av fem frågeformulär; Symptom Checklist-90-R, Lehman Quality of life Questionnaire, the Boston University Making Decisions Questionnaire och MOS 36-Item Short-Form Health Survey. Intervention: 12 veckors träningsprogram med 4 stycken 30-45minuter långa träningstillfällen per vecka samt ett hälsoseminarium per vecka. Träningen kombinerade konditionsträning och motståndsträning.
Resultat	De deltagande upplevde signifikant förbättrad allmän hälsa och empowerment. Det framkom även en förbättring av depressiva symtom och livskvalité.
Kvalitet	14 av 14 poäng.

	Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom
Författare	Ussher, Michael; Stanbury, Liam; Cheseman, Vicky & Faulkner, Guy
Tidskrift, År	Psychiatric services. Volym 58. Nummer 5. Mars 2007
Land	Storbritannien
Syfte	Bedöma preferenser för fysisk aktivitet, föredragna källor till stöd till fysisk aktivitet samt upplevda hinder för fysisk aktivitet bland personer med allvarlig mental ohälsa.

Urval	Information om studien presenterades på avdelningar på United Kingdom National Health Service Hospital och behandlingscentraler i sydvästra London januari till april 2003. De aktuella patienterna för studien var vuxna som behandlades för psykotiska sjukdomar. Platschefen bekräftade de som ansågs kapabla att ge skriftligt medgivande. De deltagande fick ge skriftligt medgivande på deltagande och tillgång till deras medicinska journal. Samtycket var godkänt av den lokala etiska kommittén.
Metod	120 patienter intervjuades med ett strukturerat frågeformulär i ca 20 minuter i enrum. Frågeformuläret inkluderade dels frågor med ett flertal svarsalternativ och dels frågor med graderingssvar. Frågor och svar lästes upp för patienterna och svaren antecknades.
Resultat	De deltagande uppgav svag tilltro till sin förmåga att träna när de var ledsna eller stressade. Majoriteten trodde att de skulle träna mer om deras läkare uppmanade dem. Trötthet och sjukdom var de vanligaste hindrena. Många uppgav promenader som föredragna träningsformen. Motsvarande antal föredrog individuell träning som gruppträning.
Kvalitet	14 av 14 poäng.

	A study of a structured exercise program with members om an ICCD certified clubhouse: Program swsign, benefits, and implications for fesibility
Författare	Pelletier, John R.; Nguyen, Meeta; Bradley, Kevin; Johnsen, Matthew & McKay, Colleen
Tidskrift, År	Psychiatric rehabilitation journal. Volym 29. Nummer 2. Hösten 2005
Land	USA
Syfte	Syftet med artikeln är att beskriva genomförandet och studien av ett strukturerat träningsprogram för individer med allvarlig mental ohälsa som är medlemmar i ett ICCD certifierat klubbhus. (ICCD är ett psykosocialt rehabiliteringsprogram med salutogent perspektiv för personer med allvarlig och ihållande mental ohälsa.)
Urval	Två lämpliga grupper rekryterades mellan juni 2002 och mars 2003 bland klubbhusets medlemmar. De deltagande var över 18år och var diagnostiserade med mental ohälsa baserat på Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, fourth Edition (DSM-IV). Kriterium för att ingå i studien var även klartecken från läkare om att fysiskt klara träningsprogrammet.
Metod	De deltagande svarade på enkät om den fysiska hälsan före och efter programmet samt en kvalitativ enkät om tillfredsställelse och feedback efter programmet. Intervention: 16 veckors träningsprogram med tre 90 minuters sessioner i veckan. Träningen inkluderade konditions- och motståndsträning.
Resultat	Träningsprogrammet var mycket uppskattat av deltagarna och ledde till förbättrad mental hälsa. Resultatet visar att socialt stöd är viktigt för genomförandet av träningen.
Kvalitet	13 av 14 poäng. Syftet beskriver artikeln snarare än studien, men problembeskrivningen är tydlig.

	Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE study
Författare	Hoffman, Benson M.; Babyak, Michael A.; Craighed, W. Edward; Sherwood, Andrew; Dorsiswamy, Murali; Coons, Michael J. & Blumenthal, James A
Tidskrift, År	Psychosomatic Medicine. Volym 73. Nummer 2. Februari-mars 2011
Land	USA
Syfte	Undersöka 1-års-uppföljningen av en 4-månaders studie med träning och antidepressiv medicinering för patienter med djup depression.
Urval	172 av de 202 deltagarna i studien till Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder (se nedan). Uppföljningen skedde mellan februari 2002 och maj 2007.

Metod	För att bedöma depressionen användes Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, fourth Edition (DSM-IV) Axis I Disorders, Depression Module (SCID) och Hamilton Depression Scale (HAM-D)
Resultat	Minskningen av depressiva symtom som framkom i originalstudien fortskrider även vid 1 års-uppföljningen. 66 % av de deltagande diagnostiseras nu inte längre som deprimerade.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	Exercise and pharmacotherapy in the tretment of major depressive disorder
Författare	Blumenthal, James A.; Babyak, Michael A.; Dorsiswamy, Murali; Watkins, Lana; Hoffman, Benson M.; Barbour, Krista A.; Herman, Steve; Craighed, W. Edward; Brosse, Alisha L.; Waugh, Robert; Hinderliter, Alan & Sherwood, Andrew;
Tidskrift, År	Psychosomatic Medicine. Volym 69. Nummer 7. September 2007
Land	USA
Syfte	Bedöma om patienter som konditionstränar hemma eller under uppsikt uppnår minskning i depression jämfört med standardmedicinering med antidepressiva läkemedel eller placebomedicinering.
Urval	Patienter från öppenvården rekryterades via TV, radio och nyhetstidning mellan oktober 2000 och november 2005. Inklusionskriterierna var en ålder på 40 år eller äldre, pågående djup depression, en inaktiv livsstil och ingen pågående psykiatrisk behandling. Exklusionskriterier var annan psykisk samsjuklighet, somatisk samsjuklighet som hindrade deltagande i träningsprogrammet, användande av antidepressiva mediciner eller andra psykofarmaka, kosttillskott eller naturläkemedel som syftar till att påverka psyket, pågående drog- eller alkoholmissbruk eller pågående suicidala intentioner. Alla deltagande fick skriva under ett samtycke om att de var informerade och deltog.
Metod	202 deltagare placeras slumpmässigt in i fyra olika behandlingsgrupper; en grupp tränade under uppsikt av personal, en grupp tränade hemma, en grupp fick antidepressiva läkemedel av kategorin SSRI och en grupp fick placebo-piller som till utseendet var identiska med SSRI-medicinen. Intervention: 16-veckors träningsprogram där deltagarna i de två träningsgrupperna tränade tre gånger i veckan, 45minuter med en intensitet baserad på deras individuella maxpuls.
Resultat	Efter 4 månader hade samtliga grupper överlag minskade depressiva symtom, men de med aktiv behandling i större utsträckning än deltagare i placebogruppen. 40 % av de som tränade hemma, 45 % av de som under uppsikt av personal och 47 % av de som behandlades med SSRI diagnostiserades inte längre som deprimerade. Motsvarande siffra för placebogruppen var 31 %.
Kvalitet	14 av 14 poäng

	The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia
Författare	Acil, A. A.; Dogan, S. & Dogan, O
Tidskrift, År	Journal of psychiatric and mental health nursing. Volym 15. Nummer 10. December 2008
Land	Turkiet
Syfte	Undersöka effekten av ett 10-veckors träningsprogram på mental hälsa och livskvalité för individer med schizofreni.
Urval	30 patienter som varit inlagda på universitetssjukhuset i regionen Central Anatoliai samband med diagnostisering av schizofreni enligt DSM-IV medverkar när de skrivits ut.
Metod	Hälften av deltagarna placeras slumpmässigt i en kontrollgrupp eller i en träningsgrupp. Båda grupperna svarade på fyra frågeformulär före och efter programmet; The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), The Brief Symptom

	Inventory (BSI) och World Health Organization Quality of Life Scale- Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR) Intervention: 10 veckors träningsprogram med tre 40 minuterspass i veckan. Träningen var främst konditionsträning.
Resultat	Efter 10 veckors träning uppgavs signifikant minskning av positiva symtom enligt SAPS, negativa symtom enligt SANS och minskade poäng på BIS. Det framkom även en förbättring i livskvalitén genom ökade poäng på WHOQOL-BREF-TR.
Kvalitet	14 av 14 poäng

Bilaga III

Modell för kvalitetsgranskning

1. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
2. Finns det ett tydligt problem formulerat?
3. Är syftet klart formulerat?
4. Förs ett etiskt resonemang?
5. Är metoden väl beskriven?
6. Är undersökningsspersonerna eller inklusions och exklusionskriterier väl beskrivna?
7. Är interventionen eller situationen väl beskriven?
8. Beskrivs dataanalysen väl?
9. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
10. Är resultatet tydligt?
11. Finns det citat eller tabeller som stödjer resultatet?
12. Finns det en metoddiskussion?
13. Finns det en resultatdiskussion?
14. Finns det en återkoppling till teoretiska utgångspunkter?

Varje fråga som kan besvaras med ett Ja ger 1 poäng

- 12 - 14 poäng = Hög kvalitet
- 10 - 11 poäng = Medel kvalitet
- 0 - 9 poäng = Låg kvalitet