

En oppsummering av kunnskap

# Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Kjersti Karoline Danielsen



Fysisk aktivitet er en viktig del av psykisk helsearbeid. Her beskrives effekter, erfaringer, barrierer, tilrettelegging og tiltak med fysisk aktivitet.



En oppsummering av kunnskap

# Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Kjersti Karoline Danielsen



Fysisk aktivitet er en viktig del av psykisk helsearbeid. Her beskrives effekter, erfaringer, barrierer, tilrettelegging og tiltak med fysisk aktivitet.



*På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner.*

*Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler innvandres brukermedvirkning. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer knyttet til brukermedvirkning samt relatert til innvandrere.*

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på oppsummeringen: Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Emne: Psykisk helsearbeid

Delemne: Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Forfatter: Kjersti Karoline Danielsen

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Agder

Emneredaktør: Kjersti Karoline Danielsen

Kontaktperson: Kjersti Karoline Danielsen, kjersti.k.danielsen@uia.no

Oppsummering nr 24

August 2021

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-115-8

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: [www.omsorgsbiblioteket.no](http://www.omsorgsbiblioteket.no)

# INNHOOLD

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT IN ENGLISH	5
INNLEDNING	7
1.1 Hensikt og problemstillinger	7
1.2 Bakgrunn og aktualitet	7
1.3 Klargjøring av sentrale begreper	10
METODE	13
2.1 Søkestrategi og utvalg	13
2.2 Tilleggs søk	15
2.3 Analyse	15
2.4 Ekspertgruppe og intern fagfellevurdering	15
OFFENTLIGE REGULERINGER OG FØRINGER FOR FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEARBEID	17
3.1 Lover og forskrifter	17
3.2 Meldinger til Stortinget og nasjonale strategier	18
3.3 Faglige retningslinjer og veiledere	22
OPPSUMMERT KUNNSKAP OM FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEARBEID	27
4.1 Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser - hva er effektene på symptomene?	27
Effekter av fysisk aktivitet på symptomer på depresjon	28
Effekter på symptomer for personer med angstlidelser	29
Effekter på symptomer for personer med ruslidelser	31
Effekter på symptomer for personer med psykoselidelser	31
Oppsummering	32
4.2 Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser - hva er erfaringene til personer med psykiske helseutfordringer som deltar i fysisk aktivitet	33
Fysisk aktivitet har innvirkning på psykisk helse og symptomer	33
Fysisk aktivitet har innvirkning på fysisk helse og fysisk form	34
Fysisk aktivitet gir mulighet for sosial interaksjon	34
Fysisk aktivitet gir identitet, og en følelse av å ha et formål, mening i hverdagen og mestring	35
Fysisk aktivitet som selvhjelpstrategi og kilde til å gjenvinne livet	36
Oppsummering	37
4.3 Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser - en kompleksitet av barrierer	37
Et spørsmål om motivasjon?	37
Den psykiske lidelsen, medisinerer og en kompleksitet av barrierer	38
Holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell	39

Frafall fra trening og manglende oppfølging/tilbud i kommunen	40
Oppsummering	41
4.4 Aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i lokalt psykisk helsearbeid	41
Treningsterapi og treningsklinikker	41
Treningskontakt	43
Aktivitetshus	45
Frisklivsentraler	46
Aktiv på Dagtid	47
Idrettslag	48
Ideelle og frivillige organisasjoner	49
Oppsummering	49
4.5 Tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet i lokalt psykisk helsearbeid	50
Rammebetingelser og tilrettelegging	50
Motivasjonsklima og helsepersonellens rolle og kompetanse	51
Støtte fra treningsgruppen og varierte aktiviteter	53
Oppsummering	55
VERKTØY OG RESSURSER	57
KONKLUSJONER	59
6.1 Behov for mer kunnskap	60
REFERANSER	63

# FORORD

Psykiske helseutfordringer fremstilles som smertefulle psykososiale plager som både påvirker og blir påvirket av menneskers forhold til seg selv og andre, følelses-, tanke- og adferdsmønster eller mestringssevner i hverdagen. Ordet psykisk helse forbindes oftest med noe som er vanskelig, med utfordringer, plager og lidelser, men da snakker vi egentlig om psykisk uhelse.

Psykisk helse kan defineres som: *«en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet»*. Det er viktig å se på psykisk helse i positiv forstand, den psykiske helsen som bidrar til livsmestring. Videre er psykisk helse også noe «alle har». Psykisk helse skapes ikke i helsevesenet- de reparere den. Dette betyr at alle sektorer i samfunnet har ansvar for innebyggerenes psykiske helse. Som professor i helsepsykologi Arne Holte har uttalt; *«Psykisk helse skapes der menneskene lever sine liv»*.

Hva er da det psykiske? Professor i psykisk helsearbeid Anders Johan W. Andersen beskriver i sin bok «Psykisk helsearbeid en gang til» at helse det stammer fra det norrøne ordet «heilsa», som igjen er beslektet med ord som betyr hel og sunn. Forstavelsen «psykisk» stammer fra det greske ordet «psyke», som opprinnelig betyr livsånde, eller det som puster liv. Språklig betyr psykisk helse *«det som puster liv i oss og gjør oss til hele mennesker»*.

Mitt høyeste ønske med denne oppsummeringen er at fysisk aktivitet kan være en av de tingene som er med å puste liv i flere personer med psykiske helseutfordringer.

Den første studien som omtalte hvordan psykiske lidelser kan behandles gjennom fysisk aktivitet kom så tidlig som i 1905. Siden den gang er positive effekter av og erfaringer med fysisk aktivitet for personer med psykiske helseutfordringer dokumentert i flere titalls studier. I dag er det ikke lenger snakk om et «kunnskapshull», men mer et «gjennomførings- og implementeringshull».

Idrettspedagog Toril Moe har en vært pioner innen bruk og implementering av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i Norge. Toril har også vært den viktigste og en helt unik bidragsyter for at denne oppsummeringen er blitt til. Jeg ønsker å rette en stor takk til Toril for hennes positive innstilling og troen på «prosjektet», for hennes raushet og for helt uvurderlige faglige bidrag og innspill. I tillegg vil jeg takke Toril for den fantastiske personen hun er. Uten henne ville ikke denne oppsummeringen blitt ferdig.

Jeg vil også uttrykke min takknemlighet til Bjørg Dale, Unn Hege Johannessen, Lars Lien, Reinhold Rønstad og Åse Hasselberg som har brukt av sin tid til å lese gjennom oppsummeringen og gitt nyttige innspill i skriveprosessen. Jeg har gledet meg over at de har funnet denne oppsummeringen viktig og nyttig. Jeg håper derfor at oppsummeringen i fortsettelsen kan bidra til økt fokus på og bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid.

Som Toril Moe understreker er fysisk aktivitet lettest å gjennomføre når det er en obligatorisk del av behandlingen og tilrettelagt av fagpersoner. Ledelsen må anerkjenne, prioritere og se på fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Mitt siste tankespørsmål

er: med alle de effektene og fordelene vi vet fysisk aktivitet har, og anbefalingene vi har om fysisk aktivitet, er det da etisk forsvarlig å ikke implementere fysisk aktivitet som tiltak for personer med psykiske helseutfordringer? Hva er mest risikofylt: å satse på at fysisk aktivitet er bra for personer med psykiske helseutfordringer eller å legge seg på sofaen og vente på enda mer dokumentasjon?

Med ønske om god lesning og fysisk aktivitet i hverdagen for alle.

*Kjersti Karoline Danielsen,  
Kristiansand 4. august 2021*



# SAMMENDRAG

Denne oppsummeringen gir et innblikk i fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid for voksne. Den beskriver forsknings- og utviklingsarbeid, lover og forskrifter, offentlige dokument og annet materiale som kan gi den enkelte leser oversikt over temaet. Oppsummeringen inkluderer et flertall av internasjonale studier, da publikasjoner med empiri fra norsk kontekst er sparsommelig.

De inkluderte forsknings- og utviklingsarbeidene viser at fysisk aktivitet som behandlingstiltak har positiv effekt på symptomer på depresjon. Fysisk aktivitet kan også være nyttig som behandlingstiltak for angstlidelser, ruslidelser og psykoselidelser, men kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Personer med psykiske helseutfordringer erfarer at fysisk aktivitet gir en mulighet for sosial interaksjon, gir dem formål, identitet og kan være en selvhjelpsstrategi. I tillegg har deltakelse i trening positiv innvirkning på psykisk helse og fysisk form. Personer med psykiske helseutfordringer kan i midlertidig ha utfordringer med fysisk aktivitet. Den psykiske sykdommen i seg selv, bivirkninger av medisiner, dårlig fysisk form, lav selvtillit og en kompleksitet av barrierer hindrer dem i å være fysisk aktive. Andre utfordringer kan være holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell, samt manglende oppfølgingstilbud med fysisk aktivitet i kommunene.

Oppsummeringen presenterer også ulike aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet som gjennomføres i lokalt psykisk helsearbeid i Norge. Disse er delt inn i hovedkategoriene; Treningsterapi og Treningsklinikker, Treningskontakt, Aktivitetssentre og lavterskeltilbud, Frisklivssentraler, Aktiv på dagtid, Idrettslag, og Ideelle organisasjoner. Inkluderte publikasjoner viser videre til følgende faktorer som viktige for å tilrettelegge for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid; Rammebetingelser og tilrettelegging, Motivasjonsklima og helsepersonellens rolle/kompetanse, Støtte fra treningsgruppen og varierte aktiviteter.

Forsknings- og utviklingsarbeid på fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i norske kommuner er i midlertidig mangelfullt, særlig blant dem som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er også behov for kunnskap om brukeres erfaringer og preferanser når det gjelder fysisk aktivitet, og om kommunenes erfaringer med ulike aktivitetstiltak.



# ABSTRACT IN ENGLISH

This summary provides an insight into physical activity as a treatment measure in mental health work for adults. The summary identifies and presents research and development studies, legal and political documents, and other publications and material providing an overview of the topic. A majority of international studies are included in the summary, as publications with empirical data from a Norwegian context are sparse.

The included research and development studies shows that physical activity as a treatment measure has a positive effect on symptoms of depression. Physical activity can also be useful in the treatment of anxiety disorders, substance abuse disorders and psychosis disorders, however the knowledge is limited. People facing mental health challenges experience participating in physical activity as an opportunity for social interaction. Physical activity provides an identity and a purpose of the day and can be used as a self-help strategy. In addition, participation in exercise has a positive impact on mental health and physical fitness. People facing mental health challenges experience challenges with physical activity. The mental illness itself, side effects of medication, poor physical shape, low self-esteem and a complexity of barriers prevent them from being physically active. Other challenges may be attitudes, resources and competence of health personnel, as well as the lack of follow-up services with physical activity in the community.

The summary also presents various activity arenas and measures with physical activity that are implemented in local mental health work in Norway. These are divided into the main categories; Exercise therapy and Exercise clinics, Local exercise contact, Activity centers and low-threshold services, Healthy Life Centers, Active daytime, Sports teams, and Nonprofits. Included publications refer to the following factors as important in implementing and facilitating physical activity in mental health work; Framework conditions and facilitation, Motivational climate and the health personnel's role / competence, and Support from the exercise group and variation in activities.

Research and development studies on physical activity in local mental health work in Norwegian municipalities is deficient, especially among users of municipal health and care services. There is also a need for knowledge about the users' experiences and preferences regarding physical activity, and about the municipalities' experiences with various activity measures.



# INNLEDNING

Dette er en oppsummering av kunnskap om fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid for voksne i, eller med relevans for, norske kommuner. Oppsummeringen gir en oversikt over de mest sentrale offentlige dokumenter som legger føringer for fysisk aktivitet i kommunalt psykisk helsearbeid. Videre beskrives og oppsummeres deler av forsknings- og utviklingsarbeid som er utgitt i perioden 2000–2020, samt annet materiale som kan gi oversikt over temaet. Det er viktig å påpeke at oppsummeringen baserer seg på et utvalg innsamlet materiale, og den gir ikke et komplett og fullstendig bilde av tematikken. Videre at oppsummeringen baseres i stor grad omfatter internasjonal forskning som har undersøkt effekter av og erfaringer med fysisk aktivitet blant personer med psykiske helseutfordringer. I oppsummeringen gis det også et innblikk i barrierer og tilretteleggende faktorer, samt konkrete eksempler på tiltak med fysisk aktivitet. Innledningsvis belyser også oppsummeringen bakgrunn og aktualitet for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Oppsummeringen kan leses kronologisk, eller brukes som et oppslagsverk for ulike temaer. Psykisk helsearbeid er et felt i utvikling og bevegelse, og endringer skjer fortløpende.

## 1.1 HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Hensikten med denne oppsummeringen er å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om fysisk aktivitet som behandlingstiltak i kommunalt psykisk helsearbeid for voksne. Følgende spørsmål har vært styrende i arbeidet:

- Hvilke politiske anbefalinger og føringer gjelder for fysisk aktivitet i kommunalt psykisk helsearbeid?
- Hvilke tiltak med fysisk aktivitet i kommunalt psykisk helsearbeid er utprøvd? Hvilke aktivitetsarenaer finnes? Hvilke erfaringer er gjort gjennom forsknings- og utviklingsprosjekt?
- Hvilke effekter av og erfaringer med fysisk aktivitet med relevans for psykisk helsearbeid i kommunen er beskrevet i internasjonalt forskningsarbeid?
- Hva er barrierer og tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid?

Den første problemstillingen vil bli besvart i kapittel 3, mens de resterende vil bli besvart i kapittel 4.

## 1.2 BAKGRUNN OG AKTUALITET

### OMFANG AV PSYKISKE LIDELSER – BEHOV FOR ENKLE STRATEGIER

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet (Mykletun et al., 2009), og det anslås at 16–22% av alle voksne vil ha en psykisk lidelse i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018). Psykiske lidelser kan dermed anses som en folkesykdom som de fleste mennesker kommer i

berøring med i løpet av livet, enten ved å bli syk selv, eller ved at familiemedlemmer eller venner blir rammet (Martinsen 2018). De tre vanligste psykiske lidelsene i Norge er depressive lidelser, angstlidelser og rusrelatert lidelser. Om lag 15% og 10% vil få henholdsvis en angstlidelse eller en depressiv lidelse i løpet av et år. For ruslidelser er 12-månedersforekomsten ca. 8% for menn og 3% for kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). Psykoselidelser, ofte kalt alvorlige psykiske lidelser (Martinsen 2018, 2018), forekommer mer sjeldent og rammer ca. 1-3,5% av befolkningen i løpet av livet (Mykletun et al., 2009; Perala et al., 2007).

Viktige mål med helsetjenester til personer med psykiske lidelser er å fremme uavhengighet, selvstendighet og brukernes evne til å mestre eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Sosial- og helsedepartementet, 1998). I henhold til Stortingsmelding 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge» skal pasienter ta i bruk egne ressurser for å gjenvinne egen helse, og fysisk aktivitet omtales som et nyttig tiltak for personer med psykiske lidelser (Helsedepartementet, 2003). Omfanget av psykiske lidelser gjør det også åpenbart at helsevesenet ikke kan hjelpe alle. Det er derfor behov for enkle, lett tilgjengelige strategier som mennesker selv kan benytte for å mestre sine plager og styrke sin psykiske helse, og fysisk aktivitet kan være en strategi (Martinsen, 2012, 2018a).

## HELSEMESSIGE FORDELER AV Å VÆRE FYSISK AKTIV - EN «MIRAKELKUR»

Kunnskapsgrunnlaget for de helsemessige fordeler av å være fysisk aktiv er omfattende og stadig voksende (Dalene et al., 2019; Denison et al., 2018; Haseler et al., 2019). Forskning på fysisk aktivitet og helse gjennom livsløpet antyder at helsetilstanden til personer som er fysisk aktive vil være langt bedre enn personer som er fysisk inaktive. Personer som er fysisk aktive har lavere forekomst av hjerte- og karsykdom, metabolsk syndrom, diabetes type 2, flere former for kreft, depresjon og tidlig død (Dalene et al., 2019; Denison et al., 2018; Haseler et al., 2019). All fysisk aktivitet er bedre enn ingen. En systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse viser et tydelig dose-respons forhold mellom fysisk aktivitet og dødelighet uansett årsak, og selv lett fysisk aktivitet (eksempelvis spaserturer) reduserer risikoen for tidlig død (Ekelund et al., 2019). Gevinsten av fysisk aktivitet er ikke bare begrenset til helse, men er også en kilde til glede, trivsel, livsutfoldelse, positive mestringsopplevelser og fellesskap (Den gode hjertebanken, 2017; Torstveit et al., 2018). Videre ser det ut til at regelmessig fysisk aktivitet kan påvirke humøret positivt, redusere stress, samt gi bedre stressmestring, mer energi overskudd i hverdagen, økt kroppsbevissthet, bedre fysisk funksjon, bedre søvnkvalitet og livskvalitet (Den gode hjertebanken, 2017; Torstveit et al., 2018). Fysisk aktivitet er blitt kalt en «mirakelkur» (Academy of Medical Sciences., 2015; "The miracle cure," 2019), og det er uttalt at hvis fysisk aktivitet hadde vært en pille ville alle tatt den (Reutz, 2018). Likevel er omlag 70% prosent av den voksne befolkningen i Norge fysisk inaktive (Helsedirektoratet, 2016b), og på verdensbasis er fysisk inaktivitet den fjerde ledende risikofaktoren for dødelighet (WHO, 2009). Fysisk inaktivitet er ansett som en av de viktigste folkehelseutfordringene i det 21. århundre (Blair, 2009), og det er stort behov for strukturelle tiltak for å øke fysisk aktivitetsnivå i befolkningen (Denison et al., 2018; Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Fysisk aktivitet er i midlertidig også viktig som individuelle eller gruppebaserte tiltak i sekundærforebygging, behandling og habilitering/rehabilitering av blant annet hjerte-karsykdom,

diabetes type 2, overvekt/fedme og muskelskjelett lidelser (Academy of Medical Sciences., 2015; Haseler et al., 2019; “The miracle cure,” 2019; Torstveit et al., 2018). Helsepersonell har en unik posisjon for å hjelpe pasienter/brukere til å bli mer fysisk aktive. Det å sette fysisk aktivitet på agendaen og ha en kort samtale innenfor en konsultasjon kan føre til endring (Academy of Medical Sciences., 2015; Blair, 2009; Haseler et al., 2019; “The miracle cure,” 2019). Et samspill mellom sosioøkonomiske, kulturelle, fysisk miljømessige og helsepsykologiske faktorer er i midlertidig svært viktig for å forstå og endre voksnes fysiske aktivitet (Torstveit et al., 2018).

#### REDUSERT LEVEALDER, ØKT SOMATISK SYKDOM OG LAVT AKTIVITETSNIVÅ BLANT PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER

Store register studier fra Danmark, Sverige og Finland viser at personer som har vært innlagt på sykehus med en psykisk diagnose har en reduksjon i forventet levealder på 15 -20 år sammenlignet med befolkningen ellers (Laursen et al., 2016; Laursen et al., 2013; Lien, 2015; Nordentoft et al., 2013; Wahlbeck et al., 2011). Personer som har en ruslidelse i tillegg til alvorlig psykisk lidelse, har enda lavere forventet levealder (Hjorthoj et al., 2015). Overdødeligheten er til stede i alle psykiske diagnosegrupper, og gjelder også når det korrigeres for økt forekomst av selvmord. Wahlbeck et al. (2011) viser til at studier ellers i Europa viser tilsvarende funn relatert til dødelighet, både hos inneliggende pasienter, utskrevne pasienter og hos pasienter med psykiske lidelser som følges opp av primærhelsetjenesten.

Selv om årsakene er sammensatte og til dels uklare, viser studier at en stor andel av overdødeligheten er knyttet til økt forekomst av og mangelfull oppfølging av somatisk sykdom (De Hert et al., 2011; Laursen et al., 2013; Lien, 2015; Nordentoft et al., 2013; Wahlbeck et al., 2011). De vanligste somatiske sykdommene hos personer med psykiske lidelser er hjerte- og karsykdom, luftveissykdommer, diabetes, fedme og metabolske sykdommer (De Hert et al., 2011). Studier viser at blant personer med alvorlige psykiske lidelser er forekomsten av disse sykdommene minst dobbelt så høy som i befolkningen generelt (De Hert et al., 2011; Scott & Happell, 2011). Dette er sykdommer hvor fysisk aktivitet kan ha god effekt som forebygging, helsefremming og behandling (Torstveit et al., 2018).

Forskning har vist at flere medikamenter som tilbys som behandling for personer med psykiske lidelser, har en innvirkning på appetitt og fettstoffsiftet, og gir dermed vektøkning, som videre forsterker risikoen for hjerte- og karlidelser (Bak et al., 2014; Cunningham et al., 2013; Faulkner et al., 2003). Livsstilsfaktorer (som høyt forbruk av tobakk, et usunt kosthold og dårlig fysisk form) er også avgjørende i utviklingen og forekomsten av somatisk sykdom og reduksjon i forventet levealder (Cunningham et al., 2013; De Hert et al., 2011; Keinanen et al., 2018; Lundstrom et al., 2019). Generelt og uavhengig av diagnoser og målemetoder, viser både norske og internasjonale studier at voksne personer med alvorlige psykiske lidelser er mindre fysisk aktive sammenlignet med den generelle befolkningen, særlig med tanke på moderat og hard fysisk aktivitet. Og en stillesittende livsstil er vanlig blant personer med psykisk lidelser (Daumit et al., 2005; Farholm, 2017a; Keinanen et al., 2018; Lundstrom et al., 2019; Melo et al., 2016; Nyboe & Lund, 2013; Osborn et al., 2007; Schuch et al., 2017; Stubbs, Firth, et al., 2016; Stubbs, Williams, et al., 2016; Ussher et al., 2011; Vancampfort et al., 2016; Vancampfort et al., 2017). I en global systematisk oversikt og metaanalyse fant Vancampfort et al. (2017) at inneliggende pasienter er mer aktive enn pasienter som

ikke er innlagt. Dårlig fysisk form og lavt aktivitetsnivå er faktorer som alle er assosiert med sykdom (Keinanen et al., 2018). Eksempelvis fant Heggelund, Hoff, et al. (2011) i en norsk studie at mannlige innleggende og polikliniske pasienter med schizofreni har dårligere fysisk form sammenlignet med menn i normalbefolkningen. Videre hadde pasienter med dårligst fysisk form høyere sannsynlighet for å ha en eller flere risikofaktorer for kardiovaskulær sykdom.

Til tross for den høye forekomsten av somatisk sykdom, dårlig fysisk form og redusert levealder, blir ofte den fysiske helsen hos personer med psykiske lidelser neglisjert i helsevesenet. Dette gjelder i Norge (Melby et al., 2017; Rønning, 2017a, 2017b; Thoresen, 2014), så vel som internasjonalt (De Hert et al., 2011; Ewart et al., 2016; Mitchell et al., 2012). Neglisjering av den fysiske helsen skjer både for innleggende pasienter og i kommunale helsetjenester, og er relatert til forebygging så vel som behandling av vanlige somatiske sykdommer (De Hert et al., 2011; Mitchell et al., 2012).

I henhold til Helsedirektoratets veileder (Sammen om mestring, 2014), skal lokalt rus- og psykisk helsearbeid bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseutfordringer for den enkelte, for tredjepart/nettverk og for samfunnet. Videre plikter helsepersonell å gi brukere med psykiske lidelser en helhetlig behandling, noe som omfatter psykiske faktorer samt utredning og behandling av somatiske helseproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c; Rønning, 2017a; Thoresen, 2014).

## FYSISK AKTIVITET SOM ANSVARSOMRÅDE

Fysisk aktivitet har de siste årene blitt anerkjent som et viktig tema og ansvarsområde innen folkehelsepolitikken, og inngår i nye planer og strategier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a; Helse og omsorgsdepartementet, 2019, 2020). Viktigheten av fysisk aktivitet som del av det psykiske helsearbeidet er også sentralt i Regjeringens nyeste strategiplan for bedre psykisk helse (Mestre hele livet, 2017). Ifølge Helsedirektoratet er et av de viktigste innsatsområdene for å fremme fysisk aktivitet og begrense stillesitting å styrke helse- og omsorgstjenestens arbeid med å ta i bruk fysisk aktivitet i forebygging, behandling og rehabilitering og som helsefremmende aktivitet (Helsedirektoratet, 2014; Sammen om mestring, 2014). I januar 2019 trådte pakkeforløp for psykisk helse og rusavhengighet i kraft med egen pakke for Somatisk helse og levevaner. Her anbefales at fysisk aktivitet bør være en integrert del av behandlingen uavhengig av behandlingsnivå (Helsedirektoratet, 2018). Kommunale helse- og omsorgstjenester har i så måte en viktig rolle for å tilrettelegge og motivere for fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010, 2018; Mestre hele livet, 2017; Moe & Martinsen, 2011; Sammen om mestring, 2014).

## 1.3 KLARGJØRING AV SENTRALE BEGREPER

**Fysisk aktivitet** kan defineres som «*alle kroppslige bevegelser som resulterer i økt energiforbruk, og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse, eksempelvis arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, kroppsøving og fysisk fostring*» (Bouchard, 1993; Espnes & Smedslund, 2009). **Trening** skiller seg fra andre former for fysisk aktivitet med at det er «*fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentas regelmessig, og har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form, helse eller prestasjonsnivå*». I dagligtale brukes begrepene



ofte om hverandre, det vil også være tilfelle i denne oppsummeringen. I Norge brukes begreper som **tilpasset fysisk aktivitet**, tilpasset trening, treningsterapi, idrettsterapi og idrettspsykoterapi når fysisk aktivitet brukes bevisst i behandling og rehabilitering (Martinsen, 2011). Oppsummeringen omhandler i stor grad denne typen fysisk aktivitet og trening, samt ulike aktivitetstilbud i kommunen tilpasset brukere med psykiske lidelser/helseutfordringer. Friluftsterapi, musikkterapi, arbeid og kontakt med dyr er ikke inkludert.

**Psykisk helsearbeid** fokuserer på psykisk helse, inkludert tiltak til mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, familie og nettverk. Psykisk helsearbeid er et «paraply begrep» som omhandler alle ledd i tjenestene der det arbeides med psykisk helse (Andersen, 2008), og er avhengig av tverrfaglighet, både når det gjelder tilfang, praksis og samarbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012). Arbeid med psykisk helse kan blant annet inkludere **lokalt psykisk helsearbeid** i kommuner, som kan avgrenses til arbeid og tiltak som gjøres lokalt i kommunen og i samhandlingssonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Sammen om mestring, 2014). Dette inkluderer blant annet helse- og omsorgstjenesten, de distriktspsykiatriske sentrene (DPS), den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen (TBS) og andre sektorer, tjenester og aktivitetstilbud i kommunen. Betegnelsene *lokalt psykisk helsearbeid*, *kommunalt psykisk helsearbeid* og *psykisk helsearbeid i kommunen*, brukes ofte om hverandre, slik er det også i denne oppsummeringen.

**Psykiske lidelser** kan regnes som en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker, følelser, kroppslige forhold, atferd, væremåte og omgang med andre (Martinsen, 2018a, 2018b; Mykletun et al., 2009). Samlebetegnelsen dekker et vidt spekter av tilstander fra mildere plager som fobier, lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni (Mykletun et al., 2009). I det medisinske paradigmet klassifiseres psykiske lidelser i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier beskrevet i to klassifikasjonssystemer (Norvoll, 2014), i.e. DSM-VI eller ICD-10<sup>1</sup>. Diagnostisering av psykiske lidelser gjøres av erfarne klinikere ved hjelp av strukturerte kliniske intervjuer. Det finnes også en rekke kartleggingsskjemaer som graderer ulike aspekter av psykiske plager og lidelser, slik som symptomer, funksjonsnivå og livskvalitet. Skjemaene kan brukes som indikator for alvorligheten av en lidelse eller for å måle endring under behandling, men ikke diagnostisere tilstander. I samfunnsvitenskapelig perspektiv på psykisk helse anses **psykiske helseutfordringer** ikke som universelle individuelle egenskaper, men som allmenne, sosiale og kulturelt pregede fenomener (Norvoll, 2014). Med en slik forståelse har ikke samfunnsvitenskapen utviklet egne klassifikasjonssystemer for psykiske helseutfordringer (Norvoll, 2014). Denne oppsummeringen er avgrenset til tiltak, forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler personer beskrevet enten med en generisk betegnelse som *psykisk helseutfordring*, *psykisk lidelse* eller *alvorlig psykisk lidelse*, eller beskrevet med en hoveddiagnose av følgende psykiske lidelser; depresjon, angst, ruslidelse, schizofreni eller bipolar lidelse. Publikasjonene som er inkludert i oppsummeringen, må ikke klassifisere utvalget i henhold til diagnostiske kriterier som DSM-IV eller ICD-10.

**Recovery**, ofte kalt **bedringsprosesser** på norsk, er et begrep som defineres, brukes og forstås på ulike måter. En mye brukt definisjon er; *“Recovery er en dypt personlig, unik*

<sup>1</sup> DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) utarbeidet av American Psychiatric Association. ICD: WHO's International Classification of Diseases (ICD).

*prosess der en endrer sine holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og medvirkende liv selv innenfor de begrensninger som sykdommen forårsaker. Recovery innebærer utvikling av ny mening og hensikt i eget liv idet en vokser utover de katastrofale virkninger av psykisk sykdom*” (Anthony, 1993 gjengitt på norsk i Topor et al., 2020, s. 15). Denne definisjonen er i midlertidig blitt kritisert for å være snever, og recovery er videre blitt definert som en sosial (Ramon, 2018), relasjonell (Brekke et al., 2020) og felles (Topor et al., 2020) prosess. Felles for alle definisjonen er at recovery ikke trenger bety klinisk bedring, men en prosess om å få det bedre og leve et best mulig liv. Som sådan handler ikke recovery om at psykiske helseutfordringer eller lidelser blir kurert, men om det arbeidet mennesket gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv med eller uten symptomer eller problemer som vil komme og gå (Karlsson & Borg, 2017; Shepherd et al., 2008). Slik Perkins og Repper (2003) beskriver det «*handler recovery ikke om å «bli kvitt» problemene. Det handler om å se menneskene utover problemene deres – deres evner, muligheter, interesser og drømmer – og gjenopprette de sosiale rollene og forholdene som gir livet verdi og mening*» (min oversettelse). Basert på en systematisk litteraturgjennomgang beskriver Slade et al. (2012) fem nøkkel recovery- prosesser; 1) Tilknytning/samhørighet, 2) Håp og optimisme om fremtiden, 3) Identitet, 4) Mening/retning i livet, og 5) Empowerment. Recovery-støttet psykisk helsearbeid kan innebære å hjelpe mennesker som har psykiske helseutfordringer med å tilrettelegge for disse prosessene, og støtte individet i deres recovery-prosess.

# METODE

I det følgende presenteres fremgangsmåten for arbeidet med denne oppsummeringen. Metodikken som er anvendt i arbeidet, ligger nært opptil det som i forskningslitteraturen omtales som «scoping reviews» (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Daudt et al., 2013). Til forskjell fra systematiske oversikter (systematic reviews) har denne tilnærmingen mer åpne forskningsspørsmål og problemstillinger, og inkluderer litteratur med flere typer studiedesign og metoder. Videre blir studienes vitenskapelige kvalitet vanligvis ikke evaluert og gradert opp mot et gitt evidenshierarki. I stedet vektlegges å skape en vid oversikt over emner og beskrive kjerneelementer fra de inkluderte arbeidene, samt at det er mulighet for å inkludere såkalt «grå litteratur» (dvs. ikke-vitenskapelig litteratur som for eksempel offentlige dokumenter, rapporter og erfaringsbaserte kilder). Det er også større åpenhet for å utvikle inklusjons-kriteriene underveis i arbeidsprosessen (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al., 2014; Daudt, van Mossel, & Scott, 2013).

## 2.1 SØKESTRATEGI OG UTVALG

I arbeidet med å finne forsknings- og utviklingsprosjekter og annet relevant materiale er det brukt både systematiske og usystematiske søkestrategier etter følgende dokumenter; Offentlige styringsdokumenter, Fagfellevurdert forskning/vitenskapelige arbeider, Ikke fagfellevurdert forskning/vitenskapelige arbeider, Rapporter fra utviklingsprosjekt, Pågående prosjekter, Faglitteratur, Verktøy og hjelpemidler, Internettsider og Andre ressurser. Emneredaktør utførte søk i relevante søkemotorer, databaser, på offentlige nettsteder, via fagtidsskrifter og aktuelle organisasjoners nettsider (se tabell 1). Søkeordene ble valgt utfra oppsummeringens hensikt og problemsstillinger, og ble brukt hver for seg og i ulike kombinasjoner.

### NORSKE SØKEORD SOM BLE ANVENDT:

- Psykisk helsearbeid, kommunalt/lokalt psykisk helsearbeid, helse- og omsorgstjenester og psykiske lidelser
- Angst, depresjon, ruslidelser, schizofreni, bipolar lidelse og psykose
- Fysisk aktivitet, trening, livsstil, idrettsterapi og idrettspsykoterapi

### ENGELSKE SØKEORD SOM BLE ANVENDT:

- Mental disorders, mental disease, psychiatric, mental illness, psychiatric, depression, anxiety, substance-related disorders, schizofrenia, bipolar, psychotic, mental health services, community mental health centres
- Physical activity, Exercise, Exercise therapy, Lifestyle
- Norway, Norwegian

**Tabell 1:** Oversikt over søkemotorer, nettsteder og fagtidsskrift

Søkemotorer	Databaser	Offentlige nettsteder	Organisasjoners nettsider	Fagtidsskrifter
ORIA Google Scholar	MEDLINE (Ovid), PsychINFO (Ovid) Embase (Ovid) CINAHL pluss (EBSCOhost) SPORTDiscuss (EBSCOhost) Swemed Cochrane Library	Fylkesmannen.no Helsebiblioteket.no Kunnskapsenteret.no Regjeringen.no lovdata.no Helsedirektoratet.no utviklingssenter.no Idunn.no Helsenorge.no fhi.no	extrastiftelsen.no/prosjekter forskningsradet.no helsenorge.no ks.no fysioterapeuten.no erfaringskompetanse.no ergoterapeuten.no omsorgsforskning.no legeforeningen.no sykepleien.no tidsskriftet.no napha.no energiverket.no rus.no (rus og samfunn) rop.no	Tidsskrift for psykisk helsearbeid Tidsskrift for legeföreningen Tidsskrift for psykologer Ergoterapeuten Fysioterapeuten

Det er også søkt i referanselister til aktuelle artikler og publikasjoner, samt facebook-sider for ulike aktivitetssentre. Videre ble det sendt ut forespørsel etter prosjekter på facebook-siden FYSKICK (Nasjonalt nettverk for fysisk aktivitet innen psykisk helse og rus). I tillegg er publikasjoner og tiltak identifisert gjennom forespørsler til fagpersoner og kontakt med kollegaer og ekspertgruppe.

#### INKLUSJONSKRITERIER:

Følgende inklusjonskriterier ble satt for utvelgelse av offentlige styringsdokumenter:

- Relevans for emnet
- Gjeldende per dags dato
- Belyser nasjonale og/eller faglige føringer som gjelder innenfor emnet

Som inklusjonskriterier for utvalg av forsknings- og utviklingsarbeid ble det satt at materialet skulle være publisert i år 2000 eller senere, og på et skandinavisk språk eller engelsk. Videre ble følgende inklusjonskriterier satt med utgangspunkt i oppsummeringens hensikt og problemstillinger:

- Omhandle voksne (18-67 år) personer/brukere med psykiske lidelser
- Omhandle fysisk aktivitet i lokalt psykiske helsearbeid, og/eller i samarbeid med andre aktører
  - ◊ Fysisk aktivitet som behandling eller aktivitetstilbud
  - ◊ Kun prosjekter/studier i det norske helsevesenet (evt. oppsummeringer)

Da svært få publikasjoner studier/publikasjoner fra konteksten lokalt psykisk helsearbeid i Norge ble identifisert, ble følgende del-inklusionskriteriene satt underveis i prosessen:

- Ha relevans for psykisk helsearbeid i kommunen
  - ◊ Spesialisthelsetjenesten med overføringsverdi til kommunen

- ◇ Internasjonale prosjekter med overføringsverdi til norsk kontekst
- ◇ Internasjonale kunnskapsoppsummeringer med overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst

I utvelgelsen av publikasjoner fra forsknings- og utviklingsprosjekter, er definisjonen fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling (NIFU, 2015) lagt til grunn. I og med at presentasjonen er strukturert rundt tema, blir forsknings- og utviklingsarbeider (jfr. NIFUs definisjon) presentert om hverandre.

## 2.2 TILLEGGS SØK

Svært få av de opprinnelig inkluderte publikasjonene undersøkte effekten av fysisk aktivitet på psykiske lidelser, noe forfatter av oppsummeringen anså som nyttig kunnskap for helsepersonell og øvrige lesere av denne oppsummeringen. Det ble derfor utført supplerende søk etter systematiske reviews og/eller metaanalyser hvor hovedutfallsmål er symptomer på psykiske lidelser og livskvalitet. Det ble søkt i syv databaser: Cochrane Library, MEDLINE (Ovid), PsychINFO (Ovid), Embase (Ovid), CINAHL pluss (EBSCOhost), SPORTDiscuss (EBSCOhost) og Swemed.

## 2.3 ANALYSE

Alle dokumenter funnet i forbindelse med litteratursøket, er gjennomgått av emneredaktør og vurdert mot inklusjonskriteriene. Publikasjonene ble først vurdert for relevans utfra dokumentets tittel. Deretter ble sammendrag lest, og om innholdet ble oppfattet som relevant, ble hele dokumentet vurdert opp mot inklusjonskriterier i oppsummeringen og omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring (Senter for omsorgsforskning, 2016). Dokumentene er videre organisert under fem hovedtema, som utgjør strukturen videre i oppsummeringen;

1. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser  
– hva er effektene på symptomer?
2. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser – hva er erfaringene til personer med psykiske helseutfordringer som deltar i fysisk aktivitet
3. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser – en kompleksitet av barrierer
4. Aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i lokalt psykisk helsearbeid
5. Tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet som behandlingstiltak i lokalt psykisk helsearbeid

## 2.4 EKSPERTGRUPPE OG INTERN FAGFELLEVRURDERING

Denne oppsummeringen er kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for delemnet fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i Omsorgsbiblioteket som består av:

- **Toril Moe;** Fagansvarlig/spesialrådgiver/cand.scient, ved Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, samt gründer for implementering av ApD i psykisk helsearbeid og faglig ansvarlig for utdanningen Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid.

- **Unn Hege Johannessen;** Treningsterapeut Indre Sogn psykiatrisenter, i Helse Førde (HF). Utdannet faglærer i idrett fra Norges Idrettshøgskole, har mastergrad i samhandling innen helse- og sosialtjenester fra Høgskulen på Vestlandet og videreutdanning i kognitiv terapi. Bruker kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode, med integrert fokus på sunne levevaner som søvn, kosthold og fysisk aktivitet. Har 30 års erfaring med gruppetrening, og representerer psykisk helsevern i ernæringsutvalget i HF.
- **Lars Lien;** professor, psykiater og faglig leder i ROP. Spesialist i samfunnsmedisin og psykiatri og professor i samfunnsmedisin/psykisk helse ved Høgskolen i Innlandet. Ekstern faglig ansvarlig for en ny ROP modul i pakkeforløpene og som overlege ved Sami Klinikka, samt professor i psykiatri ved UIT.
- **Reinhold Rønstad;** Psykiatrisk sykepleier, Kristiansand kommune, Livsmestring Øst
- **Åse Hasselberg Korsmo;** Sosionom/tverrfaglig spes.høg. utd. Livsmestring Øst ambulerende oppfølgingsteam

I tillegg har faglig leder ved Senter for omsorgsforskning (SOF), sør, professor Bjørg Dale, kommentert hele teksten tidlig i prosessen. Oppsummeringen er videre fagfellevurdert av en annen emneredaktør i Omsorgsbiblioteket, Siv Fladsrud Magnussen, SOF, Øst. Oppsummeringen er vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets ansvarlige redaktør, Astrid Gramstad, SOF Nord.

# OFFENTLIGE REGULERINGER OG FØRINGER FOR FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEARBEID

I dette kapitlet presenteres utvalgte offentlige dokumenter med relevans for betydningen av fysisk aktivitet i lokalt psykisk helsearbeid.

## 3.1 LOVER OG FORSKRIFTER

### FOLKEHELSELOVEN

Formålet med Folkehelseloven (2011) er å bidra til en samfunnsutvikling og et folkehelsearbeid som fremmer befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. I henhold til § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan blant annet omfatte tiltak som fysisk aktivitet.

### LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Formålet med Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Etter § 3-1 skal kommunene sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, herunder personer med psykiske lidelser. I § 3-3 heter det at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

## 3.2 MELDINGER TIL STORTINGET OG NASJONALE STRATEGIER

Fysisk aktivitet er direkte eller indirekte omtalt i flere Meldinger til Stortinget (forkortet Meld. St.)<sup>2</sup> og nasjonale strategier, og ofte som ett tema innenfor et større politisk område. Nedenfor gis en kort omtale av de mest sentrale (presentert i kronologisk rekkefølge):

### ST.MELD.NR. 16 (2002-2003): RESEPT FOR ET SUNNERE NORGE. FOLKEHELSEPOLITIKKEN

Denne meldingen retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge som handler om «å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår», i tillegg til «å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet». (boks 1.1 s.6) (Helsedepartementet, 2003). I henhold til denne meldingen skal pasienter ta i bruk egne ressurser for å gjenvinne egen helse, og for første gang i en stortingsmelding ble fysisk aktivitet omtalt som viktig innen psykisk helse og som et nyttig tiltak ved behandling (boks 4.1 s.28). Fysisk aktivitet blir beskrevet som en kilde til helse og livskvalitet og et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet (kap. 4.1. s 28). Meldingen peker også på den dokumenterte positive effekten av fysisk aktivitet på helse (boks 4.1 s.28 & kap. 9.1 s. 92-93). Regjeringen legger opp til en sterkere vektlegging av påvirkning av livstil i helsetjenestene, og styrking av forebyggende helsetjenester for å reparere mindre (kap. 9.1 s. 92-93. Et virkemiddel var nye insentiver for legene med aktive eller «grønne resepter» (boks 9.2. s 93). Det påpekes at i tillegg til innledende veiledning og medfølgende resept fra lege, vil det ofte være behov for en oppfølging som sikrer at den enkelte ikke blir overlatt til seg selv. Andre virkemidler er aktivitetstilbud på et lavterskelnivå (kap. 4.1.5 s. 34). Kroppslig utfoldelse som del av et fellesskap er også en kilde til livskvalitet. Mange faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene. Det er behov for å bygge ned barrierer mot fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv.

### ST.MELD. NR. 25 (2005-2006): MESTRING, MULIGHETER OG MENING. FRAMTIDAS OMSORGSUTFORDRINGER

I denne meldingen står framtidens omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Meldingens tiltak oppsummeres i Omsorgsplan 2015, hvor det legges vekt på kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Regjeringen understreker at lovgivningen gir personer med behov for omsorgstjenester, rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (kap 3.4.1 s.19). Dette kan for eksempel være bistand til å kunne utnytte vanlige aktivitetstilbud eller utforming av særlige aktivitetstilbud som en del av tjenestetilbudet.

<sup>2</sup> Fram til 1. oktober 2009 var det betegnelsen stortingsmelding (forkortet St.meld.) som ble brukt.



ST.MELD.NR.47 (2008-2009): SAMHANDLINGSREFORMEN.  
RETT BEHANDLING - PÅ RETT STED - TIL RETT TID

Denne meldingen fremhever viktigheten av å styrke fysisk aktivitet som tverrfaglig behandlingsredskap i psykisk helsearbeid både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Generelt skal helsesektoren bidra med forebyggende og helsefremmende innsats i folkehelsearbeidet og på tiltaksnivå. Dagens helsetjenester preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og det forebyggende arbeidet skal styrkes, herunder arbeidet med fysisk aktivitet. I henhold til meldingen skal ressurser flyttes fra sykehusene til kommunene for å bygge opp flere tjenester i kommunene og begrense antallet pasienter med behov for spesialisthelsetjenesten.

MELD. ST. 16 (2010-2011). NASJONAL HELSE-  
OG OMSORGSPLAN (2011- 2015)

I denne meldingen trekker Regjeringen frem at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det påpekes at de dominerende sykdomsgruppene i dag, deriblant psykiske lidelser, er sykdommer og lidelser som påvirkes av levevaner. Fysisk inaktivitet trekkes frem som en av flere risikofaktorer. I meldingen spesifiseres det at personer med psykiske lidelser skal få et helhetlig og kunnskapsbasert tjenestetilbud med vekt på mestring og brukerperspektivet.

MELD. ST. 34 (2012-2013). FOLKEHELSEMELDINGEN.  
GOD HELSE - FELLES ANSVAR

I denne meldingen trekker Regjeringen frem et behov og potensiale for å utvikle helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det påpekes at tjenesten gjennom den ordinære virksomheten, har mulighet til å fange opp og veilede personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom på grunn av livsstil, og at helsepersonell er den gruppen fagfolk som befolkningen har størst tillit til når det gjelder råd om livsstil. Psykiske lidelser og rusproblemer omtales som betydelige folkehelseproblemer som er viktige årsaker til sykdom og redusert levealder, og kan føre til tap av livskvalitet og redusert funksjonsevne.

MELD.ST.26 (2014-2015): FREMTIDENS  
PRIMÆRHELSETJENESTE - NÆRHET OG HELHET

Denne meldingen beskriver behovet for endringer og gir føringer for videre utvikling av den kommunale omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 22). I meldingen spesifiseres det at *«brukere med psykiske helseutfordringer har behov for oppfølging der også deres somatiske problemer ivaretas på en god måte, og får opplæring og hjelp til å endre livsstil, mestre livet og følge opp egne helseutfordringer»*.

## ST. MELD. 11 (2015–2016): NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN (2016–2019)

Tre av seks hovedområder og mål for Nasjonal helse- og sykehusplan er; - Styrke pasienten, - Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling, og - Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å forebygge sykdom og fremme helse for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Forebygging og helsefremming må ikke bare dreie seg om å gi livsstilsråd til pasienten etter avsluttet behandling, men aktivitetene må være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient. Spesialisthelsetjenesten må også utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre samarbeidspartnere. Regjeringens mål med psykiske helse-tjenester og tjenester på rusfeltet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. I henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan skal mennesker med psykiske lidelser ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c).

## PROP. 15 S (2015–2016) PROPOSISJON TIL STORTINGET (FORSLAG TIL STORTINGSVEDTAK): OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET (2016–2020)

I opptrappingsplanen for rusfeltet vises det flere ganger til økt forekomst av somatiske sykdommer blant personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt at mennesker med psykiske lidelser er mindre fysisk aktive og i dårligere fysisk form enn resten av befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d). Videre nevnes at individuelt tilpasset fysisk aktivitet er viktig i behandling av en rekke sykdommer og tilstander, og fysisk aktivitet kan være viktig både i forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser, som depresjon og angst. Det påpekes at der det er tilstrekkelig kunnskap, skal det arbeides for at fysisk aktivitet inngår i relevante faglige retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering. Videre, at regjeringen vil legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i rusbehandling og innen psykisk helsevern.

## OMSORG 2020. REGJERINGENS PLAN FOR OMSORGSFELTET 2015–2020

Omsorg 2020 (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) er regjeringens plan for omsorgsfeltet i perioden 2015–2020. I planen fremheves det blant annet at for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden, er det behov for faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Faglig omstilling i tjenestene er blant annet knyttet til sterkere vektlegging av mestring og aktivisering.

## MELD. ST. 19 (2014-2015): FOLKEHELSEMELDINGEN – MESTRING OG MULIGHETER

I denne meldingen presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Regjeringen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt av oss til å ta ansvar for egen helse. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling.

## MESTRE HELE LIVET - REGJERINGENS STRATEGI FOR GOD PSYKISK HELSE (2017-2022)

Som en oppfølging av Meld. St. 19 (2014-2015) la regjeringen i 2017 fram en strategi for bedre psykisk helse (Mestre hele livet, 2017). Et eget kapittel er viet oversykelighet og overdødelighet blant pasienter med psykiske lidelser, hvor det påpekes at tjenestene må etablere rutiner og en organisering som sikrer en forsvarlig ivaretagelse også av pasientenes somatiske helse. Kunnskap om oversykelighet og overdødelighet i disse pasientgruppene må tas inn i utdanningene, i veiledere og andre former for beslutningsstøtte. Det er behov for en særlig innsats for å tilby mennesker med psykiske lidelser hjelp til å endre sine livsstilsvaner.

## FOLKEHELSEMELDINGEN: «GODE LIV I EIT TRYGT SAMFUNN» (MELD. ST. 19 (2018-2019))

I henhold til denne meldingen må folkehelsearbeidet legge til rette for god helse for alle og bidra til mindre sosial ulikhet i helse, og folkehelsearbeidet må gjelde alle livsfaser (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). Det skal legges til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og sette i verk målretta tiltak for enkeltpersoner som er i en sårbar situasjon. For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, effektive og koordinerte. Regjeringen vil også videreføre arbeidet med å legge til rette for helsevennlige valg ved blant annet å satse på økt fysisk aktivitet. I meldingen presenteres også overordnede mål, strategier og hovedinnsatsområder for fysisk aktivitet, som grunnlag for en ny handlingsplan for økt fysisk aktivitet. Det legges vekt på at folkehelsearbeidet må fremme helse og trivsel blant alle innbyggerne, og at tverrsektorielt samarbeid er nødvendig i folkehelsearbeidet.

## «SAMMEN OM AKTIVE LIV». HANDLINGSPLAN FOR FYSISK AKTIVITET 2020-2029:

I henhold til Regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet «Sammen om aktive liv» (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 58) er det et *«mål at helse- og omsorgspersonell har nødvendig kunnskap om fysisk aktivitet, og at bruk av fysisk aktivitet benyttes som tiltak for å forebygge og behandle sykdom i helse- og omsorgstjenestene»*. Fysisk aktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester er omtalt i kapittel 6.1, 6.2 og 6.3. Det spesifiseres at det er viktig at helsepersonell bevisst diskuterer, gir råd om og engasjerer seg i fysisk aktivitet hos pasienter, og at fysisk aktivitet blir kartlagt som en naturlig del av besøk i tjenesten. I planen refereres det til at studier viser at fysisk aktivitet kan være

gunstig ved lettere og moderate plager med angst og depresjon, samt ved alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Det poengteres at spesialisthelsetjenesten i økende grad er opptatt av å tilby trening og fysisk aktivitet til pasienter med rus- og psykiske lidelser. Den største utfordringen for pasienten ligger ofte i å etablere gode rutiner som videreføres etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Det vises til at tilrettelegging for tilpasset fysisk aktivitet kan skje i regi av frisklivsentraler og gjennom samarbeid med idretten eller andre frivillige organisasjoner. I pakkeforløp for psykisk helse og rus anbefales et samarbeid med kommuner om tiltak som kan bidra til varig endring av levevaner.

### 3.3 FAGLIGE RETNINGSLINJER OG VEILEDERE

Helsedirektoratet har utarbeidet veiledere og nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser. I tillegg presenteres her generelle anbefalinger for fysisk aktivitet.

#### WHO'S ANBEFALINGER FOR FYSISK AKTIVITET

- «EVERY MOVE COUNTS»

De nye retningslinjene til WHO (2020) anbefaler minst 150 til 300 minutter med moderat til kraftig aerob aktivitet per uke for alle voksne, inkludert personer som lever med kroniske lidelser eller funksjonshemming. I tillegg bør muskelstyrkende aktivitet (moderat-høyere intensitet) som involverer alle store muskelgrupper gjennomføres to eller flere dager i uken. Reduser også sedat atferd.

#### NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR UTREDNING, BEHANDLING OG OPPFØLGING AV PERSONER MED PSYKOSELIDELSER

I retningslinjene vektlegges både psykologiske- og sosiale forhold, og fysisk helse (Helsedirektoratet, 2013). Det spesifiseres at *«Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling»* for brukere med psykoselidelser. Det anbefales blant annet å gi brukere informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening. Videre at dette bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling.

#### NASJONAL RETNINGSLINJE FOR DIAGNOSTISERING OG BEHANDLING AV VOKSNE MED DEPRESJON I PRIMÆR- OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

I retningslinjene anbefales det å informere pasienter med depresjon om fordelene ved å følge et strukturert treningsprogram gjerne med egen trener, opptil tre treningsøkter per uke av moderat lengde (45 minutter til 1 time) i 10 til 14 uker (gjennomsnittlig 12 uker)(Helsedirektoratet, 2009). Videre vises også til anbefalinger for fysisk aktivitet og forskning om fysisk aktivitet og depresjon.

### NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR UTREDNING, BEHANDLING OG OPPFØLGING AV PERSONER MED SAMTIDIG RUSLIDELSE OG PSYKISK LIDELSE - ROP-LIDELSER SAMMENSATTE TJENESTER - SAMTIDIG BEHANDLING

I retningslinjene trekkes fysisk aktivitet frem som et tiltak for personer med ROP lidelser, og et eget avsnitt er viet fysisk aktivitet og ernæring (Helsedirektoratet, 2012). Det vises til at den vitenskapelige dokumentasjonen av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er begrenset, men at fysisk aktivitet og trening kan ha en beroligende og angstdempende effekt, samt redusere depresjon. Aktiviteter kan videre bidra til å erstatte noe av tomrommet etter bruken av rusmidler, og deltakelse i organisert fysisk aktivitet, trening og idrett kan være med på å etablere sosiale nettverk utenfor de etablerte rusmiljøene.

### NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR BEHANDLING OG REHABILITERING AV RUSMIDDELPROBLEMER OG AVHENGIGHET

I retningslinjen foreslås det å bruke treningskontakter og systematisk fysisk aktivitet som terapeutisk tilnærming i rusbehandling (Helsedirektoratet, 2017). Det spesifiseres videre at dersom fysisk aktivitet/treningsterapi ønskes som en del av behandlingen, bør behovet imøtekommes. Det påpekes at ved bruk av fysisk aktivitet som metodisk tilnærming, bør metoden brukes jevnlig og over tid, og være en del av pasientens/brukerens behandlingsplan. Det bør benyttes aktiviteter som pasienten/brukeren trives med, og som det er mulig å følge opp i sitt lokalmiljø etter avsluttet behandling. Det skal foreligge medisinsk og psykologisk vurdering av kontraindikasjoner og risiko i forkant av systematisk bruk av fysisk aktivitet for å kunne tilrettelegge for tilpasset tilnærming. Bruk av treningskontakt kan med fordel starte før avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre behov for treningskontakt etter behandling bør vurderes og legges inn som del av individuell plan. Det kan også benyttes spesielt tilrettelagte treningstilbud som «aktiv på dagtid» og andre. Det vises/refereres videre til Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2008).

### NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR AVRUSNING FRA RUSMIDLER OG VANEDANNENDE LEGEMIDLER

I retningslinjen vises det til at pasienten bør tilbys tilpasset fysisk aktivitet som støttebehandling ved avrusning (Helsedirektoratet, 2016a).

### SAMMEN OM MESTRING (VEILEDER I LOKALT PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID FOR VOKSNE. ET VERKTØY FOR KOMMUNER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN)

I veilederen trekkes fysisk aktivitet frem som et tiltak for personer med psykiske lidelser (Sammen om mestring, 2014). Det er et eget avsnitt om fysisk aktivitet hvor spesielt tiltak for å forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som angst og depresjon nevnes. Det påpekes videre at tjenesteutøvere bør informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet tilpasset den enkelte. Ulike tjenester og aktører i lokalt psykisk

helsearbeid og rusarbeid, som frisklivssentraler, aktiv på dagtid, treningskontakter, ergo- og fysioterapeuttenesten, samt møteplasser og aktivitetstiltak utdypes.

#### PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE. BESKRIVELSE AV FAGFELTET. RÅD OG VEILEDNING. OVERORDNEDE RAMMER. VEILEDER. SOSIAL OG HELSEDIREKTORATET. 2005.

I denne veilederen er det et eget kapittel om fysisk aktivitet. Det vises til at mange med psykiske lidelser er i dårlig fysisk form og fysisk inaktive (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Å endre dette innebærer at de ofte må venne seg til å like å være fysisk aktive, og enkelte kan derfor trenge hjelp for å kunne delta i ordinære aktivitets- og treningstilbud. Det vises til at effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er godt dokumentert ved ulike psykiske lidelser og at de psykologisk gunstige virkningene av fysisk aktivitet kan oppnås med ulike typer aktivitet. Det er tilrettelegging av tilbudet, og ikke hvilken type aktivitet man velger, som er avgjørende. Utfoldelse og glede er viktige mål for aktiviteten, mer enn helse eller slankhet, og brukerne bør involveres blant annet med tanke på hvilke aktivitetstilbud man skal tilby. Det kreves ikke nødvendigvis omfattende kompetanse for å etablere denne typen aktivitetstilbud, men fysioterapeuter og personell med idrettsfaglig utdanning har kompetanse på å tilrettelegge fysisk aktivitet for ulike målgrupper. Ambisjonsnivået bør ikke legges for høyt, og god oppfølging blir avgjørende for å lykkes.

#### INDIVIDUELL PLAN

Personer som har behov langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012 § 2.5). En individuell plan skal konkretisere brukerens behov for tjenester og hvordan behovene skal dekkes. Kommunen har hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan når pasienten har tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Planen skal omfatte alle tjenesteområder og forvaltningsnivå. Fagprosedyren gjelder for alle enheter i organisasjonen, både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling. I en individuell plan skal pasientens mål komme fram og hvilke tiltak som skal settes i verk for å nå målet, hvem som har ansvaret for hvert enkelt tiltak og hvordan tiltakene skal utføres. I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012 § 19) beskrives hva planen skal inneholde. Ved kartlegging av behov for bistand, skal også sosialt fellesskap (herunder fysisk aktivitet) og helse (herunder fysisk helse) kartlegges. SINTEF helse (2004) SINTEF Helse har utviklet et planleggingsverktøy for individuell plan psykisk helse.

#### PAKKEFORLØP FOR VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER

Et av målene med pakkeforløp for psykisk helse og rus er å bidra til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (Helsedirektoratet, 2019a). I anbefalingene er det et eget kapittel om oppfølging ved redusert fysisk aktivitet hos pasienter med psykiske lidelser. Det anbefales at fysisk aktivitet bør være en integrert del av den ordinære behandlingen, og at pasienter bør få veiledning og tilbud om tilpasset fysisk aktivitet. Det gis spesifikke råd for utredning av aktivitetsnivå, samt tiltak og tilrettelegging. Gjennomføring av tiltak som skal bidra til varig endring av levevaner, bør skje i

samarbeid med kommunen. Noen vil ha behov for støtte over tid. Videre følger spesifikke anbefalinger om minimumstiltak, intensiv trening og videre oppfølging, samt treningsinspirasjon og programmer. Det spesifiseres at fysisk aktivitet/trening bør inngå i en behandlingsplan og at den som har behandlingsansvaret, har ansvar for å følge opp. Pakkeforløpet starter hos fastlegen eller annen henviser i kommunen. Ved avslutning av pakkeforløpet skal en konkret fagperson i være ansvarlig for oppfølgingen/koordineringen av eventuelle videre tiltak i kommunen (Helsedirektoratet, 2019a).

#### VEILEDER FOR KOMMUNALE FRISKLIVSSENTRALER

Frisklivssentralen er *«en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer»* (Helsedirektoratet, 2019b; Helsenorge, 2019). Henvisning til frisklivssentral kan komme fra ulike instanser eller den enkelte kan ta kontakt selv. Arbeidet i frisklivssentralen skal fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Alle frisklivssentraler skal gi kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet. Frisklivssentralen skal gi strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging basert på individuell veiledning og gruppebaserte tilbud. Tilbudet (ofte kalt en frisklivsresept) varer i første omgang i 12 uker/tre måneder (kalt en frisklivsperiode), og kan forlenges ved behov. Målet er at de blir i stand til å fortsette med egen aktivitet eller i andre lokale tilbud etter deltakelse på frisklivssentralen (Helsedirektoratet, 2019b; Helsenorge, 2019; Martinsen, 2018b). Det er utviklet en idebank for ansatte ved kommunale frisklivssentraler, som et supplement til Helsedirektoratets nettsider (Frisklivssentralen).





# OPPSUMMERT KUNNSKAP OM FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEARBEID

I dette kapitlet presenteres utvalgte publikasjoner som omhandler eller er relevant for fysisk aktivitet som behandlingstiltak i lokalt psykisk helsearbeid for voksne, samt beskrivelse av utvalgte tiltak med fysisk aktivitet, som ble funnet gjennom litteratursøket som er beskrevet ovenfor. Presentasjonen er organisert i delkapitler rundt følgende fem hovedtemaer:

1. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser – hva er effektene på symptomer?
2. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser – hva er erfaringene til personer med psykiske helseutfordringer som deltar i fysisk aktivitet
3. Fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser – en kompleksitet av barrierer
4. Aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i lokalt psykisk helsearbeid
5. Tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet som behandlingstiltak i lokalt psykisk helsearbeid

## 4.1 FYSISK AKTIVITET FOR PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER – HVA ER EFFEKTENE PÅ SYMPTOMENE?

Forskning og fagutviklingsarbeid som undersøker effekten av fysisk aktivitet som behandlingstiltak for personer med psykiske lidelser i lokalt psykisk helsearbeid i Norge er sparsommelig. Dette kapitlet er derfor i hovedsak basert på internasjonale forskningspublikasjoner i form av 20 metaanalyser og 14 systematiske litteraturstudier/oversiktsartikler. I tillegg inkluderes kapitlene om psykiske lidelser i de evidensbaserte håndbøkene FYSS (2017) og Aktivitetshåndboken (Helsedirektoratet, 2008), samt et kapittel i den fagfelleverderte antologien «*Fysisk aktivitet og helse; fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*» (Martinsen, 2018a), samt noen norske doktorgradsavhandlinger/enkeltstudier (Flemmen, 2016; Flemmen et al., 2014;

Flemmen & Wang, 2015; Heggelund, 2013; Heggelund, Hoff, et al., 2011; Heggelund, Nilsberg, et al., 2011) og faglitteratur (Martinsen et al., 2016; Moe, 1998). Dette temaet er avgrenset til å omhandle effekter på symptomene på psykiske lidelser, og er inndelt etter følgende lidelser; depresjon, angst, ruslidelser og psykoselidelser.

#### EFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET PÅ SYMPTOMER PÅ DEPRESJON

Positive effekter av fysisk aktivitet på depresjon ble dokumentert så tidlig som i 1905 (Franz & Hammlton, 1905), og depresjon er i dag den psykiske lidelsen hvor det finnes flest studier som viser at fysisk aktivitet kan hjelpe (Martinsen, 2018a). Elleve metaanalyser som har undersøkt effekten av fysisk aktivitet som trening hos voksne personer med depresjon, er inkludert i denne oppsummeringen. Med unntak av en metaanalyse, som fant at trening hadde liten effekt symptomer på depresjon (Krogh et al., 2011), varierer effekten i de inkluderte metaanalysene fra moderat til stor effekt sammenlignet med kontroll-grupper (Cooney et al., 2013; Josefsson et al., 2014; Krogh et al., 2017; Kvam et al., 2016) (Lawlor & Hopker, 2001; Mead et al., 2009; Rethorst et al., 2009; Rosenbaum et al., 2014; Schuch & Stubbs, 2019; Schuch et al., 2016). Det vil si at *trening som intervensjon fører til en moderat til stor reduksjon i symptomer på depresjon sammenlignet med ulike andre tiltak*. Resultatene i flere av metaanalysene viser at effekten av trening på reduksjon av depresjonssymptomer er like stor, eller større enn, ved eksempelvis medikamentell behandling (Cooney et al., 2013; Kvam et al., 2016; Mead et al., 2009; Schuch & Stubbs, 2019), samtale terapi (Cooney et al., 2013; Kvam et al., 2016; Lawlor & Hopker, 2001; Mead et al., 2009; Rethorst et al., 2009; Schuch & Stubbs, 2019) og alternativ behandling (Cooney et al., 2013).

Hvilke **former for trening** som er mest effektiv for reduksjon i symptomer på depresjon, synes usikkert. I mange studier er treningsintervensjonen dårlig beskrevet. Dette begrenser mulighetene til å undersøke de relative effektene av ulike tilnærminger av trening (Rosenbaum et al., 2014). De fleste studiene har i midlertidig undersøkt ulike typer utholdenhetstrening (som gange, løp, svømming, sykkel, dans) og/eller styrketrening (FYSS, 2017). Varigheten på treningsøktene varierer stort sett mellom 20 og 60 min per økt, og med en hyppighet på 2-5 ganger/uke. Tilleggsanalyser i enkelte av studiene indikerer at utholdenhetstrening og styrketrening har lik effekt på reduksjon i depresjonssymptomer (Lawlor & Hopker, 2001; Rethorst et al., 2009; Schuch et al., 2016), og at kombinasjon av utholdenhets- og styrketrening har bedre effekt enn enten utholdenhets- eller styrketrening alene (Rethorst et al., 2009). Videre ser effekten ut til å være større av trening med moderat og hard intensitet sammenlignet med lav intensitet (Krogh et al., 2017; Krogh et al., 2011; Schuch et al., 2016). Funnene må tolkes med forsiktighet, da de er basert på et lite antall studier. I flere metaanalyser oppsummeres det med at den optimale type, intensitet, varighet og frekvens på treningen for effekt på reduksjon av depresjonssymptomer, ikke er fastslått (Cooney et al., 2013; Rosenbaum et al., 2014).

De fleste studiene har undersøkt mennesker med **milde til moderate former for depresjon**, og basert på kunnskapsgrunnlaget kan trening alene gi positiv effekt for denne populasjonen (FYSS, 2017; Helsedirektoratet, 2008; Martinsen, 2018a). Ved de dypeste depresjonene anbefales det at trening gjøres parallelt med/som et supplement til annen antidepressiv behandling som medisiner og/eller samtalebehandling, og i noen tilfeller elektrokonvulsiv behandling (FYSS, 2017; Helsedirektoratet, 2008; Martinsen, 2018a). Også i den nyeste av metaanalysene skriver Schuch og Stubbs

(2019) at etablert depresjon over lang tid er betydelig sammensatt og skal ikke sees lett på. Til tross for effektiviteten av trening på symptomer på depresjon, oppsummerer Schuch og Stubbs (2019) med at i likhet med andre typer behandlinger, er ikke trening et «universalmiddel». Det fungerer ikke likt for alle, og det kan hende at noen personer har mer nytte av trening enn andre. Schuch og Stubbs (2019) oppfordrer til å bruke trening i kombinasjon med andre tiltak som samtalerapi og medikamentell behandling. Studier har vist at det ikke er noen risiko forbundet med fysisk aktivitet i *kombinasjon med bruk av antidepressiva*, men bivirkninger av medisiner kan gjøre det utfordrende å trene (FYSS, 2017; Martinsen, 2018b). Studier antyder også at å kombinere trening og antidepressiva er effektivt og kan gi en synergieffekt (FYSS, 2017; Kvam et al., 2016; Martinsen, 2018a; Mura et al., 2014).

*Metodologiske svakheter* ved flere av metaanalysene er at det er basert på som små utvalg, det er manglende blinding og randomiseringen har foregått på samme sted som treningen har blitt gjennomført. Dette fører til varierende resultater og påvirker konklusjonene i studiene. I enkelte av metaanalysene konkluderes det derfor med at effekten av trening på depresjon er usikker (Krogh et al., 2017; Lawlor & Hopker, 2001). Variasjoner i konklusjonene kan også skyldes ulikheter i treningsintervensjonene (dvs. type fysisk aktivitet, varighet, hyppighet eller oppfølgingstid), kontrollgruppeintervensjonen (dvs. hva treningen sammenlignes med), og/eller utvalgene (dvs. diagnostisering og kontekst) i studiene som er inkludert i metaanalysene.

I studiene varierer *kontrollgruppene* mellom å være ventelistepasienter og/eller deltakere som får annen behandling som samtalerapi eller medikamentell behandling. Mange deltakere i kontrollgrupper mottar dermed en allerede dokumentert og effektiv intervensjon for reduksjon av depressive symptomer (Josefsson et al., 2014; Schuch et al., 2016). Dette betyr at for å vise en effekt, må trening vise større symptomreduksjon enn andre effektive kontrollintervensjoner. Manglende evne til å vise dette, tolkes gjerne som mangel på effekt av trening (Stubbs, Vancampfort, et al., 2016). Dette gjør også tolkningen av funnene utfordrende da trening sammenlignet med annen behandling, trolig gir mindre effekt enn trening sammenlignet med ingen intervensjon/behandling (Josefsson et al., 2014; Kvam et al., 2016; Schuch et al., 2016).

Den totale *intervensjonstiden og oppfølgingstiden* i studiene variere også stort. Enkelte studier indikerer at effekten av treningen blir mindre med lengre varighet (Krogh et al., 2017; Krogh et al., 2011; Lawlor & Hopker, 2001). I studier med langsiktig oppfølging for å undersøke effekten utover treningsintervensjonen, er effekten liten eller forsvunnet ved oppfølging senere (Cooney et al., 2013; Krogh et al., 2011; Kvam et al., 2016; Lawlor & Hopker, 2001; Mead et al., 2009; Rethorst et al., 2009).

Kunnskapsgrunnlaget for fysisk aktivitet og *bipolar lidelse* er begrenset. Studier viser at fysisk aktivitet kan føre til reduksjon i depressive symptomer og fremme psykisk helse og livskvalitet (Kucyi et al., 2010; Melo et al., 2016; Wright et al., 2009).

#### EFFEKTER PÅ SYMPTOMER FOR PERSONER MED ANGSTLIDELSER

Sammenlignet med det brede spekteret av forskning på effekter av fysisk aktivitet på depresjon, er forskning på effekten av fysisk aktivitet hos personer med angstlidelser mer begrenset og det har vært relativt få oppsummeringer av litteraturen (FYSS, 2017; Martinsen, 2018a). To metaanalyser (Bartley et al., 2013; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016) og tre systematiske oversiktsartikler om effekten av trening på angstlidelser

(Asmundson et al., 2013; Herring et al., 2010; Stonerock et al., 2015) er inkludert i denne oppsummeringen.

Flere av publikasjonene konkluderer med at trening reduserer symptomer på angst blant personer med panikkklidelse (Asmundson et al., 2013; Herring et al., 2010; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016), generalisert angstlidelse (GAD) (Asmundson et al., 2013; Herring et al., 2010; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016), sosial fobi/ sosial angstlidelse (SAG) (Asmundson et al., 2013; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Asmundson et al., 2013; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016). Stubbs, Vancampfort, et al. (2016) fant moderat effekt av utholdenhetstrening på reduksjon i symptomer på angst sammenlignet med ulike kontrollgruppeintervensjoner, og Herring et al. (2010) fant at effektene av trening ser ut til å være sammenlignbare med andre behandlinger for disse lidelsene, som kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling. Tilsvarende fant Bartley et al. (2013) også liten eller ingen effekt sammenlignet med andre behandlingsalternativer, men stor reduksjon i symptomer på angst etter utholdenhetstrening sammenlignet med placebo/venteliste. Også i denne studien var flere angstlidelse inkludert, men effekten av utholdenhetstrening for behandling av angst var ikke ulik etter hvilken type angstlidelse.

I en gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for å anbefale fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser, oppsummerer Martinsen (2018a) med at **panikkklidelse, agorafobi og GAD** er best undersøkt, og at for disse lidelsene og trolig også sosial angstlidelse, kan fysisk aktivitet være et nyttig behandlingsalternativ eller supplement. I henhold til FYSS (2017) er kunnskapsgrunnlaget for å anbefale fysisk aktivitet som eneste behandlingstiltak for angstlidelse utilstrekkelig, og bør dermed kun brukes sammen med andre etablerte behandlingstiltak. Ettersom kunnskapsgrunnlaget for fysisk aktivitet som behandlingsalternativ for angst er relativt beskjedent, er **konsensus om type fysisk aktivitet og oppfølgingstid mangelfull**. Utholdenhetstrening (i form av løping og rask gange) er den typen aktivitet som er mest dokumentert med tanke på reduksjon i symptomer på angst, og positive effekter er funnet ved utholdenhetstrening 3-4 ganger per uke i 10 uker eller mer (Asmundson et al., 2013; FYSS, 2017). Videre er det antydnet at angstnivået reduseres betydelig etter en treningsøkt, og forblir redusert i de neste 2-4 timer (Martinsen, 2008).

Mange av studiene som er inkludert i disse oppsummeringene, har **metodologiske utfordringer** som små utvalg, mangel på tilstrekkelig kontrollgruppe og ikke systematisk undersøkelse av dose-respons forhold (Asmundson et al., 2013; Stonerock et al., 2015). **Det kliniske mangfoldet** av angstlidelse gjør det også vanskelig å generalisere fra studier av en bestemt angstlidelse til en annen lidelse. Martinsen og Moe understreker i flere av sine bokkapitler at mange mennesker med angstlidelse opplever at angstnivået stiger når de begynner med/under fysisk aktivitet (Martinsen, 2004, 2018a, 2018b; Moe, 1998). Dette skyldes aktiveringen av det sympatiske nervesystemet under fysisk aktivitet, som medfører hjertebank, rask puls, svetting og kraftig pust/økt respirasjon. Pasienter med angstlidelse opplever de samme kroppslige symptomer/fysiske reaksjonene under trening som når de har angst, og kan i begynnelsen fortolke dette slik at de får angst av å trene. Fysisk aktivitet kan også brukes til å framprovosere de kroppslige symptomene. Dette kan hjelpe pasienter til å fortolke de kroppslige symptomene på en mindre katastrofal måte. Klinisk erfaring har vist at mange pasienter kan ha nytte av fysisk trening, når det kombineres med grundig informasjon om nevnte forhold. Dersom en fortsetter med fysisk aktivitet, kan treningen bidra til å redusere angstopplevelsen.

## EFFEKTER PÅ SYMPTOMER FOR PERSONER MED RUSLIDELSER

Fysisk aktivitet er også foreslått som et mulig behandlingstiltak for personer med rusavhengighet. To metaanalyser (Hallgren et al., 2017; Wang et al., 2014) og fem oversiktsartikler (Giesen et al., 2015; Greer et al., 2012; Hallgren et al., 2017; Manthou et al., 2016; Zschucke et al., 2012) er inkludert i dette kapitelet. Wang et al. (2014) fant at langsiktig trening kan øke avhold fra rusmidler (inkludert misbruk av alkohol, nikotin og illegale stoffer), lette avgiftning, og redusere symptomer på angst og depresjon. Lik behandlingseffekt ble funnet uavhengig av type trening, intensitet og oppfølging. Også Manthou et al. (2016) fant at trening kan ha en positiv innvirkning på bruk av rusmidler, avhold og «sug» ved alkoholavhengighet. Hallgren et al. (2017) fant at for personer med alkoholavhengighet var det lite bevis for effekten av trening på alkoholforbruk. Disse resultatene var i midlertidig basert på kun tre studier, og det var et frafall på omtrent 40% i treningsintervensjonene. Trening hadde derimot gunstig effekt på fysisk form og reduksjon i symptomer på depresjon. Dette samsvarer med funn i den systematiske oversiktsartikkelen til Giesen et al. (2015) som indikerer at trening kan ha en gunstig effekt på enkelte domener av fysisk funksjon og form, fysisk aktivitetsnivå og styrke hos personer med alkoholavhengighet. Det var videre en trend mot en positiv effekt på symptomer på angst, håndtering av humør, «sug» og drikke mønster. Flere oversiktsartikler konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget er relativt beskjedent, men at studier indikerer at trening ser ut til å være en lovende intervensjon for personer med ruslidelser, samt ha gunstig innvirkning på symptomer på depresjon, fysisk form og somatisk helse (Giesen et al., 2015; Greer et al., 2012; Hallgren et al., 2017; Manthou et al., 2016; Martinsen, 2018a).

I sitt doktorgradsprosjekt om effekten av fysisk trening som medisin for personer med rusavhengighet ved inneliggende behandling i Norge fant Flemmen et al. at ruspasienter har redusert aerob utholdenhet sammenlignet med friske, og en fysisk helse som kan sammenliknes med hva som typisk observeres hos personer som er 15-20 år eldre (Flemmen, 2016; Flemmen & Wang, 2015). Videre fant Flemmen et al. trening med høy intensitet kan bedre den fysiske helsen til pasientene til et nivå som er på linje med det man ser hos friske på tre måneder (Flemmen, 2016; Flemmen et al., 2014). Reduksjonen i risiko for hjerte-kar sykdommer, andre livsstilssykdommer og tidlig død er dermed betydelig redusert. Resultatene viste også at bedringen i den fysiske helsen også kan tenkes å ha en gunstig effekt på pasientenes psykiske helse.

## EFFEKTER PÅ SYMPTOMER FOR PERSONER MED PSYKOSELIDELSER

Når det gjelder studier som omhandler *schizofreni*, fysisk aktivitet og fysisk helse, er to oversiktsartikler (Soundy et al., 2015; Underland et al., 2018) og fem metaanalyser om effekt av trening på ulike utfallsmål inkludert i denne oppsummeringen (Dauwan et al., 2015; Firth et al., 2015; Firth et al., 2017; Pearsall et al., 2014; Vancampfort et al., 2012). Det er *stor variasjon* i type treningsprogram, kontekst, alder, utvalgsstørrelse og resultatmål, noe som gjør sammenligning av utfallene vanskelig.

I sin metaanalyse fant Firth et al. (2017) at trening hos personer med schizofreni fører til bedring i arbeidsminne/hukommelse, sosial kognisjon og oppmerksomhet/årvåkenhet. Større doser av trening så ut til å være assosiert med større forbedringer i global kognisjon, og treningsintervensjoner som var veiledet av fagfolk innen fysisk aktivitet var mer effektive. Firth et al. (2015) fant at ca. 90 minutters trening per uke, med moderat til hard intensitet, førte til reduksjon i psykiske symptomer hos personer

med schizofreni, samt bedring i funksjonsevne, komorbide lidelser og nevrokognisjon. Også Vancampfort et al. (2012) fant at trening fører til bedre fysisk form hos personer med schizofreni. Denne bedringen ble ansett som en klinisk relevant endring, dvs. at den kan føre til reduksjon i risikoen for dødelighet uansett årsak og av hjertekarsykdom. Dauwan et al. (2015) fant at trening var overlegen andre intervensjoner i å bedre alvorlighetsgrad av kliniske symptomer, samt øke livskvalitet, generell funksjonsevne og redusere depressive symptomer hos deltakere med schizofreni.

Også Soundy et al. (2015) konkluderer med at deltakelse i sport (idrett) kan resultere i reduksjon i kroppsmasseindeks (KMI) og psykiatriske symptomer hos pasienter med schizofreni, samt har potensialet til å forbedre individets livskvalitet. Pearsall et al. (2014) fant derimot ingen reduksjon i KMI, eller bedring i symptomer på schizofreni, livskvalitet eller symptomer på angst eller depresjon sammenlignet med pasienter som fikk «vanlig behandling». Resultatene samsvarer med en oppsummering av systematiske oversikter fra Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester (Underland et al., 2018) hvor det konkluderes med at ved lidelser som schizofreni, schizoaffektive lidelser og psykoser utgjør fysisk trening liten eller ingen forskjell på KMI eller vekt, og det er usikkert om det har effekt på fysisk form og symptomer på angst og depresjon. For personer med schizofreni gir fysisk trening trolig en liten bedring i generell kognisjon og arbeidshukommelse, og muligens en moderat bedring av oppmerksomhet og sosial kognisjon. Martinsen (2018a) konkluderer imidlertid med at samlet viser studier at fysisk aktivitet kan være et viktig tiltak for mennesker med schizofreni.

I sitt doktorgradsprosjekt om trening som behandling for pasienter med schizofreni i Norge fant Heggelund (2013) pasientene har redusert fysisk arbeidskapasitet (Heggelund, Hoff, et al., 2011). Dette bidrar trolig til at de har økt risiko for hjerte- og karsykdom og redusert livskvalitet. Videre fant Heggelund (2013) at 8 uker med intensiv intervalltrening gir økt utholdenhet, styrke og gangfunksjon. Det var ingen endring i psykiatriske symptomer eller risikofaktorer for HK (Heggelund, Nilsberg, et al., 2011). En treningsøkt med høy intensitet gir en umiddelbar økt følelse av velvære, affekt og redusert følelse av angst og stress, og på sikt kan det øke utholdenheten til et nivå som reduserer risiko for hjerte- og karsykdom og øker muligheten til å delta i dagligdagse aktiviteter (Heggelund, 2013; Heggelund, Hoff, et al., 2011; Heggelund, Nilsberg, et al., 2011).

#### OPPSUMMERING

Oppsummert viser de inkluderte publikasjonene at fysisk aktivitet i form av trening har positiv effekt på symptomer på depresjon. Trening kan også være nyttig som behandlingstiltak for angstlidelser, ruslidelser og psykoselidelser, kunnskapsgrunnlaget er i midlertidig begrenset.

## 4.2 FYSISK AKTIVITET FOR PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER – HVA ER ERFARINGENE TIL PERSONER MED PSYKISKE HELSEUTFORDRINGER SOM DELTAR I FYSISK AKTIVITET

I dette kapitlet oppsummeres publikasjoner om erfaringer med og insentiver for fysisk aktivitet beskrevet eller rapportert av personer med psykiske lidelser. Kapitlet er basert på 14 internasjonale enkeltstudier og to oppsummeringer, samt en norsk studie og en masteroppgave. I noen av publikasjonene gis en spesifikk beskrivelse av diagnose hos deltakerne, mens andre oppgir kun at deltakerne har (alvorlige) psykiske lidelser eller er brukere av mentale helsetjenester. Flere av publikasjonene inkluderer også deltakere med ulike diagnoser. Videre har noen undersøkt erfaringer med eller insentiver for fysisk aktivitet generelt, mens andre har undersøkt erfaringer fra spesifikke tiltak med trening. I dette kapitlet presenteres funn på tvers av diagnoser og aktivitetstiltak. Kapitlet er delt inn i seks deltemaer som går igjen i publikasjonene, og som stedvis også overlapper og «påvirker» hverandre.

### FYSISK AKTIVITET HAR INNVIRKNING PÅ PSYKISK HELSE OG SYMPTOMER

I samsvar med velkjente postulerte psykologiske virkninger av fysisk aktivitet rapporterer deltakerne i de fleste studiene at fysisk aktivitet er assosiert *med positiv innvirkning på psykisk helse*. Eksempelvis erfarer flere at fysisk aktivitet får dem til å føle seg mer energiske og i bedre humør (Crone & Guy, 2008; McDevitt et al., 2006; Searle et al., 2011). Videre gir fysisk aktivitet økt velvære og selvfølelse, mindre stress og bedre søvnkvalitet (Crone & Guy, 2008; Hodgson et al., 2011; McDevitt et al., 2006; Searle et al., 2011; Verhaeghe et al., 2013) i tillegg til å være en positiv distraksjon (Borge et al., 2013; Crone & Guy, 2008; McDevitt et al., 2006; Searle et al., 2011; Verhaeghe et al., 2013). I flere av studiene rapporteres det også om *bedring i mentale symptomer og bedre håndtering av lidelsen* ved fysisk aktivitet (Hodgson et al., 2011; Mason & Holt, 2012; Rastad et al., 2014). Mason og Holt (2012) oppsummerte 14 kvalitative studier om tjenestebrukeres perspektiver på fysisk aktivitetsintervensjoner og mental helse, og i ni av studiene ble det eksplisitt rapportert om positiv effekt på deltakernes symptomer.

I en studie som inkluderte personer med alvorlige psykiske lidelser under psykiatrisk rehabilitering i USA fant McDevitt et al. (2006) at deltakerne erfarte at fysisk aktivitet generelt fikk dem til å føle seg mer energiske, mindre stresset og ga bedre søvn (McDevitt et al., 2006). Dette var en motsetning til symptomene på lidelsen som var manglende initiativ, energi og evne til å føle glede. Fysisk aktivitet ble erfart som en distraksjon. Mindre stress og distraksjon ble også beskrevet som motivasjon for å trene hos personer med mentale lidelser i skjermede boliger i Belgia i en studie av Verhaeghe et al. (2013). I en britisk studie av Searle et al. (2011) beskrives at fysisk aktivitet kan være en distraksjon fra negative tanker og at det kan gi bedre regulering av søvn, humør, selvtillit og selvfølelse.

I en annen britisk studie, som inkluderte personer med alvorlige psykiske lidelser, refererte deltakerne til fordeler på mental helse og velvære, samt bedre håndtering av symptomer, ved deltakelse i et etablert fysisk aktivitetsprogram spesielt designet for brukere av mentale helsetjenester (Hodgson et al., 2011). Crone og Guy (2008) viser til liknende funn der personer med psykiske lidelser som med suksess hadde deltatt i treningsterapi som en del av deres behandling i psykiske helsetjenester i England oppga psykologiske grunner til å delta; som økt velvære, selvtillit og energi, mentalt våken og

positiv, mindre slapphet, bedre humør og håndtering av lidelsen (Crone & Guy, 2008). Deltakerne beskrev treningsterapien som en tid borte fra å tenke på sykdommen deres. Også for deltakere i et norsk behandlingsopplegg på institusjon for mennesker med psykose og rusavhengighet, hvor fysisk aktivitet var en av hovedingrediensene, var fysisk aktivitetsbiten forbundet med distraksjon fra tanker (Borge et al., 2013). Deltakerne beskrev fysisk aktivitet som veldig verdifullt og et nyttig verktøy til å mestre sine plager. I en engelsk studie som inkluderte kun menn med alvorlige psykiske lidelser, fant Carless og Douglas (2008a) at det å «ta tak/handle» har påvirket deltakerne på positive måter og hvordan de «holder seg opptatt» gjennom sport og trening.

#### FYSISK AKTIVITET HAR INNVIRKNING PÅ FYSISK HELSE OG FYSISK FORM

Flere av studiene rapporterer positiv innvirkning av fysisk aktivitet på fysisk helse, både som insentiv for å være i fysisk aktivitet generelt (Bassilios et al., 2014; McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014; Verhaeghe et al., 2013), og som erfaring med deltakelse i spesifikke tiltak med fysisk aktivitet (Crone & Guy, 2008; Fogarty & Happell, 2005; Hodgson et al., 2011; Searle et al., 2011).

I to studier av personer med psykiske lidelser som har deltatt i fysisk aktivitet som del av behandlingen i primærhelsetjenesten i England ble det å kontrollere vekten rapportert som viktig (Crone & Guy, 2008; Searle et al., 2011). I en annen britisk studie av personer som deltok i et etablert fysisk aktivitetsprogram, rapporterte deltakerne om fordeler relatert til fysisk velvære, bedret fysisk form og håndtering/motvirkning av bivirkningene av anti-psykotiske medisiner (Hodgson et al., 2011). Også ved et norsk behandlingsopplegg på institusjon for mennesker med psykose og rusavhengighet, hvor to timer daglig fysisk aktivitet med en idrettspedagog var en del av behandlingen, erfarte pasientene at de ansatte var opptatt av fysisk aktivitet og kroppen (Borge et al., 2013). En deltaker bemerket følgende; «*For meg er det veldig viktig at de behandler det mentale og fysiske samtidig. Dette har gitt meg styrke, både fysisk og mentalt, og bidratt til rask bedring*» (min oversettelse).

Det er i midlertidig de mentale fordelene som dominerer i de fleste av studiene. Fysisk helse er heller ikke et tema i oppsummeringen til Mason og Holt (2012). Unntakene er to australske studier av brukere med schizofreni (Bassilios et al., 2014; Fogarty & Happell, 2005). Beboere ved en kommunal omsorgsenhet som hadde deltatt i et tre måneders strukturert treningsprogram, beskrev alle betydelige bedring i fysisk kapasitet og form (Fogarty & Happell, 2005), men identifiserte ikke spesifikke psykologiske fordeler ved treningsprosjektet. I midlertidig var økt motivasjon for og glede av aktivitetene de var involvert i tydelig. Også personer med schizofreni som mottok kommunale helsetjenester, rapporterte fysiske framfor psykologiske fordeler som insentiver for å delta i regelmessig trening. Disse fordelene inkluderte blant annet fysisk form, helse, utseende, vektregulering, avspenning, og beskyttelse mot kroniske sykdommer (Bassilios et al., 2014).

#### FYSISK AKTIVITET GIR MULIGHET FOR SOSIAL INTERAKSJON

I flere av de inkluderte publikasjonene rapporteres det om at fysisk aktivitet, trening og deltakelse i idrett/sport gir en mulighet for sosial interaksjon (Bassilios et al., 2014; Borge et al., 2013; Carless & Douglas, 2008c; Crone & Guy, 2008; Hodgson et al., 2011; Kristiansen, 2010; Mason & Holt, 2012; Searle et al., 2011; Soundy et al., 2015; Verhaeghe et al., 2013), og at dette er verdsatt av deltakerne. At fysisk aktivitet gir en mulighet for



sosial interaksjon og sosial støtte ble også funnet i en oppsummering av 14 kvalitative forskningsstudier av Mason og Holt (2012), og i en systematisk oppsummering av både kvalitativ og kvantitative studier av deltakelse i idrett for personer med schizofreni (Soundy et al., 2015).

I en australsk studie rapporterer Bassilios et al. (2014) at de fant at sosial innflytelse, relasjoner og muligheten for sosial interaksjon var viktige intensjoner for å trene hos personer med schizofreni som mottok kommunale mentale helsetjenester. Også Verhaeghe et al. (2013) fant at sosial kontakt var en viktig faktor for at brukere med psykiske lidelser som bodde i skjermet bolig i Belgia, trente. Carless og Douglas (2008a) fant at når menn med alvorlige psykiske lidelser i England fortalte om deres erfaringer med sport og trening, fokuserte de på relasjoner og det å «dele felles ting». Sosial mulighet og tid med andre var deres primære motiv for deltakelse i sport og trening.

Hodgson et al. (2011) identifiserte faktorer som påvirket deltakelse i et etablert fysisk aktivitetsprogram spesielt designet for brukere med mentale lidelser i England. Flere av deltakerne uttrykte at aktivitetstimene ga dem en mulighet for sosial interaksjon og hjelp til å redusere sosial isolasjon. At fysisk aktivitet i behandlingen legger til rette for sosial interaksjon, var en av fordelene rapportert i to studier fra primærhelsetjenesten i England, som også inkluderte personer med depresjon (Crone & Guy, 2008; Searle et al., 2011).

Borge et al. (2013) fant at pasienter ved en institusjon for personer med psykose og rusavhengighet i Norge erfarte at fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegget ga en mulighet for felleskap med andre. Gjennom en spørreskjemaundersøkelse i sin masteroppgave fant Kristiansen (2010) at for personer med psykiske lidelser som deltok i et interkommunalt og tverretatlig aktivitetstilbud i Norge, var sosial tilhørighet det behovet som i størst grad ble tilfredsstillt gjennom aktivitetene.

#### *FYSISK AKTIVITET GIR IDENTITET, OG EN FØLELSE AV Å HA ET FORMÅL, MENING I HVERDAGEN OG MESTRING*

I flere av publikasjonene blir det eksplisitt rapportert at deltakelse i fysisk aktivitet, trening og sport/idrett kan gi en følelse av mening, formål, oppnåelse og/eller mestring for personer med psykiske lidelser (Bassilios et al., 2014; Borge et al., 2013; Carless & Douglas, 2008a, 2008c; Crone & Guy, 2008; Hodgson et al., 2011; Lassenius et al., 2013; Rastad et al., 2014; Searle et al., 2011). Formål, mening og det å oppnå noe i livet, er også tema i to artikler som oppsummerer kvalitativ forskning om erfaringer som personer med psykiske lidelser har i forhold til fysisk aktivitet (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2015).

I en studie som inkluderte personer med schizofreni, som var brukere av psykiatriske poliklinikker i Sverige, rapporterte deltakerne følgende motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet i dagliglivet; det er noe å se frem til, det er et middel til å gjøre livet rikere og mer stimulerende (Rastad et al., 2014). For personer med alvorlige psykiske lidelser i England, var treningsdeltakelse i et etablert fysisk aktivitetsprogram, et middel til å erfare oppnåelse og personlig vekst (Hodgson et al., 2011). Det ga en mulighet til å gjenvinne en følelse av normalitet, det ga mening og rutine. Det samme rapporterer Searle et al. (2011). Et tilbakevendende motiv for deltakelse i sport/trening for personer med alvorlige psykiske lidelser i USA, var det «å ha noe å gjøre og et sted å gå», og at det gav dem en grunn til å gå ut av huset. Samtidig ga det selvtillit og optimisme

knyttet til fremtidig aktivitet. Oppnåelse og tilfredshet gjennom å gjøre noe nyttig, var også viktig for personer med mentale lidelser som hadde deltatt i treningsterapi i primærhelsetjenesten i England (Crone & Guy, 2008). Målbevisst aktivitet eller treningsterapi bidro til en følelse av å kunne takle/håndtere livet og å lykkes.

Identitet er et tema som kommer frem i flere av publikasjonene (Carless & Douglas, 2008a; Danielsson et al., 2016; Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2015), og ble også identifisert som et eget tema i Mason og Holt (2012) sin oppsummering av kvalitativ forskning om tjenestebrukeres erfaringer med fysisk aktivitet og mental helse. I en systematisk oppsummering av både kvalitativ og kvantitative studier, fant Soundy et al. (2015) at for personer med psykiske lidelser som tidligere hadde vært fysisk aktive, kan det å bli introdusert for idrett skape og gi tilgang til en mer positiv atletisk identitet.

Danielsson et al. (2016) fant at personer med depresjon som deltok i fysioterapeutveiledet trening i primærhelsetjenesten i Sverige, erfarte at deler av deres identitet kunne gjenopprettes gjennom trening. I studien til Carless og Douglas (2008a) kom det fram at for menn med alvorlige psykiske lidelser, kan fysisk aktivitet gjøre dem i stand til å rekonstruere en mer positiv og meningsfull identitet. Carless og Douglas (2008b) fant også i en case-studie av en ung mann som hadde engasjert seg på nytt i løping, at mannens tidligere atletiske identitet hadde blitt «borte» på grunn av hans psykiske lidelse. Hans engasjement i trening var derfor en måte å gjenvinne og gjenoppbygge sin identitet.

#### *FYSISK AKTIVITET SOM SELVHJELPSTRATEGI OG KILDE TIL Å GJENVINNE LIVET*

I fire av studiene rapporteres det om at fysisk aktivitet er en nyttig selvhjelpsstrategi og en kilde til å gjenvinne livet (Borge et al., 2013; Danielsson et al., 2016; Lassenius et al., 2013; McDevitt et al., 2006). I studien til Danielsson et al. (2016) opplevde personer med depresjon som deltok i fysioterapeut veiledet trening i Svensk primærhelsetjeneste at treningsintervensjonen var hardt arbeid, men at treningen forbedret følelsen av å være i live og fikk dem til å føle at de gjorde noe bra for dem selv. Også deltakere i et norsk behandlingsopplegg på institusjon for mennesker med psykose og rusavhengighet, erfarte at fysisk aktivitet motiverte dem til å etablere nye vaner og mulighet til å gjøre det på en positiv måte (Borge et al., 2013). I studien til McDevitt et al. (2006) som inkluderte personer med alvorlige psykiske lidelser under psykiatrisk rehabilitering i USA, ble det å være aktiv sett på som å være involvert i livet, og aktivitet ble beskrevet som en nøkkel til recovery fra mental sykdom.

I studien til Lassenius et al. (2013), ble erfaringer med fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser i kommunale helsetjenester i Sverige tolket som å være personens bevegelse mot å gjenvinne livet. Blant erfaringene som kom fram var; hvordan det å være fysisk aktiv bedret evnen til å ta vare på seg selv og styrket mestringsevne; hvordan det å være i fysisk aktivitet frigjorde personen fra tunge tanker; hvordan fysisk aktivitet førte til en vei mot recovery. Videre erfaringer var; hvordan det å være fysisk aktiv muliggjorde fellesskap og en forbindelse til seg selv; og den mulige kraften av vitalitet som ble oppnådd gjennom å være fysisk aktiv, som videre kunne åpne opp ønsket og drømmene om å leve sitt liv.

*OPPSUMMERING*

Oppsummert viser de inkluderte publikasjonene at personer med psykiske lidelser erfarer at fysisk aktivitet i form av trening, har positiv innvirkning på psykisk helse, symptomer på den psykiske lidelsen, fysisk helse og form. Videre erfarer mange at fysisk aktivitet gir en mulighet for sosial interaksjon, formål og mestring. I tillegg kan fysisk aktivitet gi identitet og være en selvhjelpsstrategi i en recovery-prosess.

### 4.3 FYSISK AKTIVITET FOR PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER - EN KOMPLEKSITET AV BARRIERER

Under dette temaet oppsummeres utvalgte publikasjoner som omhandler barrierer og utfordringer for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Kapitlet er i hovedsak basert på internasjonale forskningspublikasjoner, og inkluderer i stor grad kvalitativ forskning. I tillegg er enkelte forsknings- og utviklingsprosjekt fra norsk kontekst inkludert (Farholm, 2017b; Farholm, Sorensen & Halvari, 2017; Farholm, Sorensen, Halvari, et al., 2017; Kristiansen, 2010), to systematiske oversiktsartikler (Farholm & Sorensen, 2016a, 2016b), samt kapitler fra norsk faglitteratur (Martinsen, 2011, 2012, 2014, 2018b; Moe, 2011, 2018; Moe & Martinsen, 2011). Funn i publikasjonene viser en kompleksitet av barrierer, som også overlapper hverandre. Kapitlet er inndelt i følgende fire tematiske underkapitler: Et spørsmål om motivasjon?; Den psykiske sykdommen, medisiner og en kompleksitet av barrierer; Holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell; og Frafall fra trening og manglende oppfølging/tilbud i kommunen.

#### *ET SPØRSMÅL OM MOTIVASJON?*

Manglende Motivasjon som barriere for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser, er hyppig omtalt i norsk faglitteratur (Martinsen, 2011, 2012, 2014, 2018b; Moe, 2011; Moe & Martinsen, 2011). Også internasjonale studier indikerer at personer med psykiske lidelser har manglende interesse og motivasjon for fysisk aktivitet (Bassilios et al., 2014; Searle et al., 2011; Verhaeghe et al., 2013). Farholm (2017b) sin doktorgradsavhandling om motivasjon og fysisk aktivitet hos personer med alvorlige psykiske lidelser er et viktig bidrag innen feltet i Norge. Avhandlingen inkluderer blant annet to systematiske oversiktsartikler (Farholm & Sorensen, 2016a, 2016b) som begge peker på at det er en økende interesse for å undersøke motivasjon for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, men at foreliggende kunnskapsgrunnlag er relativt lite (Farholm, 2017b; Farholm & Sorensen, 2016a, 2016b).

I en av oversiktsartiklene oppsummerer Farholm og Sorensen (2016a) forskning fra tverrsnittstudier om motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med alvorlige psykiske lidelser. Resultatene indikerer at motivasjonsprosessene relatert til fysisk aktivitet er identiske mellom personer med alvorlige psykiske og den generelle befolkningen, og at de er uavhengig av diagnose, medisiner, alder, kjønn og KMI. Ingen av de inkluderte studiene er norske, og oppsummeringen beskriver i liten grad behandlingskonteksten. Farholm (2017b) sammenlignet inneliggende pasienter med polikliniske pasienter i Norge, og det så ut til at polikliniske pasienter hadde mindre motivasjon for fysisk aktivitet enn inneliggende pasienter (Farholm, Sorensen & Halvari, 2017; Farholm, Sorensen, Halvari, et al., 2017). Kristiansen (2010) viser til liknende funn i sin masteroppgave, hvor en spørreundersøkelse blant personer med

psykiske lidelser som deltok i et interkommunalt og tverrfaglig aktivitetstilbud, viste at det var de samme mekanismene for motivasjonsregulering hos personer med psykiske lidelser som er vist å være i befolkningen generelt.

Farholm, Sorensen, Halvari, et al. (2017) gjennomførte også en tverrsnittsundersøkelse blant 106 personer med alvorlige psykiske lidelser i en norsk kommune. Resultatene viste at deltakerne engasjerte seg lite i fysisk aktivitet, særlig hard eller moderat fysisk aktivitet. I midlertidig indikerte resultatene at deltakerne ikke manglet motivasjon for fysisk aktivitet, da 90% uttalte at de ønsket å bli mer aktive. På tvers av aktivitetsnivå viste også deltakerne høy score på motivasjon, noe som reflekterer at de verdsatte fordelene med fysisk aktivitet. I avhandlingen oppsummerer Farholm (2017b) med at funnene antyder at personer med alvorlige psykiske lidelser *har* interesse og er motivert for fysisk aktivitet på grunn av helsefordelene av fysisk aktivitet. Men ifølge Farholm, er trolig denne motivasjonen ikke tilstrekkelig for å overføre intensjoner til aktiv handling. Resultatene utfordrer i så måte tidligere nevnte tanker om at «personer med alvorlig psykisk sykdom mangler motivasjon for fysisk aktivitet». Det lave aktivitetsnivået og utfordringene knyttet til å øke aktivitetsnivået blant personer med alvorlig psykiske lidelser, viser i midlertidig at de kan trenge ekstra støtte for å omgjøre interesse, vilje og motivasjon til handling (Farholm, 2017b).

Gjennom intervju med 20 pasienter med schizofreni i Sverige om barrierer for fysisk aktivitet i dagliglivet, fant Rastad et al. (2014) at motivasjon for fysisk aktivitet var relatert til belønningen forbundet med fysisk aktivitet. Belønningen kunne være umiddelbare positive opplevelser som økt velvære, aktivitet og selvtillit, men også positive forventningene som det å ha noe å se frem til og reduksjon i symptomer. Flere ønsket også å unngå de negative konsekvensene av inaktivitet.

I sin avhandling viser Farholm videre til at *«Mangel på eller lav motivasjon er et sentralt trekk ved alvorlige psykiske lidelser på grunn av sin sentrale rolle ved negative og depressive symptomer (APA, 2013), og at det dermed ikke er rart at motivasjon eller «problemer med motivasjon» er et gjentakende tema i studier på fysisk aktivitet blant personer med alvorlige psykiske lidelser»* (Farholm, 2017b, s. 16). Utfordringen med motivasjon for fysisk aktivitet hos mennesker med psykiske lidelser er altså en symptomatisk konsekvens av mange psykiske lidelser (Biddle & Mutrie, 2008; Verhaeghe et al., 2013). Flere internasjonale studier har også vist at den psykiske sykdommen utgjør en barriere for fysisk aktivitet, dette omtales under neste deltema.

#### DEN PSYKISKE LIDELSEN, MEDISINERING OG EN KOMPLEKSITET AV BARRIERER

Ulike forhold ved den psykiske lidelsen kan gjøre det vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet. Negative symptomer som depresjon, følelsesmessige av flatning, passivitet og mangel på initiativ, gjør det spesielt vanskelig å motivere pasientene til fysisk aktivitet (Biddle & Mutrie, 2008; Martinsen, 2004; Moe, 2018). En rekke pasienter er i dårligere form enn befolkningen ellers (Martinsen, 2012; Moe & Martinsen, 2011). De synes det er vanskelig å drive fysisk aktivitet, spesielt alene og engstelige for å mislykkes. (Martinsen, 2011, 2014) (Martinsen, 2012, 2014) (Moe & Martinsen, 2011). Noen personer med psykisk lidelser tolker fysiske reaksjonene under trening med at de får angst av å trene (Martinsen, 2012, 2018b; Martinsen et al., 2016; Moe, 1998).

Denne **kompleksiteten av barrierer** for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser er også funnet i internasjonale studier. Barrierer som går igjen i flere studier, er den psykiske helsen og symptomer på den psykiske sykdommen (for eksempel mangel

på energi, motivasjon og selvtillit) (Basilios et al., 2014; Chapman et al., 2016; Glover et al., 2013; Johnstone et al., 2009; McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014; Verhaeghe et al., 2013), bivirkninger av medisiner (for eksempel slapphet og vektøkning) (Glover et al., 2013; McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014; Verhaeghe et al., 2013), redusert fysisk form og komorbiditet (Basilios et al., 2014; Chapman et al., 2016; Glover et al., 2013; McDevitt et al., 2006; Rastad et al., 2014; Verhaeghe et al., 2013). Flere studier har også vist at personer med psykiske lidelser har nok med å håndtere alvorligheten og konsekvensene av sin psykiske lidelse (Basilios et al., 2014; Glover et al., 2013; Verhaeghe et al., 2013). Barrierer for å bli med i sportsklubber eller fritidstiltak og aktiviteter er også vist å påvirkes av dårlig økonomi (Chapman et al., 2016; Glover et al., 2013; Rastad et al., 2014). Samtidig har omgivelsene og negative holdninger til personer med psykiske lidelser i samfunnet generelt, vist seg å ha betydning (Verhaeghe et al., 2013).

I en spørreskjemaundersøkelse blant ikke-institusjonaliserte personer med psykiske lidelser i Australia fant Chapman et al. (2016) at flere barrierer var relatert til psykologisk distress. Dette inkluderte å være for trøtt; sjenert eller flau; ute av stand til å organisere; og at trening fører til utmattelse. De fleste var imidlertid uenige i at mangel på glede ved fysisk aktivitet var en barriere. I en studie blant pasienter med schizofreni i kommunale boliger i England var mangel på struktur i hverdagen og vanskeligheter med å planlegge noe som hindret dem i å delta i fysisk aktivitet (Johnstone et al., 2009). Den mest fremtredende barrieren var sosial angst, samt angst for hjerteinfarkt og angstrelaterte hjertesymptomer som hjertebank. En annen barriere var lite og dårlig erfaring med deltakelse i fysisk aktivitet. Dette samsvarer med funn i en studie av Rastad et al. (2014) som undersøkte barrierer for fysisk aktivitet i dagliglivet for personer med schizofreni ved psykiatriske poliklinikker i Sverige. De fant at barrierene blant annet inkluderte negative forventninger, slikt som frykt for å feile, liten tro på egne evner, mangel på motivasjon og tid, samt misforståelser, ideer og meninger om fysisk aktivitet.

For personer med psykiske lidelser som deltok i et interkommunalt og tverretattlig aktivitetstilbud i Norge, opplevdes sykdom, helseproblemer, frykt for å delta og det å forholde seg til andre og spesielt nye personer, som barrierer for deltakelse i aktivitetene (Kristiansen, 2010). Avstand og kostnader ved å delta var det få som nevnte. Likeledes fant Hodgson et al. (2011) at en kombinasjon av den psykiske lidelsen (og innvirkningen den har på motivasjonen) og bivirkninger av medisiner var hovedbarrierer for deltakelse i et aktivitetsprogram spesielt designet for brukere av mentale helsetjenester i England. Her ble i midlertidig utgifter og tilgjengelighet også nevnt.

#### *HOLDNINGER, RESSURSER OG KOMPETANSE HOS HELSEPERSONELL*

Helsepersonell har en viktig rolle med tanke på å motivere for og bidra til økt fysisk aktivitet for brukere med psykiske lidelser. Fire studier som undersøker barrierer for fysisk aktivitet hos brukere med psykiske lidelser, rapportert av ulike grupper helsepersonell, er inkludert i denne oppsummeringen (Happell et al., 2011; Soundy et al., 2014; Stanton et al., 2015; Verhaeghe et al., 2013).

Soundy et al. (2014) undersøkte barrierer for fysisk aktivitet hos personer med schizofreni i en spørreskjemaundersøkelse blant fysioterapeuter fra 31 land som jobber innen mentale helsetjenester. I tillegg til den individuelle mangelen på motivasjon – som bivirkninger av antipsykotisk medisiner og svingninger i humør og sykdom; var miljøet eller situasjon – som mangel på muligheter på avdelinger og mangel på støtte fra annet helsepersonell, barrierer som ble oftest rapportert.

Gjennom fokusgruppe-intervju med 17 psykiatriske sykepleiere identifiserte Verhaeghe et al. (2013) faktorer som virker inn på integrering av fysisk aktivitet i daglig omsorg av personer med alvorlig depresjon i skjermede boliger. Det var enighet blant sykepleierne om at den alvorlige depresjonen i seg selv kunne påvirke aktivitetsnivået negativt, for eksempel gjennom manglende energi til trening hos mennesker med depresjon. Ifølge flertallet av informantene var personlige egenskaper hos pasientene, som evne og motivasjon til å forandre usunn livsstil, et viktig element. I denne sammenheng beskrev respondentene det å diskutere livsstils-problemer med sine pasienter noen ganger som nytteløst eller frustrerende. Sykepleierne uttalte også at de fleste pasientene som bor i skjermede boliger, lider av et bredt spekter av problemer. De pekte på holdninger i samfunnet som en barriere for å integrere personer med alvorlig depresjon i idrettsklubber og fritidsaktiviteter. Mangel på tid ble også rapportert som et viktig problem, i tillegg til holdninger til helsefremming blant personalet generelt.

Happell et al. (2011) mener at psykiatriske sykepleiere er godt posisjonert til, og bør, fremme fysisk aktivitet for å bedre kvaliteten på omsorgen for mennesker med psykiske lidelser. Temaer som tas opp i artikkelen, inkluderer blant annet sykepleieres holdninger til fysisk aktivitet som en del av behandlingen og barrierer for fysisk aktivitet. Det vises til litteratur som indikerer at sykepleiere generelt er støttende til fysisk aktivitet og mener at det er viktig. Happell et al. (2011) uttaler videre basert på tilgjengelig litteratur, at mangel på fremming av fysisk aktivitet kan reflektere utilstrekkelig utdanning innen trening, framfor sykepleieres negative eller likegyldige syn på betydningen av fysisk aktivitet for mental helse. Også funn i en studie av Stanton et al. (2015) antyder at sykepleiere støtter fysisk aktivitet som del av behandlingen og er uenig i mange av de vanlige hindringene sitert i litteraturen.

#### *FRAFALL FRA TRENING OG MANGLENDE OPPFØLGING/TILBUD I KOMMUNEN*

I faglitteraturen vises det til at personer med psykiske lidelser ofte synes det er vanskelig å trene alene, og utholdenhet og frafall fra trening er en utfordring (Martinsen, 2012, 2014). For å komme i gang, anbefales hjelp og tett oppfølging fra helsevesenet, samt støtte over lang tid (Moe & Martinsen, 2011). Norske publikasjoner viser at selv om mange pasienter trener aktivt mens de er i institusjon, er det en utfordring å fortsette etter utskrivelse (Den gode hjertebanken, 2017; Helse og omsorgsdepartementet, 2020; Morken & Heggelund, 2007; Orø, 2016; Tilden Orvik, 2015). Støtte- og oppfølgings-tiltak i lokalt psykisk helsearbeid er da viktig.

I en rapport fra treningsklinikken ved St Olavs hospital i Trondheim (fysisk trening i behandling av schizofreni) skriver Morken og Heggelund (2007) at for mange mennesker med psykiske lidelser, er det svært vanskelig å etablere treningsvaner. En av Treningsklinikkenes største utfordringer er å etablere permanente treningsvaner med pasientene. Enkelte pasienter har hatt langvarige avtaler ved Treningsklinikken. I praksis er det primærhelsetjenesten som er ansvarlig for å gjennomføre denne oppfølging etter utskrivelse. Morken og Heggelund (2007) uttaler at primærhelsetjenestens oppfølging med trening ikke finnes i den form som kreves. Dette samsvarer med funn i masteroppgaven til Tilden Orvik (2015). Ved bruk av både spørreskjema og fokusgruppeintervju av totalt 14 pasienter, undersøkte Tilden Orvik endring og opprettholdelse av fysisk aktivitetsnivå og motivasjon for fysisk aktivitet under og etter behandlingen ved Modum Bad. Resultatene viste at pasientene bedret sitt fysiske aktivitetsnivå og motivasjon fra behandlingsstart til -slutt.

Utfordring er å opprettholde denne atferdsendringen etter utskrivelse. Utfordringen knyttet til opprettholdelse av atferdsendring er å danne en overgang mellom behandlingsoppholdet og livet hjemme. Pasientene i Tilden Orvik (2015) etterlyste hjelp til å lette overgangen fra behandlingsoppholdet til livet hjemme. Et tilbud fra kommunehelsetjenesten eller eventuelt andre som kan følge opp med fysisk aktivitet på hjemstedet, vil da være viktig for å opprettholde atferdsendringen.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Rådet for psykisk helse og Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon startet et prosjekt «Den gode hjertebanken», hvor målsettingen er at flere i psykisk helsevern og rus tar aktivt i bruk fysisk aktivitet i behandlingen. Det er nylig publisert en brosjyre fra arbeidet (Den gode hjertebanken, 2017). Gjennomgående i prosjektet er at mange melder sin bekymring for at overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er spesielt utfordrende, og kommunens treningstilbud. Når treningstilbud på spesialistnivå bortfaller, må kommunen ta over og ha et tilbud i nærområdet som vedlikeholder den positive fremgangen som er oppnådd i behandlingen (Den gode hjertebanken, 2017).

#### OPPSUMMERING

Oppsummert viser de inkluderte publikasjonene at personer med psykiske lidelser erfarer at den psykiske sykdommen i seg selv, bivirkninger av medisiner og en kompleksitet av barrierer, hindrer dem i å være fysisk aktive. Dårlig fysisk form, lav selvtillit og liten tro på egne ressurser kan også være utfordringer for å drive fysisk aktivitet. Videre kan holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell være barrierer for fysisk aktivitet, samt at det ofte er manglende tilbud og oppfølging med trening i kommunene.

## 4.4 AKTIVITETSARENAER OG TILTAK MED FYSISK AKTIVITET I LOKALT PSYKISK HELSEARBEID

I dette kapitlet presenteres og beskrives aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet som gjennomføres i lokalt psykisk helsearbeid i Norge, samt eventuelle rapporterte erfaringer. Tiltak og erfaringer fra spesialisthelsetjenesten med særskilt overføringsverdi til kommunene er også inkludert. Publisert forsknings- eller fagutviklingsarbeid relatert til tiltakene er i midlertidig sparsommelig. Gjennom prosjektet «Den gode hjertebanken» har Rådet for psykisk helse og Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon undersøkt hvor og hvordan fysisk aktivitet tilbys i behandlingen av rusproblemer og/eller psykiske lidelser i Norge. Noen av erfaringene er presentert i deres nettbrosjyre, Den gode hjertebanken (2017), hvor det vises til treningstilbud i kommunen(r) og gis en oversikt over treningsmuligheter. Flere av disse tiltakene og arenaene er også inkludert i og overlappende med dette kapitlet. Kapitlet er videre delt inn i underkapitler etter følgende type tiltak eller aktivitetsarenaer; Treningsterapi og treningsklinikker, Treningskontakt, Aktivitetssentre og lavterskeltilbud, Frisklivssentral, Aktiv på dagtid, Idrettslag, og Ideelle organisasjoner.

#### TRENINGSTERAPI OG TRENINGSKLINIKKER

Treningsterapi er betegnelse på trening som brukes bevisst og systematisk i behandling og rehabilitering (Martinsen, 2011), også omtalt som tilpasset fysisk aktivitet, tilpasset

trening, idrettsterapi og idrettspsykoterapi (Martinsen, 2011). Nøkkelpunkter ved treningsterapi er at det er obligatorisk, strukturert og en fast del av behandlingen; at det ledes av spesialutdannet personale, tilbys i gruppe og individuelt med tilpasset oppfølging. Dette er også nøkkelpunkter ved treningsklinikker (treningspoliklinikker). Trening som obligatorisk og fast del av behandling av psykiske lidelser og ruslidelser, brukes i dag blant annet ved Modum Bad, Bergensklinikken, Treningspoliklinikken i Sandviken, Rusklinikken ved St. Olavs Hospital, DPS døgn Helse Førde, Blåkors – Borgestadklinikken, og ved klinikk for psykisk helse og rusbehandling ved Sykehuset i Vestfold. Type aktiviteter som tilbys varierer blant annet mellom utholdenhets- og styrketrening, ballaktiviteter, bassengtrening eller psykomotorisk trening. Treningsklinikker med tilbud for personer med psykiske lidelser finnes blant annet ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen og ved St. Olavs hospital (Østmarka). Treningen består av høyintensiv 4x4 minutters intervalltrening og styrketrening (Den gode hjertebanken, 2017).

Martinsens doktorgradsarbeid inkluderte deltakere som alle har vært innlagt til behandling ved Modum Bad (en privat institusjon for behandling av psykiske lidelser) (Martinsen, 2004, 2009). Undersøkelsen ble gjennomført for flere tiår siden, og var banebrytende i sin tid. Hovedfunnene i studiene hans var at tross dårlig fysisk form, er mennesker med psykiske lidelser i stand til å gjennomføre systematisk kondisjonstrening. Trening fører til betydelig økning i kondisjon. Videre funn er at pasientene liker å trene, og at de som har deltatt i systematiske treningsopplegg rangerer fysisk aktivitet som det viktigste behandlingselementet under oppholdet. Flertallet fortsetter med fysisk aktivitet etter utskrivning, og de som er fysisk aktive, har bedre psykisk helse (Martinsen, 2004, 2009). I sin masteroppgave fant Tilden Orvik (2015) at pasienter ved Modum Bad bedret sitt fysiske aktivitetsnivå og motivasjon fra behandlingsstart til -slutt, men at de opplevde en forverring på disse målene fra behandlingsslutt til oppfølging seks måneder etter. Imidlertid var nivåene bedre ved oppfølging sammenlignet med nivåene ved behandlingsstart. Tilden beskriver seks sentrale faktorer som forutsetninger for endring og opprettholdelse av fysisk aktivitetsnivå: 1) Forpliktelse, 2) Fellesskap, 3) Tilgjengelighet av treningsfasiliteter, 4) Individuelt tilpasset treningsplan med oppfølging, 5) Struktur på dagene, og 6) Kunnskap/gode erfaringer.

Orø (2016) Dahl fant i sin masteroppgave at gjennom deltakelse i treningsterapi ved Bergensklinikken, opplevde pasientene bedre rusmestring, bedre søvn, mindre angst, depresjon og ADHD-symptomer. I tillegg var fysiske effekter (som at utholdenheten økte og de følte seg sterkere) eller det å delta i en konkurranse viktige motivasjonsfaktorer. Autonomistøttende struktur, økt kompetanse, opplevelse av et inkluderende fellesskap, relasjon til treningsterapeutene og motivasjon ble vektlagt som viktig og nødvendig i treningsterapi. Det kom også frem at det var et behov for tettere oppfølging i overgangen fra institusjon til hjem. Mestring og positive opplevelser kan bidra til at pasienter bruker treningsterapi som selvhjelpsmetode når de er tilbake i sitt nærmiljø. Erfaringer fra de som deltar ved Treningspoliklinikken i Bergen, er at de, i tillegg til bedre fysisk form, hjelpes til å møte verden og får et intensivt til å komme seg ut og møte andre (Den gode hjertebanken, 2017).

Personalet ved seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksne ved Oslo Universitetssykehus (OUS) uttaler at ulike former for fysisk aktivitet kan være en mestringsstrategi og et verktøy for å hindre bruk av rusmidler, både i og etter behandling. At fysisk aktivitet står på timeplanen, at øktene er planlagte, og at du har en avtale med deg selv eller andre er viktig for å få gjennomført treningen. Etter



utskrivelse trenger pasientene ofte et nytt nettverk og tilbud om nye aktiviteter, samt hjelp til å opprettholde rutiner og mestre alle utfordringer alene. Personalet uttaler derfor at det er viktig å etablere rutiner i behandling. Fysisk aktivitet kan fungere som et verktøy for å håndtere tanker, følelser og uheldig atferd. Det er også en type behandling pasientene kan gjøre på egenhånd. I tillegg er fysisk aktivitet en hobby, livsstil og et sted for å møte nye mennesker og få et rusfritt nettverk. I en pilotstudie av ni personer som var innlagt på avdelingen, fant Ellingsen et al. (2018) at en økt med sirkeltrening eller fotball gav bedre humør, og mer positive og mindre negative følelser. Flere beskrev bedre selvfølelse og mindre rus-sug. Effektene av gåturer, der deltakerne anstrengte seg mindre, viste samme trend, men var ikke like tydelige.

I sitt doktorgradsprosjekt fant Flemmen et al. (2016; 2014) at pasienter med ruslidelser ved rusklinikken ved St. Olavs Hospital, forbedret utholdenhetskapasiteten sin så mye at de reduserte faren for utvikling av tilleggssykdom betydelig. Pasientene gjennomførte intervalltrening med høy intensitet tre ganger i uken i åtte uker i tillegg til ordinær behandling. Ifølge Flemmen er det viktig med god og tett oppfølging av treningsfysiolog og at pasientene trygges og veiledes med undersøkelser i forkant og følges opp med motivasjonssamtaler (Den gode hjertebanken, 2017).

Resultater i en rapport fra et prosjekt ved treningsklubben St Olavs hospital (Morken & Heggelund, 2007) viser at fysisk trening kan implementeres med stor suksess i psykiatrisk behandling, og gi bedre fysisk helse på lik linje med befolkningen for øvrig. Det systematiske arbeidet med hver enkelt pasient og kvalitetssikring av treningen, gjør at pasienter som deltar i trening ved treningsklubben, har effekt. En utfordring er å få enkeltpasienter til å møte til sine faste treningsavtaler. Lav oppmøteprosent medfører at noen pasienter ikke får optimal behandling. Majoriteten av pasientene har i midlertidig et oppmøte som medfører en bedring eller vedlikehold av fysisk form sammenlignet med de som ikke deltar i treningen. En av de største utfordringene er å skape langsiktige treningsvaner hos pasientene, og at kommunehelsetjenestens oppfølging med trening ikke finnes i den form som er nødvendig.

#### TRENINGSKONTAKT

Ordningen med treningskontakt er et av tiltakene i kommunen som er mye omtalt i litteraturen (Moe, 2011, 2018; Skrede et al., 2006). Tilbudet er etablert i flere kommuner, og ulike institusjoner (Moe, 2011, 2018; Skrede et al., 2006). Gjennom ordningen knyttes brukere til en treningskontakt, tilsvarende en støttekontakt for mennesker med psykiske lidelser og rusproblem som i tillegg til å ha en sosialt støttende rolle, også skal drive målrettet fysisk aktivitet (Baug, 2010; Bratland-Sanda et al., 2017; Moe, 2018; Skrede et al., 2006). En treningskontakt skal planlegge og motivere for fysisk aktivitet, og gjennom aktiv deltakelse, bidra til at aktivitetsnivå vedlikeholdes når brukere med psykiske lidelser og rusproblemer skrives ut fra institusjon til hjemmet. Eksempelvis kan treningskontakten bli med bruker i treningsstudio, i svømmehallen, på joggetur eller på fjelltur (Baug, 2010). Treningskontakten skal også være en koordinator og ressursperson i lokalmiljøet som åpner tilgangen til ulike arenaer for fysisk aktivitet. Tiltaket er etablert med tanke på å være *midlertidig* støtte og motivasjon, og er en del av en «hjelp-til-selvhjelp-strategi» hvor målet er at brukerne etter hvert skal ta ansvar for treningen på egenhånd (Baug, 2010). Treningskontakter er lekfolk som gjennomgår et kurs, og lønnes som støttekontakt av NAV i kommunen (Moe, 2011; Skrede et al., 2006).

Basert på utdanning av nær 300 treningskontakter i 25 kommuner, har Skrede et al. (2006) beskrevet erfaringer med modellen blant brukere og treningskontakter. De fleste brukerne opplever at starthjelp er viktig for etablering av gode vaner. Når treningskontaktene personlig følger opp brukere i lokalsamfunnet etter utskriving, er det lettere for brukerne å opprettholde fysisk aktivitet. Treningskontaktene bidrar også til å bryte sosial isolasjon, og hjelper brukerne til å få innpass i andre miljøer. Dette blir ytterligere forsterket når treningskontaktene motiverer brukerne til deltakelse i aktiviteter på treningssenter, mosjonsarrangement og i turlag (Skrede et al., 2006).

Erfaringer fra Prosjekt «Treningskontakt – Hordaland» (Hordaland Idrettskrets, 2007, 2009, 2010b) viser at tiltaket har stor verdi for målgruppen, da mange pasienter etterspør et etterverns- tilbud med fysisk aktivitet (Hordaland Idrettskrets, 2007, 2009, 2010b) som kan være med på å forebygge nye innleggelser i institusjon. Gjennom bruk av treningskontakt har mange mennesker, som ikke ville vært aktive gjennom det ordinære treningstilbudet, blitt mer aktive (Hordaland Idrettskrets, 2010a). Følgende suksesskriterier for ordningen beskrives (Hordaland Idrettskrets, 2010a, 2011); 1) At kommunene har et eierforhold til treningskontaktordningen; 2) At kurset tiltrekker seg personer av begge kjønn, i alle aldre og med forskjellig erfaring; 3) At det er ansatte i idrettskretsen som jobber spesifikt med treningskontakter; 4) At personer fra helse- og sosialetatene tar kurset for å få mer kunnskap om muligheter i eksisterende støttekontaktordning; 5) At personer som jobber med mennesker, tar kurset for å bli bedre i jobben sin; og 6) At Idrettskretsen er tydelig på hva som er idrettens oppgave og hva som er det offentliges oppgave. utfordringer er i midlertidig; 1) Å sikre overgangen fra prosjekt til etablert ordning; 2) Å få store kommuner til å etablere gode system som skal ha oversikt over og ta godt vare på treningskontaktene; og 3) Å få god dokumentasjon fra kommunene i forhold til hvordan treningskontaktordningen fungerer (Hordaland Idrettskrets, 2010a, 2011).

I Trøndelag er treningskontaktordningen godt etablert i flere kommuner. I en rapport av Ekman og Nossom (2015) nevnes følgende faktorer for god praksis; 1) Politisk forankring og tydelig prioritering i kommunens budsjett, 2) Vurder nøye hvilke ressurser ordningen krever før etablering (økonomi, kompetanse og personlige egenskaper), 3) Bygg opp under personlig engasjement og utvikling, 4) Forankre ordningen i et større fagmiljø med relevant kompetanse, 5) Etabler ordningen slik at brukeren får færrest mulig personer å forholde seg til, 6) Ha brukerens rehabiliteringsprosess i tankene ved valg av organisering, 7) Sørg for at brukeren setter seg mål som han/hun ønsker å oppnå, evaluer målene og sett opp nye når målene er innfridd, 8) Sørg for et godt system og kompetent veiledning av treningskontaktene, 9) Vær i forkant! Ikke vent til problemer oppstår, ha en god struktur for oppfølging. Samtidig pekes det på at kommunene er forskjellige, og ulike faktorer er avgjørende fra kommune til kommune. Det vises videre til at det bør vurderes å utarbeide en veileder som støtte til kommunene ved etablering og forvaltningen av ordningen, samt for oppfølging av brukere og treningskontakter.

I brosjyren «Den gode hjertebanken» uttales det at bruk av treningskontakt med fordel kan starte før avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre behov for treningskontakt etter endt behandling bør vurderes og legges inn som del av individuell plan (Den gode hjertebanken, 2017).

### AKTIVITETSHUS

Aktivitetshus (aktivitetssentre og treffsteder) er lavterskeltilbud for personer med psykiske utfordringer som har behov for et tilbud i hverdagen (Moe, 2018). Aktivitetshusene tilbyr ikke behandling, og man trenger ikke henvisning for å delta. Det finnes flere aktivitetshus, som også har ulike fysiske aktiviteter på programmet. Forskning og utviklingsarbeid har vist at aktivitetshus blant annet kan erfares som en møteplass, et sted å finne sosiale støtte og tilhørighet; og et sted de kan gå til som skaper mening i hverdagen (Brekke, 2014; Elstad, 2014; Steiro, 2016). I dette kapitlet er kun aktivitetshus som har fokus på tilbud av fysisk aktivitet beskrevet (Moe, 2018). Nøkkelpunkter ved disse aktivitetshusene er at det er lavterskeltilbud, tilrettelagte opplegg med velorganiserte og tilpassede aktiviteter og treningsøkter, personell med kompetanse innen fysisk aktivitet og motivasjon og, mulighet for selvbestemmelse og trygge sosiale rammer som bidrar til økt sosialt liv og mening i hverdagen.

Kulturnettverket Innlandet samarbeider om kultur- og aktivitetstilbud til mennesker med psykiske helseplager og rusavhengighet (Kulturnettverket; Libak, 2010). I sitt doktorgradsprosjekt fant Farholm (2017b) at omtrent tre av fire deltakere ved Kulturnettverket selv-rapporterte å være regelmessig fysisk aktiv, definert som fysisk aktiv i minst 30 minutter per dag de fleste dager i uken (Den gode hjertebanken, 2017). Dette er et høyt nivå sammenlignet med aktivitetsnivået for personer med psykiske lidelser generelt, og tyder på at opplegg tilrettelagt for personer med psykiske lidelser har potensiale til å øke det fysiske aktivitetsnivået i denne populasjonen (Farholm, 2017b). Farholm uttaler at sannsynlige suksessfaktorer er; å tilby velorganiserte treningsøkter styrt av kompetent personell, trygge sosiale rammer og et miljø med sosial støtte, mestringsopplevelser og selvbestemmelse. I tillegg bør treningsprogrammene ta hensyn til og hjelpe deltakerne med å overvinne kjente barrierer for å være fysisk aktive hos personer med psykiske lidelser (Den gode hjertebanken, 2017).

Også Kristiansen (2010) fant i sin masteroppgave at det er mulig å gjennomføre fysisk aktivitet i en populasjon med psykiske lidelser dersom det blir lagt til rette for det. Kristiansen påpeker at kompetansen til personalet i forhold til motivasjonsprosesser og fysisk aktivitet generelt er viktig, og at opplegget er attraktivt og tilrettelagt med tanke på transport. Tanken er også at aktivitetene kan brukes i utskrivelsesprosesser fra sykehuset, og være en måte å tilnærme seg en hverdag utenfor sykehuset. I samarbeid med kulturnettverket er det også organisert treningstilbud på et treningssenter to dager i uken for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Resultater fra en evaluering av tilbudet viser at fysisk aktivitet har positiv effekt – både fysisk og psykisk – for mennesker med alvorlig psykisk lidelse (Libak, 2010). Videre opplevde de økt livskvalitet, blant annet gjennom økt sosialt liv og oppfyllelse av meningsfullt innhold i hverdagen. Faktorer som viste seg å være avgjørende for deltagelse, var at tilbudet er gratis, nivået tilpasses den enkeltes yte- og mestringssevne, mulighet for hjelp til motivasjon og praktisk tilrettelegging samt det sosiale aspektet.

«Energiverket» er et lavterskel aktivitetstilbud i Kristiansand kommune som blant annet tilbyr tilrettelagt trening for personer som har psykiske helseutfordringer og rusavhengighet. Energiverket har et bredt tilbud av aktiviteter, hvor flere treningstilbud står fast på timeplanen (kondisjonstrening, sirkeltrening, spinning, crossfit etc.) (Kristiansand Kommune, 2020). Øydna (2020) fant i sin masteroppgave at deltagelse i denne treningen erfares som mer enn bare trening. Her kan de komme som de er og delta gratis på tilrettelagt trening. I tillegg til bedringer i fysisk og psykisk helse, erfarer de å få sosial støtte og et nettverk. Dette kan være med å fremme deltakernes recovery-prosess på aktivitetssenteret.

*FRISKLIVSENTRALER*

Frisklivssentraler er beskrevet under kapittel 3 i oppsummeringen. Den første frisklivssentralen så dagens lys i Modum kommune i 1996. Forskning på norske frisklivssentraler er et relativt ungt felt, med få store og kontrollerte studier (Helsedirektoratet, 2019b), og ingen studier har kun inkludert brukere med psykiske helseutfordringer. I publikasjoner som oppgir hvor stor andel av deltakerne som er henvist på grunn av psykiske plager/lidelser, varierer andelen fra 11% til 25% (Bjurholt, 2014; Bratland-Sanda, 2014; Kaurstad et al., 2013). Det er også rapportert at frisklivssentraler har hatt problemer med å rekruttere personer med psykiske lidelser (Kaurstad et al., 2013).

I henhold til Helsedirektoratets (2019b) veileder for frisklivssentraler viser studier på frisklivssentraler gode resultater. Individuelt tilpasset oppfølging i frisklivssentralen kan gi økt aktivitetsnivå, bedret fysisk form, reduksjon i KMI, og bedring i selvopplevd helse. Deltakelse i frisklivssentralens tilbud gir økt motivasjon til å gjøre endringer i livsstil, og ser ut til å gi kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å fortsette med fysisk aktivitet etter oppfølgingsperioden. Frisklivssentralen møter også dagens helseutfordring med fysisk og psykiske plager, og kan bidra til sosialt nettverk og integrering (Helsenorge, 2019). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (kunnskapssenteret) har gjort en systematisk oppsummering av studier av tiltak som likner de som gis i løpet av én reseptperiode i frisklivssentraler i Norge (ca. 3 måneder) (Denison et al., 2012). Forfatterne konkluderer med at henvisning til lokale treningstilbud med oppfølging trolig øker fysisk aktivitet i løpet av tiltaksperioden, og på kort sikt (tre måneder etter avsluttet tiltaksperiode). Det er i midlertidig mangelfull dokumentasjon for å kunne si noe om langtidseffektene, og det etterlyses mer standardisering av utfall og metoder for å måle fysisk aktivitet (Denison et al., 2012). Dette samsvarer med funn fra en kunnskapsoversikt av Oldervoll og Lillefjell (2011) over hva som er “beste praksis” for organisering og innhold i frisklivssentraler, hvor hovedkonklusjonen er at “trening på resept” har en effekt på kort og mellomlang sikt, men at vi foreløpig vet lite om langtidseffekten.

I en kunnskapsoppsummering av 48 studier fant også Samdal et al. (2017) en middels effekt på endring av atferd på kort sikt av intervensjoner som lignet frisklivssentraler (aktivitets- og kostholds-intervensjoner), med en avtagende effekt på lang sikt. Videre viste funnene at for å ha effekt, syntes det viktig at veileder bruker mange endringsteknikker, at deltakerne setter et personlig mål for endring, og registrerer atferd. For langtidseffekt var det særlig viktig med personlig mål for resultat av endringen, få tilbakemeldinger underveis og, dele endringen opp i flere i delmål eller bruke hjelpemidler, f.eks. en skritteller. Det synes også vesentlig for at endringen skal vare over tid at den som er veileder bruker motiverende intervju og vektlegger deltakerens selvbestemmelse og indre motivasjon.

I sitt doktorgradsarbeid fant Blom (2020; 2020; 2020) at deltakere (18-83 år) ved 32 frisklivssentraler i Norge i gjennomsnitt økte sitt fysiske aktivitetsnivå etter en tre måneders frisklivsresept. Etter 15 måneder var aktivitetsnivået tilbake til utgangspunktet. Deltakerne rapporterte imidlertid om vesentlig bedre helserelatert livskvalitet etter tre måneders frisklivsresept, og denne forbedringen ble opprettholdt også etter 15 måneder. De av deltakerne som hadde greid å bli mer fysisk aktive var også de som rapporterte om størst forbedring i livskvalitet på både kort og lang sikt. Dette samsvarer med andre publikasjoner som indikerer at deltakelse på frisklivsreseppter kan før til bedring i livskvalitet (Bjurholt, 2014; Kaurstad et al., 2013) og økning i fysisk

aktivitetsnivå (Bjurholt, 2014; Bratland-Sanda, 2014; Kaurstad et al., 2013). Videre ser sosial tilhørighet, støtte og oppfølging ut til å være viktig for deltakernes motivasjon (Bratland-Sanda, 2014; Kaurstad et al., 2013; Sand, 2013; Selø, 2013). Forsknings og utviklingsarbeid relatert til endring i symptomer på psykiske lidelser er i midlertidig mangelfullt.

#### AKTIV PÅ DAGTID

Aktiv på dagtid er et lavterskeltilbud som tilbyr regelmessig tilrettelagt fysisk aktivitet på dagtid for voksne mellom 18 og 67 år som mottar en ytelse fra NAV eller annen form for sosial stønad. Tilbudet er etablert flere steder i landet med ulike organiseringsmåter/modeller (Norges Idrettsforbund). Konseptet ble startet i 2008 i et forsøk på å motvirke den negative effekten lengre perioder med arbeidsledighet kan ha på mental helse. Tilbudet er for personer med og uten psykiske helseutfordringer. Mange med psykiske helseutfordringer benytter tilbudet da treningsøktene er tilpasset for personer med liten eller ingen tidligere erfaring med fysisk aktivitet og prisen er lav (Moe, 2018). Det kreves ingen henvisning for å delta. Det sosiale aspektet av programmet og det å utvide det sosial nettverket vektet likt med andre mål som å øke fysisk kondisjon, forbedre kroppssammensetningen, redusere stress, øke kroppsopplevelsen og økt mestring (Bratland-Sanda et al., 2017).

Vitenskapelige evalueringer av Aktiv på dagtid er sparsommelig, og ingen inkluderer kun personer med psykiske lidelser/helseutfordringer. En evaluering av Aktiv på dagtid i Oslo har i midlertidig vist at deltakerne opplever bedre somatisk og psykisk helse, fysisk form og søvn (Strandbu & Seippel, 2011). Særlig fire forhold gjorde Aktiv på dagtid til et vellykket og attraktivt treningstilbud: treningstilbudet er variert og godt og har høy kvalitet; det er rimelig å delta; det er et lavterskeltilbud hvor en kan delta uansett treningsbakgrunn, sykdom eller andre forhold; det er et sosialt lavterskeltilbud hvor en kan knytte kontakter og ha mye med de andre å gjøre; og tilbudet er en nøytral arena og ikke en del av hjelpeapparatet.

Johansen og Bjørgum (2015) gjennomførte en deltagerundersøkelse etter ett års prosjektperiode med Aktiv på Dagtid i Aust-Agder. Også her var personer med og uten psykiske lidelser/helseutfordringer inkludert. Resultatene viste at deltakerne var svært fornøyde og at tilbudet var en viktig faktor i hverdagslivet til deltagerne. Over halvparten (52%) oppgir at de har begynt å trene mer i andre sammenhenger, 64% at de beveger seg mer enn tidligere også utenom treningstid og 75% har fått mer overskudd til å gjøre andre ting. Viktige årsaker for at de trener på Aktiv på Dagtid, er at: treningene er på formiddagen, instruktørene er flinke, det er lav pris, det er passe vanskelighetsgrad, det er et godt aktivitetsutvalg og de trenger å treffe andre mennesker. Aktiv på Dagtid har blitt en viktig møteplass og 68% svarer at treningen har resultert i bedret psykisk helse.

Aktiv på Dagtid i Tromsø, tilbyr et allsidig og godt aktivitetstilbud (bassengtrim, treningsstudio, sykkel, uteaktiviteter, bowling og ballspill) i samarbeid med idrettslagene og idrettsmiljøene. I en rapport vises det til at et av suksesskriteriene har vært bruken av håndplukkede, entusiastiske og godt kvalifiserte instruktørene (Norges Idrettsforbund, 2008) Deltakelse i Aktiv på Dagtid og kontakt med instruktørene har også gjort at mange har blitt kjent med og introdusert for de organiserte, medlemsbasert tilbudene i idrettslagene. En rapport fra Aktiv på dagtid i fire Agderkommuner viser at deltakerne er begeistret for tilbudet, og at det gir dem ønske om å bli aktiv i eget liv og i samfunnet. Til tross for langvarig sykdom og dårlig helsestatus bidrar aktivitetene på

Aktiv på Dagtid til å øke mestringsevnen og livskvaliteten til deltakerne (Helmersen et al., 2018).

### IDRETTSLAG

Det finnes ulike tilbud i regi av idretten, idrettskretser og idrettslag som er for personer med psykiske helseutfordringer/lidelser. Forsknings- og utviklingsarbeid relatert til tilbudene er i midlertidig mangelfullt.

Psykiatrialliansen er et idrettslag som driver med fysisk aktivitet for mennesker som er berørte av psykiske lidelser, med særlig mål å få folk i aktivitet og hjelpe mennesker ut av isolasjon og ensomhet (Psykiatrialliansen). Dette er et lavterskeltilbud, hvor alle er velkomne til å benytte seg av tilbudet så lenge de måtte ønske. Det er ingen krav om diagnose, og deltagerne må selv definere seg inn i målgruppen. Det er varierte former for trening. Tilbudet omfatter blant annet turgrupper, dans, fotball og innebandy. Psykiatrialliansen rekrutterer trenere og hjelpetrenere blant brukerne, og det finnes brukerkompetanse eller pårørendeerfaring i alle organisasjonens ledd. I sin mastergradsprosjekt gjennomførte Røssum (2019) dybdeintervju med 14 deltakere og fire ledere på ulike aktivitetstilbud ved psykiatrialliansen. Funnene viste at det sosiale fellesskapet hvor deltakerne fikk omgås med likesinnede i et støttende miljø, var viktig. Videre var opplevelsene av mestring spesielt positivt, da det førte til bedring i den psykiske helsen. Sosial støtte og mestring førte også til motivasjon for å delta, som igjen førte til at de klarte å trosse barrierene. De opplevde barrierene var hovedsakelig psykisk og fysisk sykdom, transport og økonomi.

Fotballstiftelsen driver fotballaktivitet på dagtid for mennesker med rusmiddelavhengighet (i.e. personer i aktiv rus, mennesker under rehabilitering eller dem som har klart å bli rusfrie) (Fotballstiftelsen). Alle som har eller har hatt utfordringer knyttet til rus, kan delta. Gjennom fotballen kan rusmiddelavhengige oppleve et trygt fellesskap hvor de etablerer et nytt nettverk. Deltakerne blir en del av en klubb og opplever mestring både på og utenfor banen. I dag er 22 klubber tilknyttet stiftelsen. Klubbene arrangerer to til tre treninger på dagtid i uken, i tillegg til sosiale aktiviteter utenom. I to rapporter fra en studie av gatelagsfotball i norske kommuner vises det til at i tillegg til å komme i fysisk form ved å trene og spille fotball er samholdet, fellesskapet og kollektivet mellom spillere, trenere og de ulike lagene meget sterkt, og gjør en forskjell i de ulike spillernes recovery-prosesser (Kobro et al., 2019; Thompson et al., 2019). Erfaringer med deltakelse i gatelagsfotball personer med utfordringer innen rus og psykisk helse ble utforsket gjennom fokusgruppeintervju. Funnene viser at gatefotballen gir en mer meningsfull hverdag, og at gatelagene er arenaer av samhold, fellesskap og mennesker som ser deg og hverandre. De sosiale forskjellene mellom spillerne på gatelagene er liten, og her bryr folk seg om hverandre – enten de er spillere eller trenere – som en deltaker sa: «*Gatelagene er Norges beste ettervern!*» (Kobro et al., 2019; Thompson et al., 2019).

Liknende i Fotballklubben Notts County har fotball blitt en viktig arena for fellesskap og sosial inkludering for mennesker med psykiske helseproblemer (Kjølstad, 2018). Treningen visker ut hierarkiet, dvs. hvem som er syke og hvem som er friske er ikke et tema. Studenter, sykepleiere og brukere av helsetjenester trener alle sammen på lik linje.

*IDEELLE OG FRIVILLIGE ORGANISASJONER*

Det finnes også aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser fra frivillige og ideelle organisasjoner, men også her er det sparsomt med publiserte forsknings- og utviklingsarbeider (Sellereite et al., 2019). Enkelte tilbud er presentert i det følgende.

«FIRE – Stiftelsen Ett skritt videre» er et etterverns tilbud innen frivillig sektor, for mennesker med helseproblemer knyttet til bruk av rusmidler og/eller psykiske lidelser. Hovedverktøyet for relasjonsbygging og oppfølging er fysisk aktivitet. Oppfølging ut over treningene, skjer ved behov og i individuelle samtaler. Medlemmene kan benytte seg av tilbudet så lenge de trenger det, og medlemskontakten varierer fra ett par måneder til flere år. I sin studie undersøkte Sellereite et al. (2019) brukernes erfaringer med aktivitets- og oppfølgingstilbudet i FIRE. Formålet var å få frem medlemmenes opplevelse av mestring, tilhørighet og delaktighet i et helsefremmende perspektiv. Resultatene antyder at tilnærminger som FIRE kan være et helsefremmende og supplerende tiltak innenfor rus og psykisk helsearbeid. Medlemmene var i stor grad enige i at de mestrer fysisk aktivitet bedre etter aktiv delttagelse i FIRE. Fysisk form (kondisjon og styrke) var i større grad viktig for medlemmene nå sammenlignet med tidligere. Det konkluderes med at flere kommuner kan jobbe mot å tilrettelegge for frivillige organisasjoner med et bredt aktivitets- og treningstilbud.

Frelsesarmeens gatefotball er et lavterskeltilbud for hjemløse, rusavhengige, tidligere innsatte og andre sårbare grupper (Frelsesarmeen). Sammen skaper de positiv vekst i spillernes liv gjennom aktivitet og sosiale samlinger, og har lag i 17 byer.

Kirkens bymisjon tilbyr flere steder i landet ulike former for trening/fysisk aktivitet (Kirkens bymisjon). Eksempelvis:

- Enter Fritid ved Krikens bymisjon i Kristiansand tilbyr et bredt spekter av fritidstilbud innen kultur, friluft og trening til mennesker som har en rusfortid og er i en etterverns fase. Aktiviteter som tilbys er blant annet sykling, klatring, yoga, halltrening, ski, og terrengkarusellen (Kirkens Bymisjon Enter Fritid).
- Fri ved Kirkens bymisjon i Drammen arrangerer mange varierte aktiviteter gjennom året. Det kan være alt fra skigrupper, sykkelgrupper, middager, samarbeid med idrettslag og klubber, turer i skog og mark, løpegrupper, bowling, kino og bandygrupper (Kirkens bymisjon Fri Drammen).

*OPPSUMMERING*

Oppsummert finnes det ulike aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i Norge. De inneholder i stor grad følgende nøkkelkomponenter; det er faste og strukturerte tiltak med trening, det er et variert og tilpasset aktivitetstilbud som ledes av instruktører med kompetanse, det er lavterskel og lav kostnad, det kreves sjelden henvisning, det er sosialt og noe å gå til for deltakerne og bør følges opp.

## 4.5 TILRETTELEGGENDE FAKTORER FOR FYSISK AKTIVITET I LOKALT PSYKISK HELSEARBEID

I dette kapitlet oppsummeres funn fra utvalgte publikasjoner om tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid. Kapitlet er inndelt i fire større temaer som går igjen i publikasjonene; Rammebetingelser og tilrettelegging, Motivasjonsklima og helsepersonellens rolle/kompetanse, Støtte fra treningsgruppen og varierte aktiviteter, og Informasjon og kunnskap om økt angstnivå under trening. Temaene overlapper også hverandre, og funn presenteres på tvers av diagnoser og aktivitetstiltak.

### RAMMEBETINGELSER OG TILRETTELEGGING

Lederman et al. (2017) hevder i sin artikkel at til tross dokumentert effekt av fysisk aktivitet, er det fortsatt et hull i implementering av fysisk aktivitetstiltak i psykisk helsearbeid. Forfatterne mener derfor det er et stort behov for å overføre resultater fra effektstudier til rutinearbeid, og hevder det ikke lenger kun er snakk om et kunnskapshull, men mer et gjennomføringshull. Psykiater og professor Egil Martinsen og Idrettspedagog Toril Moe (med lang erfaring fra arbeid med fysisk aktivitet og psykisk helse) har vært pionerer og sentrale skikkelser innen bruk og implementering av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i Norge. Deres bøker og bokkapiteler, som har blitt referert en rekke ganger i denne oppsummeringen er svært viktige og fortsatt høyst aktuelle innenfor fagfeltet fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid (Martinsen, 2000, 2011, 2012, 2014, 2018a, 2018b; Moe, 1998, 2011, 2018; Moe & Martinsen, 2011). Basert på mange års erfaring med fysisk aktivitet på psykiatriske institusjoner, samt forskning og teori, gis det i denne faglitteraturen konkrete tips i forhold til motivasjon, forhold og holdninger som er helt avgjørende for å lykkes.

I henhold til Moe (2011, 2018) er fysisk aktivitet lettest å gjennomføre når det er en obligatorisk del av behandlingen og tilrettelagt av fagpersoner. Nødvendige og nyttige rammebetingelser er ifølge Moe (2018) at ledelsen anerkjenner, prioriterer og ser på fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Ildsjeler er viktige og helst flere i personalgruppen må brenne for fysisk aktivitet, og sette av tid på dagsplanen til aktivitet. Nyttige rammebetingelser også ifølge erfaring at fysisk aktivitet tilrettelegges av spesialutdannet personale (idrettsutdannet personale og fysioterapeuter med interesse for aktivitet), at treningstilbudet er godt og variert og tilpasset deltakernes behov, ønsker og funksjonsnivå, at oppleggene er sosiale og gruppebaserte, samt at tilgjengelighet til treningsarenaene er gode. Rammebetingelsene samsvarer med Flemmens tips i brosjyren Den gode hjertebanken: fysisk trening implementeres best i behandlingen ved at arbeidet er forankret i ledelsen, ansatte og pasienter får god informasjon, kvalifisert personell står for treningen og gir individuell tett oppfølging (Den gode hjertebanken, 2017).

I samsvar med faglitteraturen viser internasjonal forskning at rammebetingelser og tilrettelegging er viktige faktorer (Crone & Guy, 2008; Lederman et al., 2017). Fysisk aktivitet bør være en obligatorisk del av behandlingen, og en del av deltakernes behandlings – og eventuelle individuelle plan (Crone & Guy, 2008). At rammebetingelser og tilrettelegging er viktig, og at fysisk aktivitet bør være en integrert del av behandlingen støttes også av internasjonal faglitteratur (Stubbs & Rosenbaum, 2018).

I sitt doktorgradsarbeid fant Farholm (2017b) at undervisning til de ansatte om



hvordan motivere og legge til rette for fysisk aktivitet, ikke er tilstrekkelig for å påvirke verken det fysiske aktivitetsmønsteret til pasientene eller motivasjon og mestringstro til ansatte når det gjelder å fremme fysisk aktivitet for inneliggende pasienter ved et psykiatrisk sykehus. Basert på disse resultatene uttaler Farholm i Den gode hjertebanken at helsetjenesten må tilrettelegges for treningstilbudet; kunnskapen må være implementert i tilbudet ved avdelingene (Den gode hjertebanken, 2017). Han hevder videre at det må ansettes flere som har utdanning knyttet til det å tilrettelegge for fysisk aktivitet, og at det må settes av tid til dette arbeidet. Hvis ingen har særskilt ansvar, og ingen får satt av tid til å jobbe spesifikt med å få pasientene i aktivitet, blir det fort opp til ildsjelene, ofte uten kompetanse, å gjennomføre arbeidet. For å løfte kunnskap om fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid, må temaet ifølge Farhold, inn i helsefagutdanningen.

#### MOTIVASJONSKLIMA OG HELSEPERSONELLETS ROLLE OG KOMPETANSE

*Motivasjonsklima* sikter her til den sosiale sammenhengen og de sosiale prosesser i treningsgruppen der fysisk aktivitet foregår (Roberts & Treasure, 1995 gjengitt i Martinsen, 2018b, s. 164). Moe og Martinsen (2011) påpeker at motivasjonsklima påvirkes av prosesser i behandlingsmiljøet, i første rekke holdninger og engasjement hos ledelsen og personalet når det gjelder fysisk aktivitet som behandling. I følge Martinsen (2004) kan pasientenes motivasjon gjenspeiles i personalets holdninger og motivasjon for fysisk aktivitet. Motivasjon omtales som noe som smitter og som best praktiseres av de som selv er motiverte, og som sitert fra boken; «*et motivert og energisk personale som legger til rette for og tilbyr aktiviteter med fokus på læring og mestring, og som selv deltar, vil lettere oppnå motiverte deltakere*» (s 199, s 87). En inaktiv behandlingkultur kan derimot forsterke manglende motivasjon for fysisk aktivitet (Moe gjengitt i Martinsen, 2018a; Moe, 2018, s. 156).

I henhold til Moe (2018) kan oppfølging og deltakelse fra behandlere, samt andre viktige personer, bidra til endring. Balansen mellom aktivisering, press, mas og tvang er vanskelig. Hun viser til at god planlegging, gjennomføring og oppfølging er viktig, og kan øke motivasjonen. Moe (2018) fokuserer på at helsepersonell som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet bør kartlegge funksjonsnivå, utfordringer og muligheter hos deltakerne. I tillegg bør personalet ha aktivitetserfaring og positiv holdning til fysisk aktivitet og kunnskap om og beherske ulike motivasjonsstrategier. Også økonomiske, tilgjengelige arenaer og tilbud i nærmiljøet er sentrale faktorer med tanke på at fysisk aktivitet skal bli en varig endring, en livsstil som kan videreføres både i og utenfor institusjonsmiljøet. Funksjonsnivå, tidligere erfaringer, interesser, ønsker og behov kan blant annet kartlegges via motivasjonssamtaler (MI). I sin avhandling trekker også Farholm (2017b) frem at personer med psykiske lidelser kan trenge ekstra støtte for å omgjøre interesse og motivasjon til handling når det gjelder fysisk aktivitet. Pasienter øker ikke aktivitetsnivået sitt ved å snakke om det, det må settes av tid til fysisk aktivitet, både med Motiverende Intervju og planlagt, strukturert fysisk aktivitet

Han oppfordrer spesielt ansatte i psykisk helsevern å jobbe med motivasjon for fysisk aktivitet på en strukturert, teoribasert og grundig. Ifølge Moe (personlig meddelelse) handler det om å hente frem og bevisstgjøre den enkeltes vilje. Helsepersonell må avdekke brukernes holdninger til og motivasjon for fysisk aktivitet. Her er endringshjulet/ stadiemodellen et sentralt verktøy. Ulike stadier krever ulike motivasjonstilnærminger (Moe, 2018).

I sin masteroppgave fant Kristiansen (2010) at personalets rolle ofte ble oppgitt som

viktig for deltakelse i et interkommunalt og tverrfaglig aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser. Personalet må være oppmuntrende, delaktige, inkluderende og mestringsorienterte i prosessen med å få deltakerne mer aktive. I likhet med Moe (2018), viser Kristiansen (2010) til viktigheten av at personell som arbeider med å få personer med psykiske lidelser mer aktive, har kompetanse om motivasjonsprosesser i tillegg til kompetanse og erfaring med å tilrettelegge fysisk aktivitet. Det understrekes at det å endre livsstil, er en utfordring for alle. Sykdomstrekk ved mange psykiske lidelser gjør at denne kompetansen er ekstra viktig når man jobber med denne pasientgruppen. I sin avhandling trekker Farholm (2017b) frem at personer med psykiske lidelser kan trenge ekstra støtte for å omgjøre interesse og motivasjon til handling når de skal drive fysisk aktivitet.

Også Lederman et al. (2017) konkluderer med at trening som er individtilpasset sykdommen og dens alvorlighetsgrad, som har med et tverrfaglige team, som er deltaker-fokusert, og støttes av ansatte og ledelsen, trolig bli godt mottatt av brukerne. Helseutfallet, både det psykiske og fysiske, blir også bedre. Med tanke på tverrfaglig tilnærming bør alle viktige interessenter være involvert i å fremme fysisk aktivitet, inkludert helsepersonell, familie og omsorgspersoner.

Mason og Holt (2012) oppsummerte kvalitativ forskning på brukernes perspektiv og hvilke aspekter de så på som viktige for hvordan trening kan hjelpe i recovery prosessen. Også her refererte flere studier til den verdsatte rollen til personalet som la til rette for prosjektene, eksempelvis å være støttende, interessert og motiverende. Også McDevitt et al. (2006) fant at en nøkkelfaktor ved tilrettelegging av fysisk aktivitet for personer med psykiske helseutfordringer er et motiverende lederskap. Det vil si det å ha «den rette typen leder», en som tror på deltakerne og at de kan mestre det. Det handler om å ha en fin balanse mellom overtalelse og tvang. Det er viktig å snakke til deltakerne på den «riktige måten», for eksempel unngå å si «du bør/må gjøre dette». Det gjelder heller å forklare forsiktig og med mye empati og positiv oppmuntring si «kom igjen, vi trenger deg, du er god». Ingen bør tvinges til å trene. I stedet fremheves det at alle bør gis relevant helseinformasjon, og at dette kan gi deltakerne «driven» til å gjøre ting, hvis de forstår hvordan det å følge helseanbefalinger kan hjelpe dem.

I sin doktorgradsavhandling undersøkte Lundström (2020) erfaringer med å endre livsstilen og fremme aspekter av endring hos personer med psykose som var med i en «helsegruppe». Deltakerne beskrev det å gjøre livsstilsendringer som en kamp mellom interne og eksterne begrensninger, og at det var noe som måtte gjøres alene, men sammen med andre. Lengsel etter å leve et liv i harmoni kunne motivere for å endre (Lundstrom et al., 2017; Lundström, 2020). Sykepleierne fremhevet følgende aspekter som kan fremme helse og sunne levevaner blant personer med psykose; å ha et helsefremmende fokus i hvert møte for å støtte hver persons forhold i tankene, og ta ansvar for helsefremmende innsats på hvert nivå i organisasjonen (Lundstrom et al., 2020; Lundström, 2020). I en kvantitativ del av studien fant Lundström (2020) endring i fysisk aktivitet var assosiert med antall ganger personen hadde deltatt i helsegruppen, noe som kan tyde på at helsefremmende tiltak implementert i grupper kan forbedre fysisk aktivitet. Lundström (2020) konkluderer i sin avhandling med at det er både individuelle, relasjonelle, organisatoriske og samfunnsaspekter som påvirker muligheten for å endre livsstil. Indre styrke, et positivt selvbilde og positive opplevelser er individuelle aspekter som sammen med relasjonelle aspekter som støtte og å inngå i et felleskap kan fremme endring hos personer med psykose. På organisatorisk og samfunnsnivå er samarbeid, ansvarsfordeling og kunnskap og ferdigheter viktige ingredienser i helsefremmende arbeid i psykiatrisk omsorg. Det bør fokuseres på

helsefremmende tiltak som kan øke personens følelse av å være i en kontekst og styrke ressurser. Sykepleiere i psykiatrisk omsorg har en nøkkelposisjon for å utvikle helsefremmende sykepleie, der fysisk og mental helse er integrert, og hvor personens egne evner til forandring fremmes.

Ifølge Moe (2018) er *spesialutdannet personale* øremerket for fysisk aktivitet en svært viktig og avgjørende ressurs for å lykkes med å implementere fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Flemmen støtter at fysisk trening gitt som behandlingen, bør tilrettelegges av kvalifisert personell og gis med tett individuell oppfølging (Den gode hjertebanken, 2017). Flere internasjonale kvalitative studier har også vist at personer med psykiske lidelser fremhever viktigheten av profesjonelle instruktører for deltakelse i aktivitetstiltak, samt individuell tilpasning (Chapman et al., 2016; Crone & Guy, 2008; Fogarty & Happell, 2005; Hodgson et al., 2011).

Crone og Guy (2008) intervjuet brukere med mentale lidelser som med suksess hadde deltatt i treningsterapi som del av behandlingen i Storbritannia. Deres erfaring viste at en faktor som gjorde at de klarte å overvinne motivasjonsproblemene sine, inkluderte treningsterapeuten. Forfatterne konkluderer med at det er viktig at treningsterapeuten er trygg, kunnskapsrik, gir støtte og er sensitiv. Andre viktige faktorer var atmosfæren og kulturen på øktene, planlagt progresjon gjennom programmet, og kunnskap om teoriene bak treningsterapi.

Gjennom intervju med personer med alvorlige psykiske lidelser identifiserte Hodgson et al. (2011) faktorer som virker inn på etterlevelsen av et etablert aktivitetsprogram for brukere av mentale helsetjenester. Funnene viste at de mest sentrale faktorene for å delta, var helsepersonellet og støtten fra dem, samt organiseringen og planleggingen av de fysiske aktivitetstimene. Videre var det viktig at aktivitetsprogrammet og de som ledet det, var følsomme for å håndtere de spesielle utfordringene som psykiske lidelser gir. Funn i masteroppgaven til Øydna (2020) viste at trening tilrettelagt og tilpasset deltakernes fysiske form og funksjon, samt ledet av trenere med kompetanse på trening og psykisk helse, var viktig for motivasjon og deltakelse i trening ved et aktivitetssenter for personer med psykiske helseutfordringer.

Fogarty og Happell (2005) gjennomførte fokusgruppe- intervju med personer med schizofreni, som hadde deltatt i et tre måneders strukturert treningsprogram for beboere i en kommunal omsorgsenhet i Australia. Funn i studien viser betydningen av et individuelt strukturert treningsprogram med en gradvis tilnærming, slik at deltakerne kan utvikle sitt aktivitetsnivå i henhold til deres eksisterende nivå og motivasjon. Forfatterne hevder videre at suksessen i programmet i stor grad kan tilskrives ansettelsen av kvalifiserte og erfarne treningsfysiologer. Andre studier indikerer at behandlingsprogram for voksne med psykiske lidelser bør bruke treningsinstruktører med god humor, en ikke-dømmende holdning og oppmuntrende og profesjonell instruksjon (McDevitt et al., 2006; Roberts & Bailey, 2011; Tetlie et al., 2009). McDevitt et al. (2006) konkluderer med at planlagt progresjon gjennom programmet er viktig for å få personer med alvorlige lidelser til å delta i aktivitetsprogram.

#### STØTTE FRA TRENINGSGRUPPEN OG VARIERTE AKTIVITETER

Sosialt samvær og aktiviteten i seg selv er viktig for deltakelse i fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Internasjonale studier viser til viktigheten av å trene sammen med andre i en gruppe og den følelsen gruppetilhørighet og sosial støtte det gir (Fogarty & Happell, 2005; Hodgson et al., 2011; Mason & Holt, 2012; McDevitt et al., 2006).

Mason og Holt (2012) har oppsummert kvalitativ forskning om erfaringer med fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. De fant at en viktig faktor for å føle seg trygg, var at deltakerne er i en gruppe med andre personer i samme situasjon, hvor de føler seg akseptert. Carless og Douglas (2008c) viser til at en sentral ingrediens i ethvert vellykket treningsprogram i mentale helsesettinger, er effektiv sosial støtte. De konkluderer med at både opplevelser av å få og gi forskjellige former for støtte, er viktig for mange personer med psykiske lidelser.

Hodgson et al. (2011) fant at grunnet de utfordringene mange har med å delta på treningsøker, er ikke bare kvalitetene til personalet som leder treningsgruppene viktig, men også støtten fra gruppen som helhet. Fogarty og Happell (2005) fant at det var en fordel med å ha en treningspartner for støtte og oppmuntring, men også virkningen av hele gruppen var positiv. I studien til Fogarty og Happell (2005) refererte alle deltakere og ansatte til påvirkningen av gruppens tilnærming på deres motivasjon og engasjement i programmet. Deltakerne i studien til McDevitt et al. (2006) et al snakket også om hvordan det å være sammen med andre i grupper, kan øke motivasjonen og gjøre aktiviteter spennende og gøy. I tillegg var det viktig med noen individuelle valg og variasjon i aktivitetene. Soundy et al. (2014) intervjuet 151 fysioterapeuter innen mentale helsetjenester om tilretteleggere for fysisk aktivitet blant personer med schizofreni. Sosial støtte var viktig, og det kunne være både støtte fra helsepersonell og fra likesinnede, samt det å være del av en gruppe.

I sin masteroppgave fant Øydna (2020) at deltakere på et aktivitetssenter for personer med psykiske helseutfordringer erfarte at å delta på tilpasset trening ga et sosialt nettverk. De fikk venner og de opplevde å kunne gi og motta «*sosial støtte for hverandre*». I masteroppgaven til Kristiansen (2010) oppga deltakere ved et aktivitetssenter for personer med psykiske lidelser at de tre viktigste faktorer for deltakelse var «aktivitetene i seg selv», «sosialt samvær» og «hjelp med transport». Viktige faktorer som angikk selve aktiviteten, var varighet, tilrettelegging og planlegging. At opplegget var attraktivt, informasjonen i forkant var god og at det var tilrettelagt for transport ved aktiviteter andre steder, var også viktig. Dette mener Kristiansen viser hvor avgjørende det er at opplegg for denne aktuelle gruppen planlegges og gjennomføres på en god måte, og at informasjonsflyt er viktig. Det vises til behov for videre forskning relatert til hva deltakerne legger i et attraktivt opplegg, eller hva det er ved aktiviteten i seg selv som er så viktig at de velger å delta.

Moe (2018) gir eksempler på aktiviteter man kan velge, som å gå tur, ballaktiviteter, aktiviteter i vann, allsidig lek og trimaktiviteter. Struktur og prioritering er viktig når tiden er knapp, og forpliktende avtaler kan bidra til å holde på gode vaner. For å skape langsiktighet i treningen, hevder Morken og Heggelund (2007) det er avgjørende at innholdet i treningen er meningsfylt for pasienten og at mennesker som står pasienten nær, hjelper dem med å komme i gang.

I spørreundersøkelsen til Chapman et al. (2016) blant personer med psykiske lidelser ble også aktivitetspreferanser (som type fysisk aktivitet, kontekst og kilder til støtte) og motivatorer kartlagt. Gange var den mest foretrukne aktivitetstypen. Andre ledende preferanser var skogsturer, styrketrening, svømming og sykling. Videre foretrakk de fleste aktiviteter som ble gjort nær hjemmet, utendørs, med folk på deres eget fysiske nivå og som de kjenner. At øktene var regelmessige og planlagte, tilrettelagt med profesjonell instruksjon som en del av et sunt livsstilsprogram og med et sosialt aspekt ble fremhevet.

*OPPSUMMERING*

Oppsummert viser de inkluderte publikasjonene at tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid inkluderer; Rammebetingelser og tilrettelegging, Motivasjonsklima og helsepersonellens rolle/kompetanse, Støtte fra treningsgruppen og varierte aktiviteter.



# VERKTØY OG RESSURSER

På nettsidene til temaet Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid gis en oversikt over ulike ressurser og verktøy som kan være relevante for kommuner, ansatte i helsetjenesten eller andre interesserte som involveres i fysisk aktivitet. Disse ressursene og verktøyene er blant annet:

- Nettsider
- Videoer og filmer
- Videreutdanninger
- Aktuelle tipshefter og aktivitetshåndbøker





# KONKLUSJONER

Hensikten med denne oppsummeringen har vært å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om fysisk aktivitet som behandlingstiltak i lokalt psykisk helsearbeid.

Viktige mål med helsetjenester til personer med psykiske lidelser er å fremme uavhengighet, selvstendighet og brukernes evne til å mestre eget liv. Omfanget av psykiske lidelser gjør det åpenbart umulig for helsevesenet å hjelpe alle. Det er derfor behov for enkle, lett tilgjengelige strategier som mennesker selv kan benytte for å mestre sine plager på en bedre måte og styrke sin psykiske helse. Fysisk aktivitet kan være et godt, nyttig og rimelig alternativ. Forskning viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har redusert levealder, økt somatisk sykdom og lavt aktivtetsnivå sammenlignet med befolkning for øvrig. Lokalt psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart/ nettverk og for samfunnet. Helsepersonell er forpliktet til å gi brukere med psykiske lidelser en helhetlig behandling. Det omfatter både psykiske faktorer og utredning og behandling av pasientenes somatiske helseproblemer.

Fysisk aktivitet har de siste årene blitt anerkjent som et viktig tema og ansvarsområde innen folkehelsepolitikken og i psykisk helsearbeid. Viktigheten av fysisk aktivitet som del av det psykiske helsearbeidet er sentralt i Regjeringens nyeste strategiplan for bedre psykisk helse (Mestre hele livet, 2017). I oppsummeringen er en rekke lover, forskrifter, offentlige dokumenter, meldinger til Stortinget, faglige veiledere og nasjonale retningslinjer med relevans for emnet presentert og omtalt.

Oppsummeringen viser at det finnes flere aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid i Norge. Treningsterapi er trening som brukes bevisst og systematisk i behandling og rehabilitering, og brukes i dag ved sengeposter og poliklinikk ved DPS'er, ved flere institusjoner i spesialisthelsetjenesten eller privat. Nøkkelpunkter ved treningsterapi er at tiltaket er obligatorisk, strukturert og en fast del av behandlingen. Tilbudet ledes av spesialutdannet personale, tilbys i gruppe samtidig som det tilpasses den enkelte og oppfølges opp over tid. Trening som behandling, tilbys også ved såkalte treningsklinikker.

Aktivitetsarenaer og tiltak med fysisk aktivitet i kommunene er treningskontakter, aktivitetshus, frisklivssentraler, aktiv på dagtid, idrettslag og ideelle og frivillige organisasjoner. I stor grad inneholder tiltak lokalt i kommunene følgende nøkkelpunkter;

- Faste og strukturerte tiltak med trening
- Variert og tilpasset aktivitetsopplegg som ledes av instruktører med kompetanse
- Lavterskel og lav kostnad
- Krever sjelden henvisning
- Sosialt og noe å gå til på hverdagen for deltakerne.

Forsknings- og utviklingspublikasjoner med empiri fra en norsk kontekst er sparsommelig, og et flertall av internasjonale studier utgitt i perioden 2000–2019 er

derfor tatt med i oppsummeringen. De inkluderte publikasjonene om effekter av fysisk aktivitet viser at;

- Fysisk aktivitet i form av trening fører til en moderat til stor reduksjon i symptomer på depresjon sammenlignet med ulike «kontroll» intervensjoner
- Effekten av trening på reduksjon av depresjonssymptomer er like stor som- eller større enn, ved andre typer behandling som medikamentell behandling og samtalerapi. Trening kan også kombineres med andre tiltak
- Trening kan være nyttig som behandlingstiltak for angstlidelser, ruslidelser og psykoselidelser, men kunnskapsgrunnlaget er begrenset

Videre viser inkluderte publikasjoner om erfaringer med fysisk aktivitet at;

- Personer med psykiske lidelser erfarer at deltakelse i behandlingstiltak med fysisk aktivitet har positiv innvirkning på psykisk helse og fysisk form
- Tiltak med fysisk aktivitet gir en mulighet for sosial interaksjon
- Deltakelse i fysisk aktivitet gir identitet, og en følelse av mening, formål og mestring
- Fysisk aktivitet kan være en selvhjelpsstrategi og en kilde til å gjenvinne livet

Litteraturen viser at mange personer med psykiske lidelser har utfordringer knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet og at en kompleksitet av barrierer hindrer dem i å være fysisk aktive, deriblant:

- Den psykiske sykdommen i seg selv
- Bivirkninger av medisiner
- Dårlig fysisk form
- Lav selvtillit
- Holdninger, ressurser og kompetanse hos helsepersonell

I tillegg er manglende oppfølgingstilbud innen fysisk aktivitet i kommunene en utfordring.

Funn i inkluderte publikasjoner om tilretteleggende faktorer for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid viser til følgende viktige faktorer;

- Rammebetingelser og tilrettelegging
- Motivasjonsklima og helsepersonellens rolle/kompetanse
- Støtte fra treningsgruppen
- Varierte aktiviteter.

## 6.1 BEHOV FOR MER KUNNSKAP

Oppsummeringen viser at det finnes mye kunnskap om fysisk aktivitet for personer med psykiske helseutfordringer, både med tanke på effekter, erfaringer, barrierer og tilretteleggende faktorer. Publikasjoner med forsknings- og utviklingsarbeid relatert til bruk av fysisk aktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester er i midlertidig mangelfullt. Det er derfor et stort behov for forsknings- og utviklingsarbeid med oppmerksomhet på fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsearbeid i norske

kommuner. Både om brukeres opplevelser, erfaringer og preferanser for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Men også om kommunenes erfaringer med aktivitetstiltak. Det er særlig behov for flere studier om fysisk aktivitet som behandlingstiltak som inkludere personer med psykiske lidelser som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Det er også få publiserte rapporter fra kommunenes arbeid med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Psykisk helsevern i spesialist helsetjenesten har flere steder fysisk aktivitet som integrert behandlingstilbud. Utdfordringen er å videreføre bruk av fysisk aktivitet etter utskriving. Det er behov for å sikre varige aktivitetsvaner.



# REFERANSER

- Academy of Medical Sciences. (2015). *Exercise: The miracle cure and the role of the doctor in promoting it*. A. H. I. Forum. [https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Exercise\\_the\\_Miracle\\_Cure\\_0215.pdf](https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Exercise_the_Miracle_Cure_0215.pdf)
- Andersen, A. J. W. B., T.D; Fodstad, H; Ibabao, V.A; Krogsæter, O; Norvoll, R. . (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskr Nor Legeforen*, 5(2), 98-104.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asmundson, G. J., Fetzner, M. G., Deboer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W. & Smits, J. A. (2013). Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depress Anxiety*, 30(4), 362-373. <https://doi.org/10.1002/da.22043>
- Bak, M., Fransen, A., Janssen, J., van Os, J. & Drukker, M. (2014). Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. *PloS one*, 9(4), e94112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094112>
- Bartley, C. A., Hay, M. & Bloch, M. H. (2013). Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 45, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.04.016>
- Bassilios, B., Judd, F. & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australas Psychiatry*, 22(1), 71-77. <https://doi.org/10.1177/1039856213510575>
- Baug, J. W. (2010). *TRENINGSKONTAKTORDNINGEN. En velferdstjeneste mellom byråkrati og bevegelse*. [Masteroppgave, Universitetet i Bergen.]. Bergen.
- Biddle, S. J. H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions*. (2nd edition. utg.). Roulledge. Taylor & Francis Group.
- Bjurholt, F. K. (2014). *Evaluering av norske frisklivssentraler - En prospektiv intervønsjonsstudie*. [Master i helsevitenskap., Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, NTNU.]. Trondheim.
- Blair, S. N. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports Med*, 43(1), 1-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136507>
- Blom, E. E. (2020). *Physical activity level and health-related quality of life among participants attending. Healthy Life Centers. A prospective observational study with a 15-month follow-up*. [Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor., Norwegian University of Science and Technology]. Trondheim.
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Qual Life Res*, 29(11), 3031-3041. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>

- Blom, E. E., Aadland, E., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2020). Healthy Life Centres: a 3-month behaviour change programme's impact on participants' physical activity levels, aerobic fitness and obesity: an observational study. *BMJ Open*, 10(9), e035888. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035888>
- Borge, L., Rossberg, J. I. & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(10), 932-942. <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>
- Bouchard, C. S., RJ; Stephens, T;. (1993). *Physical activity, fitness and health. Consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, .
- Bratland-Sanda, S. (2014). Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten*. <https://fysioterapeuten.no/frisklivsresept--en-tverrsnittundersokelse-fra-frisklivssentralen-i-modum-kommune/122589>
- Bratland-Sanda, S., Andersson, E., Best, J., Høegmark, S. & Roessler, K. K. (2017). The use of physical activity, sport and outdoor life as tools of psychosocial intervention: the Nordic perspective. *Sport in Society*. <https://doi.org/10.1080/17430437.2017.1389037>
- Brekke, E., Ness, O. & Lien, L. (2020). Relational recovery in co-occurring conditions: a qualitative study of first-person experiences. *Advances in Dual Diagnosis*, 13(2), 89-100. <https://doi.org/10.1108/ADD-12-2019-0017>
- Brekke, S. A. (2014). *Lavterskeltilbud for mennesker med psykiske helseproblemer*. [Bachelor., Høgskolen i Nord-Trøndelag.]. Trøndelag.
- 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, 576-594.
- Carless, D. & Douglas, K. (2008b). The Role of Sport and Exercise in Recovery from Serious Mental Illness: Two Case Studies. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 137-156.
- Carless, D. & Douglas, K. (2008c). Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 29(11), 1179-1199. <https://doi.org/10.1080/01612840802370640>
- Chapman, J. J., Fraser, S. J., Brown, W. J. & Burton, N. W. (2016). Physical activity preferences, motivators, barriers and attitudes of adults with mental illness. *J Ment Health*, 25(5), 448-454. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167847>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M. & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*, 67(12), 1291-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M. & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (9), CD004366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>

- Crone, D. & Guy, H. (2008). 'I know it is only exercise, but to me it is something that keeps me going': a qualitative approach to understanding mental health service users' experiences of sports therapy. *Int J Ment Health Nurs*, 17(3), 197-207. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00529.x>
- Cunningham, C., Peters, K. & Mannix, J. (2013). Physical health inequities in people with severe mental illness: identifying initiatives for practice change. *Issues Ment Health Nurs*, 34(12), 855-862. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.832826>
- Dalene, K. E., Nystad, W. & Ekelund, U. (2019). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
- Danielsson, L., Kihlbom, B. & Rosberg, S. (2016). "Crawling Out of the Cocoon": Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. *Phys Ther*, 96(8), 1241-1250. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150076>
- Daudt, H. M., van Mossel, C. & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med Res Methodol*, 13, 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K. & Dixon, L. B. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 193(10), 641-646. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16208158>
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. & Sommer, I. E. (2015). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 42(3), 588-599.
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., Asai, I., Moller, H. J., Gautam, S., Detraux, J. & Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138-151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633691>
- Den gode hjertebanken. (2017). *Den gode hjertebanken – Fysisk aktivitet som et tilbud i behandlingen*. <https://www.psykiskhelse.no/nyheter/ny-brosjyre-fysisk-aktivitet>, Rådet for psykisk helse & Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon.
- Denison, E., Nerhus, K. D., Nystad, W., Øverland, S., Ekelund, U., Rangul, V., Morseth, B. & Belander, O. (2018). *Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet*. Folkehelseinstituttet.
- Denison, E., Vist, G. E., Underdal, V. & Berg, R. C. (2012). *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Systematisk oversikt*. (Rapport fra Kunnskapscenteret nr 12-2012.). N. k. f. helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/2012/effekter-av-organisert-oppfolging-pa-atferd-som-oket-risiko-for-sykdom-hos/>

- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., Whincup, P., Diaz, K. M., Hooker, S. P., Chernofsky, A., Larson, M. G., Spartano, N., Vasani, R. S., Dohrn, I. M., Hagstromer, M., Edwardson, C., Yates, T., Shiroma, E., Anderssen, S. A. & Lee, I. M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*, 366, 14570. <https://doi.org/10.1136/bmj.14570>
- Ekman, L. & Nossund, G. (2015). *Evaluering av treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag*. (Prosjekt nr 2686). T. F. o. U. AS.
- Ellingsen, M. M., Johannessen, S. L., Martinsen, E. W. & Hallgren, M. (2018). Effects of acute exercise on drug craving, self-esteem, mood and affect in adults with poly-substance dependence: Feasibility and preliminary findings. *Drug Alcohol Rev*, 37(6), 789-793. <https://doi.org/10.1111/dar.12818>
- Elstad, T. A. (2014). *Participation in a 'Low Threshold' Community Mental Health Service: an Ethnographic Study of Social Interaction, Activities and Meaning*. [Thesis for the degree of Philosophiae Doctor., Norwegian University of Science and Technology.].
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. A. (2009). *Helsepsykologi*. Gyldendal Akademiske.
- Ewart, S. B., Bocking, J., Happell, B., Platania-Phung, C. & Stanton, R. (2016). Mental Health Consumer Experiences and Strategies When Seeking Physical Health Care: A Focus Group Study. *Glob Qual Nurs Res*, 3, 2333393616631679. <https://doi.org/10.1177/2333393616631679>
- Farholm, A. (2017a). *Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness* [DISSERTATION FROM THE NORWEGIAN SCHOOL OF SPORT SCIENCES].
- Farholm, A. (2017b). *Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness* [PhD, Norges Idrettshøgskole].
- Farholm, A. & Sorensen, M. (2016a). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *Int J Ment Health Nurs*, 25(2), 116-126. <https://doi.org/10.1111/inm.12217>
- Farholm, A. & Sorensen, M. (2016b). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *Int J Ment Health Nurs*, 25(3), 194-205. <https://doi.org/10.1111/inm.12214>
- Farholm, A., Sorensen, M. & Halvari, H. (2017). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 914-921. <https://doi.org/10.1111/scs.12413>
- Farholm, A., Sorensen, M., Halvari, H. & Hynnekleiv, T. (2017). Associations between physical activity and motivation, competence, functioning, and apathy in inhabitants with mental illness from a rural municipality: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1528-3>
- Faulkner, G., Soundy, A. A. & Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand*, 108(5), 324-332. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14531752>



- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291714003110>
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H. & Yung, A. R. (2017). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3). <https://doi.org/doi:10.1093/schbul/sbw115>
- Flemmen, G. (2016). *Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health*. [Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor, Norwegian University of Science and Technology]. Trondheim. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2404186>
- Flemmen, G., Unhjem, R. & Wang, E. (2014). High-intensity interval training in patients with substance use disorder. *Biomed Res Int*, 2014, 616935. <https://doi.org/10.1155/2014/616935>
- Flemmen, G. & Wang, E. (2015). Impaired Aerobic Endurance and Muscular Strength in Substance Use Disorder Patients: Implications for Health and Premature Death. *Medicine (Baltimore)*, 94(44), e1914. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001914>
- Fogarty, M. & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study. *Issues Ment Health Nurs*, 26(3), 341-351. <https://doi.org/10.1080/01612840590915711>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2018). Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, i. p. o. k. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, . <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fotballstiftelsen. <http://www.fotballstiftelsen.no/om-oss/bakgrunn-og-opptart/>
- Franz, S. I. & Hammilton, G. V. (1905). Effects of exercise upon the retardation in conditions of depression. *Am J Insanity*, 62, 239-256.
- Frelsesarmeen. <https://frelsesarmeen.no/rusomsorg/gatefotball>
- Frisklivssentralen. <https://idebank.frisklivssentralen.no/>
- FYSS. (2017). <http://www.fyss.se/>
- Giesen, E. S., Deimel, H. & Bloch, W. (2015). Clinical exercise interventions in alcohol use disorders: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*, 52, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.12.001>
- Glover, C. M., Ferron, J. C. & Whitley, R. (2013). Barriers to exercise among people with severe mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*, 36(1), 45-47. <https://doi.org/10.1037/h0094747>

- Greer, T. L., Ring, K. M., Warden, D., Grannemann, B. D., Church, T. S., Somoza, E., Blair, S. N., Szapocznik, J., Stoutenberg, M., Rethorst, C., Walker, R., Morris, D. W., Kosinski, A. S., Kyle, T., Marcus, B., Crowell, B., Oden, N., Nunes, E. & Trivedi, M. H. (2012). Rationale for Using Exercise in the Treatment of Stimulant Use Disorders. *J Glob Drug Policy Pract.*, 6(1).
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A. & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(14), 1058-1064. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096814>
- Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: a leadership role for mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 20(5), 310-318. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00732.x>
- Haseler, C., Crooke, R. & Haseler, T. (2019). Promoting physical activity to patients. *BMJ*, 366, 15230. <https://doi.org/10.1136/bmj.15230>
- Heggelund, J. (2013). *Fitness, health and exercise training therapy in patients with schizophrenia* [Thesis for the degree of Philosophiae Doctor, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience]. Trondheim. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/264190>
- Heggelund, J., Hoff, J., Helgerud, J., Nilsberg, G. E. & Morken, G. (2011). Reduced peak oxygen uptake and implications for cardiovascular health and quality of life in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 11, 188. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-188>
- Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G. & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 65(4), 269-275. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.560278>
- Helmersen, M., Berget, B. & Buribye, E. (2018). *Aktiv på dagtid. Fra å overleve til å leve igjen*. (FoU-rapport nr. 2/2018). Agderforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* (Meld. St. 16 (2010-2011)). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar* (Meld. St. 34 (2012-2013)). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000ddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11.). H.-o. omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* (Prop. 15 S (2015-2016)). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-2015-2016/id2460953/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. H. o. omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Helse og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018-2019)). H. o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e9466obb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge* (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (IS-1561). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. [Tipshefte]. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser* (IS-1948). A. p. h. o. r. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815do887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/)

- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser* (IS-1957). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag for fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. (IS-2167). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016a). *Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2016b, 17. juni 2016). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting [nettdokument]*. Helsedirektoratet. . Hentet 26. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp. Oppfølging for redusert fysisk aktivitet for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovn-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-ved-reduert-fysisk-aktivitet-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Psykiske lidelser voksne. Pakkeforløp*. Hentet 28.02.2020. fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. (IS-1896). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf> /attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:7023a76f4bd9c308a42e2690ca995615f9c191f8/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsenorge. (2019). *Frisklivssentral*. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/frisklivssentral/>
- Herring, M. P., O'Connor, P. J. & Dishman, R. K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Arch Intern Med*, 170(4), 321-331. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.530>
- Hjorthoj, C., Ostergaard, M. L., Benros, M. E., Toftdahl, N. G., Erlangsen, A., Andersen, J. T. & Nordentoft, M. (2015). Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*, 2(9), 801-808. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00207-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00207-2)

- 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, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.01.002>
- Hordaland Idrettskrets. (2007). *RAPPORT - PILOT 2007. "Treningskontakter - Hordaland"*. H. Idrettskrets.
- Hordaland Idrettskrets. (2009). *RAPPORT 2008. "Treningskontakter - Hordaland"*. H. Idrettskrets.
- Hordaland Idrettskrets. (2010a). *Faglig rapport. Treningskontakter. Hordaland*. H. Idrettskrets.
- Hordaland Idrettskrets. (2010b). *Sluttrapport Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering. Treningskontakter - Hordaland. Prosjektperiode: 2008-2010*. N. I. H. Idrettskrets.
- Hordaland Idrettskrets. (2011). *Faglig rapport. Treningskontakter. Hordaland*. N. I. H. Idrettskrets.
- Hummelvoll, K. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Johansen, K. H. & Bjørgum, O. (2015). *Hvordan oppleves Aktiv På Dagtid i Aust-Agder? - En deltagerundersøkelse etter ett års prosjektperiode*. A.-A. i. N. idrettsforbund.
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M. & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 6(18), 523-532. <https://doi.org/10.3109/09638230903111114>
- Josefsson, T., Lindwall, M. & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports*, 24(2), 259-272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaurstad, G., Bachmann, K. & Oterhals, G. (2013). *Gir deltagelse i frisklivssentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder*. (Rapport 1308). M. M. AS.
- Keinanen, J., Mantere, O., Markkula, N., Partti, K., Perala, J., Saarni, S. I., Harkanen, T. & Suvisaari, J. (2018). Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. *Schizophr Res*, 192, 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.048>
- Kirkens bymisjon. <https://kirkensbymisjon.no/>
- Kirkens Bymisjon Enter Fritid. <https://kirkensbymisjon.no/enter-fritid-kristiansand/>
- Kirkens bymisjon Fri Drammen. <https://kirkensbymisjon.no/fri-drammen/hva-vi-tilbyr/>
- Kjølstad, M. (2018). *Fotball mot psykiske problemer*. NAPHA. Hentet 11.05. fra [https://www.napha.no/content/22445/fotball-mot-psykiske-problemer?fbclid=iwarov3swraae\\_gxiofwsgeoy27vatp4i79peobrxrpgccdufc1rhst59as](https://www.napha.no/content/22445/fotball-mot-psykiske-problemer?fbclid=iwarov3swraae_gxiofwsgeoy27vatp4i79peobrxrpgccdufc1rhst59as)

- Kobro, L. U., Borg, M., Karlsson, B. & Vike, H. (2019). *Recovery på banen. Gatelag som samskapende sosial innovasjon i norske kommuner*. (Skriftserien fra Universitetet i Sørøst-Norge nr. 16). U. i. S.-N. S. f. S. E. o. S. S. Innovasjon. [https://openarchive.usn.no/usn-xmli/bitstream/handle/11250/2583692/2019\\_16\\_Kobro.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmli/bitstream/handle/11250/2583692/2019_16_Kobro.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Kristiansand Kommune. (2020). *Aktivitetstilbud psykisk helse og rus*. Hentet 1. februar 2020 fra <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/arbeid-og-aktivitet/aktiviteter-rus-psykiskhelse-recovery/>
- Kristiansen, J. (2010). *Motivasjon for fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser. Deltakernes erfaringer fra fysisk aktivitet i et interkommunalt og tverretattlig aktivitetstilbud i Oppland*. [Norges Idrettshøgskole. ].
- Krogh, J., Hjorthoj, C., Speyer, H., Glud, C. & Nordentoft, M. (2017). Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open*, 7(9), e014820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014820>
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J. A. & Lawlor, D. A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 72(4), 529-538. <https://doi.org/10.4088/JCP.08ro4913blu>
- Kucyi, A., Liauw, S. S. & Alsuwaidan, M. (2010). Aerobic Physical Exercise as a Possible Treatment for Neurocognitive Dysfunction in Bipolar Disorder. *Postgraduate Medicine*, 122(6), 107-116.
- Kulturnettverket. Hentet 01.02.21. fra <https://kulturnettverk.no/>
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*, 202, 67-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- Lassenius, O., Arman, M., Soderlund, A., Akerlind, I. & Wiklund-Gustin, L. (2013). Moving toward reclaiming life: lived experiences of being physically active among persons with psychiatric disabilities. *Issues Ment Health Nurs*, 34(10), 739-746. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.813097>
- Laursen, T. M., Musliner, K. L., Benros, M. E., Vestergaard, M. & Munk-Olsen, T. (2016). Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord*, 193, 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.067>
- Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Nordentoft, M. (2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS one*, 8(6), e67133. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067133>
- Lawlor, D. A. & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 322(7289), 763-767. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7289.763>

- Lederman, O., Suetani, S., Stanton, R., Chapman, J., Korman, N., Rosenbaum, S., Ward, P. B. & Siskind, D. (2017). Embedding exercise interventions as routine mental health care: implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australas Psychiatry*, 25(5), 451-455. <https://doi.org/10.1177/1039856217711054>
- Libak, L. M. (2010). Treningssenter som arena for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. *Ergoterapeuten. Faglig*.
- Lien, L. H., G; Morken, G; . (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen*, 135(Nr. 3), 246-248.
- Lundstrom, S., Ahlstrom, B. H., Jormfeldt, H., Eriksson, H. & Skarsater, I. (2017). The Meaning of the Lived Experience of Lifestyle Changes for People with Severe Mental Illness. *Issues Ment Health Nurs*, 38(9), 717-725. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330909>
- Lundstrom, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlstrom, B. & Skarsater, I. (2019). Health-related lifestyle and perceived health among people with severe mental illness: Gender differences and degree of sense of coherence. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(2), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.12.002>
- Lundstrom, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlstrom, B. & Skarsater, I. (2020). Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 29(2), 244-253. <https://doi.org/10.1111/inm.12669>
- Lundström, S. (2020). *Hälsa, levnadsvanor och erfarenheter av förändring av levnadsvanor hos personer med psykossjukdom – hälsofrämjande aspekter inom psykiatrisk omvårdnad*. (Publikasjonsnr. 72) [Halmstad University]. Halmstad University Press.
- Manthou, E., Georgakouli, K., Fatouros, I. G., Gianoulakis, C., Theodorakis, Y. & Jamurtas, A. Z. (2016). Role of exercise in the treatment of alcohol use disorders. *Biomed Rep*, 4(5), 535-545. <https://doi.org/10.3892/br.2016.626>
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Legeforen*, 120, 3054-3056.
- Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry*, 62 Suppl 47, 25-29. <https://doi.org/10.1080/08039480802315640>
- Martinsen, E. W. (2009). *Fysisk aktivitet i behandling av mennesker med psykiske lidelser* [Modum Bad og Universitetet i Oslo]. <https://www.modum-bad.no/wp-content/uploads/2015/05/Avhandling-resyme.pdf>
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2012). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I B. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 121-137). Fagbokforlaget.

- Martinsen, E. W. (2014). Kognitiv terapi og fysisk aktivitet. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s. 123-142). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2018a). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. Klungland Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg., s. 245-268). Cappelen Damm Akademisk.
- Martinsen, E. W. (2018b). *Kropp og sinn; Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W., Falkum, E., Haavet, O. R. & Røssberg, J. I. (2016). *ABC i kognitiv terapi. Startbok for helsearbeidere*. Fagbokforlaget.
- Mason, O. J. & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: a review of the qualitative literature. *J Ment Health*, 21(3), 274-284. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.648344>
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *J Nurs Scholarsh*, 38(1), 50-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16579324>
- Mead, G. E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C. A., McMurdo, M. & Lawlor, D. A. (2009). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (3), CD004366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub4>
- Melby, L., Ådnes, M. & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hva er sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver? Hvilke pasientbehov dekkes? Hva er kompetansebehovet?*. (A28053). SINTEF Teknologi og samfunn. Avd. Helse.
- Melo, M. C., Daher Ede, F., Albuquerque, S. G. & de Bruin, V. M. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *J Affect Disord*, 198, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.004>
- Mestre hele livet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Departementene.
- The miracle cure. (2019). *BMJ*, 366, 15759. <https://doi.org/10.1136/bmj.15759>
- Mitchell, A. J., Delaffon, V., Vancampfort, D., Correll, C. U. & De Hert, M. (2012). Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med*, 42(1), 125-147. <https://doi.org/10.1017/S003329171100105X>
- Moe, T. (1998). Fysisk aktivitet - en ressurs i psykiatrisk behandling. I T. Moe, N. Rettstøl & M. Sørensen (Red.), *Fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling: muligheter og begrensninger*. Universitetsforlaget.
- Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi* (2. utg., s. 197-216). Fagbokforlaget.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. Martinsen, W. (Red.), *Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. Kropp og sinn*. (3. utg.). Fagbokforlaget.



- Moe, T. & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I I. L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 76-96). Fagbokforlaget.
- Morken, G. & Heggelund, J. (2007). *Treningsklinikken. Fysisk trening i behandling av schizofreni for å redusere risiko for hjerte-karsykdom.* (2007/3/0370). S. O. H. HF.
- Mura, G., Moro, M. F., Patten, S. B. & Carta, M. G. (2014). Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: a systematic review. *CNS Spectr*, 19(6), 496-508. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000953>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.* (rapport 2009:8). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20098-pdf.pdf>
- NIFU. (2015). *FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus.* Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. [http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF\\_v1.pdf](http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_v1.pdf)
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055176>
- Norges Idrettsforbund. <https://www.idrettsforbundet.no/idrettskretser/>
- Norges Idrettsforbund. (2008). (Rehabilitering, 2008/3/0283, Aktiv på Dagtid, Norges idrettsforbund og olympiske og paraolympiske komité.). Extrastiftelsen.
- Norvoll, R. (2014). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver.* Gyldendal akademisk.
- Nyboe, L. & Lund, H. (2013). Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nord J Psychiatry*, 67(1), 43-46. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.675588>
- Oldervoll, L. M. & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling. Innberedsmodellen - Trinn 1. Kunnskapsoversikt.* (Rapport 2011/2). S. f. h. f. HiST/NTNU.
- Orø, T. D. (2016). *Treningsterapi. En kvalitativ studie av pasienters opplevelser og erfaringer med treningsterapi som en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sett i lys av Self-Determination Theory.* [degree of Master Linnéuniversitetet]. Småland.
- Osborn, D. P., Nazareth, I. & King, M. B. (2007). Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(10), 787-793. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0247-3>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2012). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Pearsall, R., Smith, D. J., Pelosi, A. & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14(117).
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppa, T., Harkanen, T., Koskinen, S. & Lonnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 64(1), 19-28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
- Perkins, R. & Repper, J. (2003). *Social Inclusion and Recovery* Baillière Tindall
- Psykiatraliansen. <https://www.psykiatraliansen.no/om-psykiatraliansen>
- Ramon, S. (2018). The Place of Social Recovery in Mental Health and Related Services. *Int J Environ Res Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061052>
- Rastad, C., Martin, C. & Asenlof, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Phys Ther*, 94(10), 1467-1479. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M. & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Med*, 39(6), 491-511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Reutz, L. T. (2018, Tirsdag 18. september 2018). *Hadde fysisk aktivitet vært en pille, ville alle tatt den*. Forskning.no. <https://forskning.no/hoyskolen-kristiania-trening-partner/hadde-fysisk-aktivitet-vaert-en-pille-ville-alle-tatt-den/1239833>
- Roberts, S. H. & Bailey, J. E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *J Adv Nurs*, 67(4), 690-708. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05546.x>
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 75(9), 964-974. <https://doi.org/10.4088/JCP.1308765>
- Rønning, A. K. (2017a). -Gjør ikke jobben vår om vi ikke tar tak i det fysiske også. <https://www.napha.no/content/21275/-Gjør-ikke-jobben-var-om-vi-ikke-tar-tak-i-det-fysiske-også>
- Rønning, A. K. (2017b). *Pasienter vil ha mer fysisk aktivitet*. Hentet 20.09.17. fra <https://www.napha.no/content/21238/Pasienter-vil-ha-mer-fysisk-aktivitet>
- Røssum, S. R. (2019). "Fysisk aktivitet; for jeg har sett hva det gjør med min kropp og hode". *En kvalitativ studie om hvilken påvirkning fysisk aktivitet har på psykiske lidelser*. [Masteroppgave. Masterprogram for helsefremmende arbeid og helsepsykologi., Universitetet i Bergen]. Bergen.
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>

- Sammen om mestring. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Sand, N. B. (2013). *Et helhetlig blikk på en helhetlig sentral. En kvalitativ studie av frisklivssentralen i Moss*. [Masteroppgave]. Universitetet for Miljø og Biovitenskap.
- Schuch, F. B. & Stubbs, B. (2019). The Role of Exercise in Preventing and Treating Depression. *Curr Sports Med Rep*, 18(8), 299-304. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000620>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., Bagatini, N. C., Bgeginski, R. & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 210, 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B. & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res*, 77, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.023>
- Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 32(9), 589-597. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.569846>
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A. & Turner, K. (2011). Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 61(585), 149-156. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X567054>
- Sellereite, I., Haga, M. & Lorås, H. (2019). Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende arbeidet opp mot rus og psykisk helse: en brukerundersøkelse i FIRE – Stiftelsen Ett skritt videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(Nr.1.), 39-51. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-05>
- Selø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral* [Master i folkehelsevitenskap, Høgskolen i Hedmark].
- Senter for omsorgsforskning. (2016). *Kvalitetssystem for Omsorgsbiblioteket*. G. S. f. omsorgsforskning.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). Putting recovery into mental health practice. *Ment Health Today*, 28-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18584845>
- SINTEF helse. (2004). *Individuell plan for psykisk helse (voksne), verktøy for planlegging og samhandling*, . [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/individuell\\_plan\\_for\\_psykisk\\_helse\\_voksne.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/individuell_plan_for_psykisk_helse_voksne.pdf)
- Skrede, A., Munkvold, H., Watne, O. & Martinsen, E. W. (2006). [Exercise contacts in the treatment of substance dependence and mental disorders]. *Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidningar*. *Tidsskrift for den Norske legeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny rakke*, 126(15), 1925-1927. <https://tidsskriftet.no/2006/08/aktuelt/treningskontaktar-ved-rusproblem-og-psykiske-lidningar>

- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(4), 353-364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse* (St.prp. nr. 63 (1997-98)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. S.-o. helsedirektoratet.
- Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M. & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 2-13.
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L. & Vancampfort, D. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. *Psychiatr Serv*, 65(5), 693-696. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300276>
- Stanton, R., Reaburn, P. & Happell, B. (2015). Barriers to exercise prescription and participation in people with mental illness: the perspectives of nurses working in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22(6), 440-448. <https://doi.org/10.1111/jpm.12205>
- Steiro, K. J. (2016). *Kommunale treffsteder for mennesker med psykiske utfordringeret aktivitetsfremmende landskap som gi rom for bedre helse relatert livskvalitet?* [Masteroppgave i Geografi., Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet].
- Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J. & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Ann Behav Med*, 49(4), 542-556. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>
- Strandbu, Å. & Seippel, Ø. (2011). «Aktiv på dagtid» i Oslo. En undersøkelse av deltakernes erfaringer. (Rapport 13/11). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., Veronesse, N., Williams, J., Craig, T., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res*, 176(2-3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>
- Stubbs, B. & Rosenbaum, S. (2018). *Exercise-Based Interventions for Mental Illness: Physical Activity as Part of Clinical Treatment*. (1. utg.). Academic Press.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Ussher, M. & Schuch, F. B. (2016). Challenges Establishing the Efficacy of Exercise as an Antidepressant Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis of Control Group Responses in Exercise Randomised Controlled Trials. *Sports Med*, 46(5), 699-713. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0441-5>

- Stubbs, B., Williams, J., Gaughran, F. & Craig, T. (2016). How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 171(1-3), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.034>
- Tetlie, T., Heimsnes, M. C. & Almvik, R. (2009). Using exercise to treat patients with severe mental illness: how and why? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 47(2), 32-40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090201-14>
- Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C., Borg, M. & Karlsson, B. (2019). *Gatelagsfotball som Recovery på banen – «Verdens beste ettervern?»* (Forskningsrapport Nr 1 2019.). U. i. S.-N. S. f. p. h. o. rus.
- Thoresen, B. (2014). Kortere levealder: - Oppfølging livsviktig., nr. 5. <https://www.psykiskhelse.no/bladet/2015/kortere-levealder>
- Tilden Orvik, S. (2015). *Fysisk aktivitet og psykisk helse. En pilotstudie om endring og opprettholdelse av fysisk aktivitet og motivasjon under og etter behandling av mennesker med psykiske lidelser.* <http://www.modum-bad.no/pilotstudie-om-fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse/>
- Topor, A., Larsen, I. B. & Bøe, T. D. (2020). *Recovery – fra personlig reformasjon til sosial transformasjon.* Hentet 11.05 fra <https://www.madinnorway.org/2020/05/recovery-sosial-transformasjon/>
- Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S. & Anderssen, S. A. (Red.). (2018). *Fysisk aktivitet og helse: -Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap.* Cappelen Damm Akademiske.
- Underland, V., Holte, H. H. & Vist, G. H. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter* (978-82-8082-891-0). Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester. <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser.-over/>
- Ussher, M., Doshi, R., Sampuran, A. & West, R. (2011). Cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia receiving continuous medical care. *Community Ment Health J*, 47(6), 688-693. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9376-y>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., Probst, M. & Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 201, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.020>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. F. & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L. H., Catala 'n-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Go 'mez-Conesa, A., Ijntema, R. & De Hert, M. (2012). Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. *American Physical Therapy Association*, 92(1), 11-23.

- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C. & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *J Clin Nurs*, 22(11-12), 1569-1578. <https://doi.org/10.1111/jocn.12076>
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 453-458. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R. & Zhou, C. (2014). Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PloS one*, 9(10), e110728.
- WHO. (2009). *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. W. H. Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
- WHO. (2020). *Every move counts towards better health – says WHO*. <https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S. & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 86-94.
- Zschucke, E., Heinz, A. & Ströhle, A. (2012). Review Article. Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The ScientificWorld Journal*, 2012, Article ID 901741. <https://doi.org/doi:10.1100/2012/901741>
- Øydna, M. H. (2020). *Deltakelse i tilrettelagt trening for mennesker med psykiske helseutfordringer - Mer enn bare trening - En kvalitativ studie*. [Master, Universitetet i Agder. Upublisert. ].



## Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Emneforfatter Kjersti Karoline Danielsen ved Universitetet i Agder har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På [www.omsorgsbiblioteket.no](http://www.omsorgsbiblioteket.no) finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**

Rita Sørly, Senter for omsorgsforskning, nord

- **Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse**

Terje Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør

