

## **BACHELOROPPGAVE:**

**Pakkeforløp for psykoselidelser:  
Bør fysisk aktivitet inkluderes, og  
hvordan kan sykepleier bidra til at  
pasienten blir mer fysisk aktiv?**

**FORFATTERE:** Silje Bronken, Anders Lislrud

**DATO:** 19.05.17

## Sammendrag

<b>Tittel:</b> Pakkeforløp for psykoselidelser: Bør fysisk aktivitet inkluderes, og hvordan kan sykepleier bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv?		<b>Dato:</b> 19.05.17
<b>Deltakere (studentnummer):</b> 140700, 140803		
<b>Veileder:</b> Lisbeth Kjelsrud Aas		
<b>Stikkord/nøkkelord:</b> Pakkeforløp for psykoselidelser, Fysisk aktivitet, Sykepleie		
Antall ord: 9605	Antall vedlegg: 8	<b>Publiseringsavtale inngått:</b> Ja
<b>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</b>		
<p><b>Bakgrunn:</b> Mennesker med psykoselidelser kan oppleve plagsomme psykiatriske symptomer. I tillegg har de høy risiko for å utvikle komorbiditet i form av somatisk sykdom, overvekt og dermed tidlig død. Fysisk aktivitet har tradisjonelt ikke vært en del av behandlingen for pasienter med psykoselidelser. I disse dager utvikles det pakkeforløp for psykoselidelser i Norge. Sykepleieren vil være en viktig del av gjennomføringen av et slikt pakkeforløp.</p>		
<p><b>Formål:</b> Å undersøke om fysisk aktivitet gir tilstrekkelig positive effekter, til at det bør inkluderes i et pakkeforløp for psykoselidelser. Å undersøke hvordan sykepleier best mulig kan bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv.</p>		
<p><b>Metode:</b> Litteraturstudie. De inkluderte artiklene ble funnet i databasene Medline (Ovid), PsycInfo (Ovid) og Cinahl. Frisøk ble også brukt. 8 artikler ble inkludert.</p>		
<p><b>Resultat:</b> Fysisk aktivitet førte til nedgang i positive og negative symptomer. Det ble funnet store nok økninger i VO<sub>2</sub>-max til at faren for kardiovaskulær sykdom ble redusert med 15% og dødelighet ble redusert med 20%. Symptomer på sykdom var en stor hindring for at pasientene deltok i fysisk aktivitet. Treningsopplegg med høy grad av oppfølging, samt mental forberedelse og aktivitetsplanlegging var viktig for at mange pasienter kunne gjennomføre fysisk aktivitet. Sykepleiere mente de hadde fått alt for lite opplæring i å ivareta pasientenes fysiske helse gjennom jobben; 75% mente de ikke hadde fått <i>noe</i> opplæring.</p>		
<p><b>Konklusjon:</b> Fysisk aktivitet bør inkluderes i et pakkeforløp for psykoselidelser. Sykepleier bør inneha kunnskap og gode holdninger til fysisk aktivitet, motivere, støtte og tilrettelegge for aktiviteter med dokumentert effekt.</p>		

## Abstract

<b>Title:</b> Psychosis care pathway: should physical activity be included, and how may the nurse contribute to an increase in physical activity for the patient?		<b>Date:</b> 19.05.17
<b>Participants:</b> 140700, 140803		
<b>Supervisor:</b> Lisbeth Kjelsrud Aas		
<b>Keywords:</b> Psychosis care pathway, Physical activity, Nursing		
<b>Number of words:</b> 9605	<b>Number of appendix:</b> 8	<b>Availability:</b> Open
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>		
<p><b>Background:</b> People with psychotic disorders can often suffer with bothersome psychiatric symptoms. They are also at high risk to develop comorbidity in the form of somatic disease, obesity and thereby early death. Traditionally, physical activity has not been a part of the treatment for patients with psychotic disorders. A psychosis care pathway is now being developed in Norway. The nurse will be an important part of the implementation of such a care pathway.</p>		
<p><b>Objectives:</b> To survey whether or not physical activity has sufficiently positive effects, to be included in a psychosis care pathway. To survey how the nurse in best possible way can contribute to the patient becoming more physically active.</p>		
<p><b>Method:</b> Literature study. The included articles were found in the databases Medline (Ovid), PsycInfo (Ovid) and Cinahl. Free search was also used. 8 articles were included.</p>		
<p><b>Results:</b> Physical activity led to a decrease in positive and negative symptoms. Sufficiently large enough increases in VO<sub>2</sub>-max was found to reduce the risk of cardiovascular disease by 15% and reduce the risk of fatality by 20%. Symptoms of disease was a big obstacle for the patients, preventing them from participating in physical activity. Training plans with a high degree of follow-up, together with mental preparation and activity planning was important for many patient's ability to actually carry out the physical activity. 75% of the nurses meant they lacked sufficient training to take care of the physical health of their patients.</p>		
<p><b>Conclusion:</b> Physical activity should be a part of a psychosis care pathway. The nurse should have the knowledge and a good attitude towards physical activity, motivate, support and facilitate for activities with documented effect.</p>		

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	5
2. Bakgrunn .....	6
2.1 Hva er en psykotisk tilstand? .....	6
2.2 Psykoselidelser .....	6
2.3 Tidlig intervensjon ved psykose.....	7
2.4 Tradisjonelle behandlingsmetoder .....	7
2.5 Fysisk aktivitet .....	8
2.6 Pakkeforløp .....	8
2.7 Forskning som belyser problemstillingen .....	10
2.8 Teoretisk referanseramme .....	11
2.9 Hensikt med oppgaven .....	14
2.10 Problemstilling .....	15
2.11 Avgrensning av oppgaven .....	15
3. Metode.....	16
4. Resultatpresentasjon.....	22
5. Drøfting .....	26
5.1 Pakkeforløp og psykoselidelser.....	26
5.2 Fysisk aktivitet og fysisk helse.....	27
5.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse .....	28
5.4 Fysisk aktivitet og første episode psykose .....	29
5.5 Pasientens symptomer som tegn på egenomsorgssvikt .....	30
5.6 Sykepleie basert på Orems fire hjelpemetoder.....	30
5.7 Sykepleie basert på den transteoretiske modellen.....	32
5.8 Er sykepleieren bevisst sitt ansvarsområde? .....	33
5.9 Etske vurderinger jamfør de fire prinsippers etikk .....	33

5.10 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler og annen litteratur .....	34
5.11 Vurdering av metodisk gjennomføring av bacheloroppgaven .....	35
6. Konklusjon .....	37
7. Referanser.....	38
8. Vedlegg .....	43
8.1 Resultatmatrise 1-8.....	43

## 1. Innledning

Forfatterne av denne bacheloroppgaven i sykepleie har gjennom studiet fattet interesse for psykiatri og spesielt sykepleie til mennesker med psykoselidelser. Vi jobber i spesialisthelsetjenesten innenfor feltene akuttpsykiatri og psykosebehandling og har dermed erfaring med temaet vi har valgt å skrive om. Mennesker med langvarige psykotiske lidelser har ofte behov for støttetiltak som vernet bolig, oppfølging fra psykisk helsevern i kommune- og spesialisthelsetjeneste og trygdeytelser (Skårderud, *et al.*, 2010). Pasientene har høy risiko for å utvikle somatisk sykdom som hypertensjon, hyperkolesterolemi, diabetes og overvekt (Fusar-Poli, *et al.*, 2009). Fra januar 2017 jobber et mandat med å utvikle pakkeforløp for psykoselidelser. I denne bacheloroppgaven undersøkes det om fysisk aktivitet har tilstrekkelig positiv effekt for personer med psykoselidelse, til at det bør inkluderes i et slikt pakkeforløp. Innenfor disse rammene undersøkes det hvordan sykepleier best mulig kan bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv.

### 1.1 Sykepleiefaglig relevans

Formålet med psykiatrisk sykepleie er å styrke pasientens egenomsorg og på den måten redusere helseproblemer (Hummelvoll, 2012). I lys av dette er sykepleiere en yrkesgruppe som har mulighet til å hjelpe og påvirke mennesker som har psykotiske lidelser under deres utredning og behandling. Sykepleieren har dermed stor innflytelse på pasienten.

Jamfør Virginia Hendersons teori, har pasienten behov for en profesjonell sykepleier når han mangler krefter, vilje eller kunnskap til å ivareta sine grunnleggende behov. Med riktig sykepleie vil pasienten kunne lære og oppdage at eksempelvis fysisk aktivitet, er en del av livet som fører med seg normal utvikling og god helse (Mathisen, 2013).

Om fysisk aktivitet skal inkluderes i et pakkeforløp for psykoselidelser vil det være naturlig at sykepleier har en viktig rolle i dette arbeidet. Sykepleieren utfører tiltak som er delegert fra lege, selvstendige sykepleietiltak og tiltak i samarbeid med andre yrkesgrupper (Rotegård, Solhaug og Grov, 2013). Sykepleiere er kvalifiserte til å vurdere hvilken type helsehjelp pasienten burde få for at de grunnleggende behovene skal tilfredsstilles (Holter, 2013). Dermed kan sykepleieren delegere oppgaver til andre yrkesgrupper som kan benyttes i behandlingsforløpet; eksempelvis fysioterapeuter eller miljøterapeuter som kan bistå pasienten med fysisk aktivitet.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Hva er en psykotisk tilstand?

*Det karakteristiske ved å være psykotisk er at en har en forandret virkelighetsoppfatning. Vi kaller det realitetsbrist. Den psykotiske personen oppfatter ikke lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måte som andre gjør. De har i stedet havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende og kaotisk.*

(Skårderud, *et al.*, 2010, s. 303).

En person som er på vei til å bli, eller er psykotisk, har svekket mentaliseringsevne. Det betyr at evnen til å forstå sin egen og andres sinnsstemning er nedsatt. For at en skal holde seg mentalt sunn, er en avhengig av å ha en felles virkelighetsoppfatning med andre mennesker. Å være i en psykotisk tilstand kan føles svært skremmende og ensomt. Når den psykotiske er alene om sine tanker, tyr han gjerne til mestringsstrategier som å gjøre spesielle bevegelser eller snakke høyt, for å dempe angsten. Slik oppførsel kan virke merkelig for de som er rundt den syke. Han blir gjerne mer og mer isolert når han ikke forstår omgivelsene, og omgivelsene ikke forstår han. Dette er en negativ utvikling som kan være vanskelig å komme ut av (Skårderud, *et al.*, 2010).

### 2.2 Psykoselidelser

Psykoselidelsene deles inn etter kriterier som beskriver atferd. Det er uklart om de ulike diagnosene presenterer klart avgrensede lidelser, eller om tilstandene befinner seg på et kontinuum av ulike grader. Diagnosekriteriene som følges i Norge er ICD-10 (Skårderud, *et al.*, 2010). Her omtales kun diagnosen schizofreni på grunn av oppgavens omfang og fordi det er den diagnosen som blir mest omtalt i forskningen. Andre psykoselidelser er schizotypi, vrangforestillingslidelse, akutte og forbigående psykoser, indusert vrangforestillingslidelse, schizoaffectiv lidelse og organisk utløste psykoser (Skårderud, *et al.*, 2010).

### **Schizofreni**

Schizofreni er den mest alvorlige psykoselidelsen og rundt 1% av befolkningen rammes.

Debutalder kan variere, men det er vanligst å bli syk fra 15 til 25 år. En regner med at 25% blir helt friske etter første anfall, og at 60% blir mer eller mindre symptomfrie. Typiske restsymptomer er svekket initiativ og glede, sosial angst og mistenksomhet (Skårderud, *et al.*, 2010).

Psykotiske symptomer deles inn i positive, negative og desorganiserte symptomer. For å bli diagnostisert med schizofreni må minst to av følgende kriterier ha vært tilstede i minst en måned:

- Vrangforestillinger (positive symptomer)
- Hallusinasjoner (positive symptomer)
- Desorganisert tale
- Grovt desorganisert atferd
- Flat affekt, fattig språk, apati (negative symptomer)

(Skårderud, *et al.*, 2010).

### **2.3 Tidlig intervensjon ved psykose**

Det er vanlig at unge mennesker som blir psykotiske, har vært plaget av symptomer som uvirkelighetsfølelse, merkelige sanseforstyrrelser eller uforklarlig angst i år eller måneder før sammenbruddet. Kunnskapen om slike risikosymptomer er noe av bakgrunnen for at det satses på tidlig intervensjon ved førstegangssymptomer hos unge (Skårderud, *et al.*, 2010).

Tidlig intervensjon kan gi en mye bedre prognose for pasienter som har risiko for, eller som har fått psykose. Tidlig behandling reduserer også selvmordsfare. En person som har begynt å bli psykotisk bør gå kortest mulig ubehandlet, helst ikke mer enn fire uker (Sykehuset Innlandet HF, 2016).

### **2.4 Tradisjonelle behandlingsmetoder**

Vanligvis tilbys mennesker som lider av psykose en kombinasjon av behovstilpasset individuell psykoterapi, psykoedukativt familiarbeid og medikamentell behandling med antipsykotika (Skårderud, *et al.*, 2010). *Psykoterapi* kan utføres på ulike teoretiske grunnlag. Det viktigste er uansett at behandleren klarer å opparbeide seg en tillitsfull relasjon til pasienten. Gjennom en slik relasjon kan en mobilisere de potensialene pasienten har til å



gjenoppta en forbindelse med virkeligheten. *Psykoedukasjon* bygger på å gi kunnskap om psykiske lidelser til de det gjelder, det være seg pasienten selv, pårørende eller skoler. Skårderud skriver at det er høyere forekomst av tilbakefall og forverring av symptomer i familier med høyt følelsesuttrykk (EE). Målet med *medikamentell behandling* er å gi så mye antipsykotika at symptomene forsvinner eller blir svake, men likevel så lite som mulig for å unngå ubehagelige bivirkninger. Vanlige bivirkninger er sløvhets og tardive dyskinesier (bl.a. rykninger i ansikt). Dessverre er det vanlig med vektøkning og økt risiko for diabetes på grunn av antipsykotika (Skårderud, *et al.*, 2010).

## 2.5 Fysisk aktivitet

«Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange andre termer som for eksempel lek, mosjon, idrett, trening, kroppsøving m.m. Fysisk aktivitet kan grovt sett defineres som det å bevege seg, å bruke kroppen.» (Helsedirektoratet, 2016).

Fysisk aktivitet fremmer god helse og er anbefalt for alle grupper i samfunnet. Effektene av fysisk aktivitet er veldokumentert. Helsedirektoratet anbefaler 30 minutter daglig fysisk aktivitet for voksne og 60 minutter for barn (Helsedirektoratet, 2016).

Egil W. Martinsen skriver om fysisk aktivitet og sinnets helse. Han hevder at fysisk aktivitet er et rimelig og lett tilgjengelig tilskudd til medikamentell og samtalebasert behandling ved flere milde og moderate psykiske lidelser. Fysisk aktivitet påvirker hvordan vi har det psykisk og er vist å ha god effekt på flere psykiske lidelser som angst og depresjon. Videre peker forskningen på at det er nyttig ved lidelser som bipolar lidelse og schizofreni (Martinsen, 2013). Dette bekreftes av Helsedirektoratet som har inkludert fysisk aktivitet som et eget punkt under de nasjonalfaglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser: «Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling.» (Helsedirektoratet, 2013).

## 2.6 Pakkeforløp

Oppbyggingen av Norsk helsevesen er i stadig forandring og etter samhandlingsreformen som ble igangsatt 2008-2009 ses det endringer i behandlingsforløpet. Flere tjenester flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og behovet for samordning og koordinering av helsetjenester blir stadig viktigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For å møte

behovet er det utviklet flere nye storsatsninger; en av disse er pakkeforløp. Et pakkeforløp innebærer som regel tidsfrister som skal overholdes av helsevesenet samt et antall timer som skal brukes på ulike deler av behandlingen. Pakkeforløp skal i tillegg sette nasjonale normer for utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2017a). Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle og implementere pakkeforløp for mange pasientgrupper innen år 2020. I 2014-2015 implementerte Helsedirektoratet i samarbeid med mer enn 200 fagfolk og brukere 28 ulike pakkeforløp for kreft. Resultatene var gode:

*Innføring av pakkeforløp har vært et stort framskritt for kreftpasienter. Med innføring av pakkeforløp for kreft får pasientene en pakke som beskriver et planlagt pasientforløp, rammet inn i en fast mal slik at pasienter med berettiget mistanke om kreft, kan komme raskt til utredning og behandling. Pakken skal gi svar på hvor lenge pasienten kan vente i de ulike stadiene i et sykdomsforløp.*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016, s. 28).

Suksessen skal nå forsøkes videreført til andre pasientgrupper, deriblant pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk. Erfaringene er mange og delte. Sverre Lundvall, spesialist og veileder i allmenntilleggsmedisin, publiserte i slutten av 2015 en artikkel om pakkeforløp for psykiatri. Han er kritisk til å sammenligne kreftdiagnoser med rus og psykiatri. Lundvall trekker frem flere ulikheter mellom diagnosegruppene og viser til at kreftdiagnoser ofte er mer håndfaste og avgrensede enn psykiatri og rus. Ved mistanke om kreft blir pasienten vanligvis behandlet og utredet i spesialisthelsetjenesten. For flere psykiske lidelser, skjer derimot store deler av behandlingen i primærhelsetjenesten. Han mener det er fare for at fastleger vil lære seg hvordan en henvisning skal formuleres, for at pasienten skal passe inn i en bestemt pakke. Videre hevder han at mange pasienter vil tolke begrepet «pakkeforløp» samsvarende med spesialistbehandling. For å møte ulike utfordringer konkluderer han med at det er viktig å gjøre erfaringer fra Danmark lett tilgjengelig for de som skal utvikle pakkeforløpene (Lundevall, 2015).

*Det er opp til oss som fagfolk å gi denne politiske viljen en fornuftig retning. Norske allmennleger, psykiatere og psykologer kan med fordel bedre kontakten med kollegene i Danmark. Våre helsemyndigheter kan bidra ved å gjøre danske evalueringer av pakkeforløpene lett tilgjengelig. I den nåværende fasen trenger vi åpen diskusjon, både om grunnleggende spørsmål, samarbeid og organisering.*

(Lundevall, 2015).

I 2012 implementerte Danmark pakkeforløp for ulike psykiske lidelser. Det skal nevnes at unntaket var psykoselidelser, men det er naturlig å se på hvordan pakkeforløpene er bygget opp for de andre psykiske lidelsene. I Danmark har det nylig blitt implementert et pakkeforløp for behandling av posttraumatisk stresslidelse som innebærer 29 timer fordelt på utredning, behandling og oppfølging. I tillegg er det satt av tidsrammer for når ulike deler av behandlingen skal igangsettes. I dette forløpet er det satt av 2 timer til KRAM – og somatisk sykdom. KRAM står for kost, røyking, alkohol og mosjon (Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital, 2017).

I januar 2016 startet utviklingen av pakkeforløp for rus og psykiatri i Norge. I januar 2017 startet et mandat arbeidet med å utvikle et pakkeforløp for psykoselidelser. Forskere, psykologer, sykepleiere, ulike brukerrepresentanter, fastleger, representanter fra NAV og en klinisk sosionom, arbeider med å utvikle og implementere pakkeforløpet. Planen er at det skal være i bruk innen 2018. På Helsedirektoratets nettsider finnes det ulike målsetninger for pakkeforløp for rus og psykiatri. Særlig legges det vekt på punktene *økt brukermedvirkning, bedre samhandling, likeverdig behandling og økt fokus på somatisk helse og levevaner* (Helsedirektoratet, 2017a).

## **2.7 Forskning som belyser problemstillingen**

Nyere forskning viser at schizofrenidiagnosen er forbundet med høy risiko for å dø av somatiske sykdommer. En stor svensk kohortstudie viste at menn døde 15 år tidligere og kvinner døde 12 år tidligere enn normalbefolkningen. Hovedårsakene til dødsfallene var ischemisk hjertesykdom og kreft. Forfatterne konkluderte blant annet med at det burde prioriteres preventive tiltak i primærhelsetjenesten (Crump, *et al.*, 2013).

Videre viste en italiensk tverrsnittstudie at blant pasienter med diagnoser innenfor F20-F39 i ICD-10 (psykoselidelser og stemningslidelser (WHO, 2010)), hadde 6,9% essensiell

hypertensjon, 20,5% hyperkolesterolemi, 6,5% diabetes og 20,3% hadde BMI over 30. 34% var ikke daglig fysisk aktive (Fusar-Poli, *et al.*, 2009). Forskerne viste til at psykiatriske sykepleiere burde anbefale pasientene en sunn livsstil gjennom relevant informasjon, støttende rådgivning og å henvise til lokale foretak som tilbyr kostholds- og diabetesrådgivning, tilbud for fysisk aktivitet eller tiltak for røyke- eller alkoholslutt (Barnett, *et al.*, 2007, referert i Fusar-Poli, *et al.*, 2009).

I denne bacheloroppgaven sees det relevant å undersøke i hvor stor grad personer med psykoselidelse utøver fysisk aktivitet. Et britisk review viste at over 50% av personer med schizofreni var innenfor anbefalingene for fysisk aktivitet ( $\leq 150$  minutter av minst moderat intensitet per uke). Likevel var andelen som utøvde moderat eller høy fysisk aktivitet, signifikant lavere enn kontrollgruppen. Spesielt eldre og deltakere med stor andel av depressive symptomer, hadde lavt aktivitetsnivå (Stubbs, *et al.*, 2016).

## 2.8 Teoretisk referanseramme

### *Sykepleieteoretisk perspektiv*

Denne bacheloroppgaven skal ha sykepleiefaglig relevans; derfor er det naturlig å implementere sykepleiefaglig teori. De fleste sykepleieteoretikere har betydelig erfaring og innsikt i sykepleiefaget. Ut fra denne erfaringen har de forsøkt å formulere hva sykepleie er eller bør være (Kirkevold, 2001).

### *Dorothea Orems egenomsorgsteori*

Teorien er delt inn i tre deler: «en teori om egenomsorg, en teori om egenomsorgssvikt og en teori om sykepleiesystem» (Kirkevold, 2001, s. 129). Orem (2001) beskriver *egenomsorg* som en menneskelig regulatorisk funksjon som individer tar initiativ til og utfører på vegne av seg selv. Målet er å vedlikeholde liv, helse og velvære. Voksne har også ansvar for mennesker som er avhengige av deres bidrag, vanligvis barn. Egenomsorg må læres og utføres regelmessig av fri vilje. Ifølge teorien har mennesker *egenomsorgssvikt* når de selv eller mennesker som er avhengige av deres bidrag, har en helsetilstand som gjør dem helt eller delvis ute av stand til å ta hånd om eksisterende eller kommende egenomsorgskrav. I en slik situasjon er sykepleie berettiget (Orem, 2001). *Sykepleiesystemer* er laget av sykepleiere, med hensikt å utøve sykepleie til mottakere som behøver det. Systemene kompenserer for

eksisterende eller kommende helsesvikt som begrenser mottakerens egenomsorgsevne. Sykepleiesystemer kan brukes overfor enkeltpersoner, familier eller grupper (Orem, 2001).

Den vanligste måten å fremstille et sykepleiesystem er gjennom hjelpesystemer. Teoretikeren identifiserer et system av 5 hjelpemetoder som kan brukes alene eller i kombinasjon:

1. Å være tilstede for, eller å gjøre for andre
2. Veiledning og rettledning
3. Å sørge for fysisk eller psykisk støtte
4. Å sørge for og å opprettholde et miljø som legger til rette for personlig utvikling
5. Å lære bort

(Orem, 2001).

Ifølge Orem finnes det tre grunnleggende variasjoner av sykepleiesystemer:

1. Fullt kompenserende systemer
2. Delvis kompenserende systemer
3. Støttende og undervisende systemer

(Orem, 2001).

Ett av egenomsorgskravene for å sikre helse er å opprettholde riktig balanse mellom hvile og aktivitet. I denne sammenheng sees støttende og undervisende sykepleiesystemer relevante å bruke i denne bacheloroppgaven. Støttende og undervisende systemer er ment for situasjoner hvor pasienten er i stand til å – eller kan og burde – lære egenomsorg, men han har behov for assistanse. Ifølge teorien er en kombinasjon av hjelpemetodene undervisning, støtte, veiledning og å sette pasienten i et utviklende miljø gyldige i en slik situasjon (Orem, 2001).

### *Relevant psykiatrisk sykepleie*

Det at pasienten har manglende motivasjon og evne til å delta i sin behandling, skaper utfordringer. Sykepleierens forventninger bør tilpasses pasientens funksjonsevne, og det er viktig å lytte til det pasienten sier for å forstå han (Bennan, 2000, referert i Hummelvoll, 2012). Hjelperen og pasienten bør fokusere mer på her-og-nå situasjon og fremtiden, fremfor fortiden. Målene som settes må være realistiske for pasienten, og det bør planlegges aktiviteter som han er interessert i og har behov for (Hummelvoll, 2012).

For å styrke egofunksjonene må pasienten utvikle selvinnsikt, situasjonsforståelse og få relevant kunnskap som er av betydning. For at pasienten skal ta imot informasjonen best mulig, bør sykepleieren starte med pasientens subjektive behov, for så å gå videre med temaer som erfaringsmessig er viktige for å mestre lidelsen. Temaer som er typiske i psykoedukativ undervisning er: informasjon om lidelsen, symptomstring og livsstilsendring, informasjon rundt medikamentbruk og generelle helseråd som for eksempel balansen mellom aktivitet og hvile (Hummelvoll, 2012).

### *Annet teoretisk grunnlag*

#### *Den transteoretiske modellen*

De amerikanske forskerne Prochaska, DiClemente og Norcross utarbeidet «Den transteoretiske modellen» på grunnlag av ulike teorier for atferdsendring. Modellen tar for seg prinsipper for atferdsendring og handlingsmåter for å oppnå endring, og er en av de mest anerkjente modellene som beskriver endring av adferd (Wester et al. 2009).

Den transteoretiske modellen deles inn i fem stadier:

1. *Føroverveielse (ikke rede)*
2. *Overveielse (usikker)*
3. *Forberedelsesfasen (handlingsberedt)*
4. *Handlingsfasen (gjennomfører endringer)*
5. *Vedlikeholdsfasen*

(Barth *et al.*, 2000, referert i Eide og Eide, 2014, s. 335).

I *føroverveiellesfasen* opplever ikke pasienten atferden sin som problematisk og har ingen intensjon om endring, men ettersom problemer oppstår på grunn av atferden – eksempelvis symptomer – kan pasienten vurdere endring. Hvis pasienten vurderer hensikten av atferdsendring samt hvordan og om han vil oppnå endring, vil han være i *overveiellesfasen*. Når pasienten har bestemt seg for atferdsendring, vil han være i *forberedelsesfasen* som hovedsakelig handler om en plan for endring. I løpet av hvert enkelt stadium vil den gamle, uheldige atferden avta i takt med den nye atferden som øker i styrke. *Handlingsfasen* består av utprøvelse av handling for å oppnå endring, kombinert med fortløpende vurdering. Når handlingen har blitt en del av pasientens vanlige atferd, er han i *vedlikeholdsfasen*.

Vedlikehold av handlingene må gjøres i alle stadiene; likevel kan tilbakefall forekomme. Prosessen må dermed gjentas (Gammersvik, 2012).

### *De fire prinsippers etikk*

De fire prinsippers etikk beskriver et praktisk-etisk rammeverk basert på prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2012). Alle prinsippene blir ansett likeverdige i teorien, men de er ikke absolutte og må vurderes opp mot hverandre i de enkelte tilfeller.

*Hvilket eller hvilke prinsipper som skal gis mest vekt i situasjonen, er avhengig av hvilken vekt de ulike elementene i situasjonen gis. Det avhenger av hvilke opplysninger som anses som etisk relevante – i motsetning til opplysninger man anser som moralsk irrelevante.*

(Brinchmann, 2012, s. 86).

### **2.9 Hensikt med oppgaven**

Hensikten er å finne ut om fysisk aktivitet gir signifikante helsegevinster for mennesker med psykoselidelser, hva gjelder både fysiske og psykiske forhold. Om fysisk aktivitet gir god nok effekt, ser vi det som fordelaktig å anbefale fysisk aktivitet som en del av et pakkeforløp for psykoselidelser. En viktig del av oppgaven er å legge frem metoder som sykepleieren kan bruke for å bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv.

## 2.10 Problemstilling

**Pakkeforløp for psykoselidelser: bør fysisk aktivitet inkluderes og hvordan kan sykepleier bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv?**

### 2.11 Avgrensning av oppgaven

I mange studier og studentoppgaver har man valgt å ta for seg livsstilsendring som helhet: både kosthold, fysisk aktivitet, røykeslutt og så videre. I slike studier ser man gjerne positive resultater, men det kan være usikkert hvilken faktor som har forårsaket de ulike resultatene. Derfor er det i denne bacheloroppgaven kun fokusert på tematikk knyttet til fysisk aktivitet. I oppgaven vil det fremkomme hvordan fysisk aktivitet påvirker mennesker med psykoselidelser. Det er valgt å fokusere på pasienter og sykepleie innenfor spesialisthelsetjenesten.



### 3. Metode

Ifølge NTNU sine retningslinjer skal bacheloroppgaven inneholde fag- og forskningsbasert kunnskap om en selvvalgt sykepleiefaglig problemstilling. «Oppgaven skal vise en strukturert, kritisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere forskningsstudier som utgjør litteraturstudiets resultat.» (NTNU i Gjøvik, 2016, s. 11). Resultatet skal bestå av 5-8 vitenskapelige artikler som skal presenteres oversiktlig og gjøres rede for (NTNU i Gjøvik, 2016). Bacheloroppgaven skal gjennomføres som en litteraturstudie. En litteraturstudie sammenligner og tolker litteratur som handler om et spesifikt tema. Et forskningsspørsmål – problemstillingen – skal identifiseres. Deretter skal litteratur analyseres ved hjelp av en systematisk tilnærming. Når all litteraturen er grundig analysert i sin helhet, fører det med seg ny innsikt om temaet. I et litteraturstudie er det viktig å dokumentere alle delene av søkeprosessen (Aveyard, 2014).

#### 3.1 Søkestrategi

##### *PICO-skjema*

Det er brukt PICO-skjema med hensikt å operasjonalisere problemstillingen for å gjøre den presis og søkbar. Skjemaet er basert på Thiedemann (2015), noe bearbeidet fra Nortvedt et al., 2012, s. 33.

<b>Patient/Problem Hvem/hvilke</b>	<b>Intervention Hva</b>	<b>Comparison Alternativer</b>	<b>Outcomes Resultater</b>
Den typen pasienter vi er interessert i:	Hvilke tiltak det handler om:	Alternativer som finnes til tiltaket:	Eventuelle utfall av tiltaket:
Pasienter med langvarig psykoselidelse eller første episode psykose.	Fysisk aktivitet som behandlingsmetode i et pakkeforløp for psykoselidelser. Hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv.	Tradisjonell behandling.	Reduksjon av positive og negative symptomer. Reduksjon av komorbiditet. Økt livskvalitet.

Søkeord basert på PICO-skjema:

Hvem/Hvilke: Psychotic disorders, Schizophrenia, Psychosis, First-episode psychosis, Brain

Hva: Exercise, Physical Activity, Motivation, Motivational interviewing

Resultater: Functioning

### *Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Kriteriene er utarbeidet for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015). Disse kriteriene gjør det lettere å velge hvilke artikler som er relevante, og ikke.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som handler om psykoselidelser og effekt av fysisk aktivitet med tanke på psykiske symptomer og fysisk helse	Artikler som handler om andre psykiske lidelser
Artikler som handler om helsefag og/eller sykepleie	Artikler som ikke er på engelsk eller skandinavisk språk
Artikler som tar for seg begge kjønn og alle aldre	Kvalitetsmål under nivå 1 i norsk senter for forskningsdata (NSD)
Fagfellevurderte artikler	Artikler publisert før år 2005
Kvantitative og kvalitative studier	Artikler som ikke er tilgjengelige i fulltekst
Artikler som følger IMRaD-struktur	

### *Valg av databaser*

De inkluderte artiklene er hentet fra databasene Medline (Ovid), PsycInfo (Ovid) og Cinahl. Det ble gjort et søk i Cochrane Library for å finne relevante reviews, men det lyktes ikke å finne relevante artikler. PubMed, MedLink Neurology, Nursing & Allied Health Source (PQ) og SWE-MED ble også søkt i, uten relevante treff.

Tre av de inkluderte artiklene ble funnet i litteraturlisten til andre artikler. For å søke opp disse artiklene ble det gjort frisøk i Oria. Kilvik og Lamøy (2005, referert i Thidemann, 2015) anbefaler å bruke emneord der det er mulig, men legger til at det er fornuftig å bruke frisøk i tillegg for å få et mest mulig fullstendig resultat.

### Valg av søkeord

Som beskrevet er PICO-skjema brukt som et verktøy for å finne relevante søkeord. I Medline ble det hovedsakelig brukt MESH-termer. MESH er et emneordsystem som beskriver innholdet i artiklene (Thidemann, 2015). PsycInfo og Cinahl har egne emneordsystem; derfor ble det brukt ulike søkeord i de ulike databasene.

### Søkehistorikk

#### Medline (Ovid)

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
23.03.17	1	Psychotic Disorders AND Exercise	20	10	2	2 (Archie, <i>et al.</i> , 2007) (Firth, <i>et al.</i> , 2016b)

Kommentar til Medline søk 1: limit: «full text», år 2005-2017.

### PsycInfo (Ovid)

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
06.04.16	1	(schizophrenia OR psychosis) AND (physical activity OR exercise) AND brain	13	4	1	1 (Svatkova, <i>et al.</i> , 2015)
06.04.16	2	(schizophrenia OR psychosis) AND (physical activity OR exercise) AND functioning AND first-episode psychosis	6	1	1	1 (Lee, <i>et al.</i> , 2013)

Kommentar til PsycInfo søk 1: limit: year 2005-2017.

Kommentar til PsycInfo søk 2: Artikkelen ble funnet i et frisøk til bakgrunnsartikler. Valgte å bruke artikkelen som resultatartikkel. Satt derfor opp en fiktiv søkestrategi. Ordene «functioning» og «first-episode psychosis» er ikke søketermer i Ovid, men valgte å bruke ordene fordi de sto som stikkord i artikkelen.

### *Cinahl*

<b>Søkeato</b>	<b>Søk nummer</b>	<b>Søkeord/ord-kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakter</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Artikler inkludert</b>
30.03.17	1	(psychotic disorders OR schizophrenia) AND physical activity AND (motivation OR motivational interviewing)	8	8	3	1 (Rastad, Martin og Asenlöf, 2014)

Kommentar til Cinahl søk 1: SubjectMajor: psychotic disorders, schizophrenia

### *Frisøk 1 28.03.17*

Firth et al. (2016b) refererer i sin innledning til Firth et al. (2015). Fant sistnevnte artikkel ved å søke etter tittelen «A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients» i Oria. Artikkelen ble åpnet i databasen ProQuest.

### *Frisøk 2 05.04.17*

Firth et al. (2016b) refererer til Firth et al. (2016a). Fant sistnevnte artikkel ved å søke etter tittelen «Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study» i Oria. Artikkelen ble åpnet i databasen Wiley Online Library.

### *Frisøk 3 05.04.17*

Wazini og Gifford (2017) (lest artikkel som ikke er inkludert i bacheloroppgaven) refererer til Howard og Gamble (2011). Fant sistnevnte artikkel ved å søke etter tittelen «Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings» i Oria. Artikkelen ble åpnet i databasen Wiley Online Library.

### **Fremgangsmåte for utvelgelse av artikler**

Det er gjort flere søk enn hva som er presentert i resultatmatrisene. Det ses som mest relevant å kun presentere søkemetoden til de inkluderte artiklene. Forfatterne søkte i hver sine databaser, og tok vare på alternative artikler slik at begge kunne lese de. Artiklene ble grundig analysert av begge slik at kun de beste artiklene ble valgt. Til slutt ble 8 artikler inkludert i bacheloroppgaven. Noen årsaker til at artikler ble ekskludert: følger ikke inklusjonskriterier, ikke etisk godkjente, resultatene er ikke relevante nok, bidrar ikke til å gi svar på problemstillingen, for spekulative resultater, for mye fokus på andre profesjoner enn sykepleie.

## 4. Resultatpresentasjon

Resultatene for hver artikkel er sammenfattet i resultatmatriser som er inndelt etter følgende områder: tittel, forfattere, tidsskrift/år, land, hensikt med studien, metode, utvalg/populasjon, hovedfunn/resultater, kvalitetsvurdering og etiske overveielser. Matrisene er basert på Thiedemann, 2015, s. 90. De gir en god oversikt over hovedelementene i hver enkelt artikkel (Thiedemann, 2015). Resultatmatrisene finnes som vedlegg 1-8. For å analysere resultatene er Aveyards «Thematic analysis: a simplified approach» brukt. De sammenfattede resultatene er presentert som et sammendrag av den viktigste informasjonen fra studiene. Resultatene er kategorisert etter temaer som går igjen i de ulike artiklene (Aveyard, 2014).

### 4.1 Fysisk aktivitet: effekt på psykisk helse

Lee et al. (2013) fant signifikant høyere grad av positive og negative symptomer blant inaktive med første episode psykose, sammenlignet med kontrollgruppen bestående av fysisk aktive. Svatkova et al. (2015) fant en nedgang i Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS] fra 62,3 til 54,7 etter treningsopplegget. Videre fant forskerteamet økte nivåer av hvit substans i flere områder av hjernen, og økt intelligens. Økte nivåer av hvit substans er assosiert med bedret sensorisk og kognitiv funksjon (Svatkova, *et al.*, 2015). Nedgang i PANSS styrkes av Firth et al. sitt review fra 2015 som fant lignende resultater i alle studier med treningsopplegg på minst 90 minutter. Videre fant forskergruppen varierende resultater når det gjaldt depresjon og angst. Kvantitative studier viser at treningsopplegg med høy intensitet og varighet på minst 90 minutter per uke, viste best effekt på pasientenes psykiske helse (Firth, *et al.*, 2015).

Kvalitative studier viser til umiddelbar bedring i psykiatriske symptomer og en følelse av glede under og etter trening (Firth, *et al.*, 2016b; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Trening ga økt mestingsfølelse og økte selvtiliten på flere måter (Firth, *et al.*, 2016a). Rastad, Martin og Asenlöf (2014) fant at pasientene følte fysisk aktivitet ga dem umiddelbar følelse av glede og bedring på mange punkter knyttet til psykisk helse: redusert stemmehøring, redusert angst, bedret humør, ga en følelse av frihet og uavhengighet, stimulerte til samtale og fjernet følelse av mindreverd knyttet til inaktivitet. I tillegg kunne fysisk aktivitet forhindre sinneutbrudd og skade på personer/miljø. Videre følte pasientene fysisk aktivitet som en berikelse i livet som gav dem noe å se frem til. Disse resultatene støttes av Firth et al. (2016b), som også viste effekten av fysisk aktivitet på negative symptomer, herunder depresjon.

#### **4.2 Fysisk aktivitet: effekt på fysisk helse**

Studien til Svatkova et al. (2015) fant økte nivåer av hvit substans i hjernen. Økte nivåer av hvit substans er assosiert med bedret motorisk funksjon. Videre fant forskerteamet bedret maksimalt oksygenopptak [VO<sub>2</sub>-max]. Dette stemmer godt med resultatene for metabolsk helse i Firth et al. (2015) sitt review: Forskergruppen fant signifikant forbedring i minst én målekategori, i 10 av 11 studier. I reviewet ble det ikke funnet signifikant nedgang i BMI, og resultater for livvidde og HDL varierte i ulike studier. Mye tyder på at VO<sub>2</sub> er en god målestANDARD for kardiovaskulær helse hos pasienter med psykoselidelser. Syv studier viste til måling av VO<sub>2</sub>-max; tre av disse fant stor nok økning til at kardiovaskulær sykdom ble redusert med 15% og dødelighet med 20% (Firth *et al.*, 2015). Kvalitative studier viste at fysisk aktivitet førte til bedret utholdenhet og overskudd. Pasienter rapporterte å føle seg lettere og bedre i pusten. Videre kunne fysisk aktivitet redusere stivhet og smertetilstander (Firth, *et al.*, 2016b; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014).

#### **4.3 Fysisk aktivitet: pasientens hindringer og barrierer**

Rastad, Martin og Asenlöf (2014) fant at symptomer på sykdom var en stor barriere. Særlig ble depresjon og angst nevnt som de største hindringene for å delta i fysisk aktivitet. Dette underbygges av Firth et al. (2016b) som viser til sosial angst og angst for treningslokale som en av de største barrierene. Også hallusinatoriske opplevelser hindret pasienter i å delta. Videre fant forskerne initieringsvansker, utsettelse av aktiviteter og manglende motivasjon. Forventninger og misforståelser om fysisk aktivitet kunne virke demotiverende på pasienten. I det kvalitative studiet til Rastad, Martin og Asenlöf (2014) rapporterte respondenter at de ikke satte i gang med fysisk aktivitet i frykt for mangel på gode resultater. Flere svarte at de hadde liten tro på at de ville klare å bli mer fysisk aktive. Kroppsbevissthet og persepsjonsforstyrrelser kunne problematisere trening da noen pasienter hadde vanskeligheter med å tolke kroppens signaler. Pasientene rapporterte om smerter uten å kunne forklare hvor de kom fra eller hvordan smertene føltes. Pasienters ressurser ble av mange nevnt som en hindring. Man så også redusert aktivitet i vinterhalvåret. Dette ble forklart med dyre sko, klær, utstyr og medlemskap, i tillegg til faktorer som glatt føre, kulde og mørke dager (Firth, *et al.*, 2016b; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014).



#### **4.4 Motivasjonsfaktorer for fysisk aktivitet**

Treningsintervensjoner kan være gjennomførbare og effektive for pasienter med schizofreni (Firth, *et al.*, 2016a). Flere av studiene konkluderte med at det beste treningsopplegget har mye oppfølging, og aktiviteter tilpasset den enkeltes behov (Firth, *et al.*, 2016a; Firth, *et al.*, 2016b; Firth, *et al.*, 2015; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). To kvalitative studier med fokus på første episode psykose trekker frem fordelene ved å trene flere sammen, enten i form av oppfølging fra helsepersonell eller med medpasienter (Firth, *et al.*, 2016a; Firth, *et al.*, 2016b). Firth *et al.* (2016a) skrev i sin gjennomførbarhetsstudie at de tidlige stadier av psykose kan være den beste perioden å implementere trening for å bedre den fysiske helsen. Dernest konkluderte forskerteamet med at et treningsopplegg bør ha en høy grad av tilrettelegging og oppfølging i starten. Videre kan oppfølgingen trappes ned etter hvert som pasienten blir mer selvstendig.

Den transteoretiske modellen kan brukes som et verktøy for å identifisere hvilket stadiet pasienten befinner seg i med tanke på livsstilsendringer (Archie, *et al.*, 2007). På den måten kan pasienten få et mest mulig tilrettelagt behandlings- og aktivitetstilbud. Mental forberedelse og aktivitetsplanlegging ble vurdert som viktig for denne pasientgruppen da angst og stress ofte er barrierer for fysisk aktivitet (Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Samtaler om overvekt og helse ble nevnt av pasienter som en viktig faktor for å lykkes med livsstilsendring i den samme studien.

#### **4.5 Fysisk aktivitet og psykoselidelser: sykepleiers ansvarsområde**

I studiet til Howard og Gamble (2011) rapporterte alle de psykiatriske sykepleierne at de var opptatt av å møte utfordringer knyttet til fysisk helse hos pasienter med alvorlige psykisk sykdom. Forskerne fant at 95% av psykiatriske sykepleiere mente det var en del av deres rollebeskrivelse å kartlegge nivå av fysisk aktivitet hos pasientene. 78% så på det som sin oppgave å gi råd om kosthold og fysisk aktivitet og 76% mente henvisning til aktivitetstilbud lå under deres ansvarsområde. Sykepleierens selvtillit i utførelsen av ulike oppgaver varierte. Over 80% følte seg *meget sikre* på å måle vekt, blodtrykk, puls, temperatur og blodglukose. Kun 33% følte seg *meget sikre* på å kartlegge og å gi råd om fysisk aktivitet. Mange av sykepleierne mente de hadde fått alt for lite opplæring i å ivareta pasientenes fysiske helse gjennom jobben; 75% mente de ikke hadde fått *noe* opplæring. Ved gjennomgang av journaler fant forskerne generelt dårlig dokumentasjon av fysisk aktivitet. I over 50% av tilfellene var det ingen dokumentasjon på 39 av 44 former for fysisk aktivitet. På samme måte

var fysiske helseundersøkelser ikke regelmessig dokumentert. Blodtrykk var mest dokumentert med 57%. I kartleggingsnotater fant forskerne lite kartlegging av fysisk aktivitet og kosthold. I kartleggingen ble det oftest fokusert på tobakksbruk og rusmidler (Howard og Gamble, 2011).

## 5. Drøfting

For å svare på problemstillingen drøftes funnene fra resultatkapittelet opp mot teoretisk referanseramme og relevant fag- og forskningsbasert kunnskap. Det legges vekt på resultatenes betydning for klinisk sykepleie (NTNU i Gjøvik, 2016).

### 5.1 Pakkeforløp og psykoselidelser

Det er lett å finne kritiske syn på pakkeforløp for psykoselidelser. Lundevall skriver at rus og psykiatrilidelser er komplekse og ikke sammenlignbare med kreftdiagnoser (Lundevall, 2015). Skårderud et al. (2010) beskriver det omfattende sykdomsbildet til personer med psykoselidelser. Det er ofte denne kompleksiteten som trekkes frem i diskusjonen om pakkeforløp. Når man hører ordet «pakke» kan det tolkes som at alle skal «passe i en pakke». En kan hente erfaringer fra Danmark, men ingen har erfart hvordan et pakkeforløp vil påvirke behandlingstilbudet for psykoselidelser. Med implementeringen av pakkeforløp for kreft var et viktig mål å korte ned tiden fra utredning til nådd behandlingsmål. Etter implementering meldte Helsedirektoratet at åtte av ti kreftpasienter som er med i pakkeforløpet, får behandling innen fastsatt tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Trolig kan disse resultatene ha stor betydning for personer med psykoselidelser; særlig med tanke på forskning som viser at livsstilsendring er lettest gjennomførbart tidlig i sykdomsforløpet (Archie, *et al.*, 2007; Firth, *et al.*, 2016a).

I tillegg til positive symptomer som hallusinasjoner og desorganisert atferd, er pasienter ofte plaget av negative symptomer (Skårderud, *et al.*, 2010). Ingen pasientsituasjoner er like. I vårt arbeid med psykoselidelser har vi erfart hvor viktig det er å tilpasse seg den enkelte pasienten. Om behandlingen blir standardisert kan det hevdes at personalet mister en individuell tilnærming, noe som er et viktig virkemiddel i behandlingen (Skårderud, *et al.*, 2010). I et pakkeforløp skal tidsfrister for igangsetting av ulike tiltak sikre at behandlingen er effektiv og strømlinjeformet (Helsedirektoratet, 2017a). Slike tidsfrister vil kunne by på utfordringer da psykoselidelser ofte mangler en tydelig start og slutt (Skårderud, *et al.*, 2010). Derfor mener vi det er viktig at pasienten ikke blir sendt videre i pakkeforløpet før han er i det riktige stadiet i sin behandling.

Pasienter med psykoselidelser kan ha behov for ulik grad av oppfølging livet ut (Skårderud, *et al.*, 2010). Dette tar opp et viktig tema om likeverdig behandling. I arbeid med

psykoserammede på psykiatriske avdelinger har vi sett hvordan kvaliteten på tilbudene etter utskrivelse varierer i de ulike kommuner: Pasienter med psykoselidelser skal leve store deler av livet i egne hjem, med støtte fra primærhelsetjenesten. Mange pasienter vet ikke hva de har krav på, og tilbud varierer fra kommune til kommune. Vi hevder et pakkeforløp vil kunne medføre et likere behandlingstilbud i hele landet, og derfor være til stor fordel for mange pasienter med psykoselidelser.

Et viktig punkt å drøfte i utviklingen av pakkeforløp for psykoselidelser, er hvordan man kan sikre et godt behandlingstilbud for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern har allerede redusert autonomi. Fra vårt arbeid med personer underlagt tvang i spesialisthelsetjenesten har vi sett mange utfordringer knyttet til pasientens autonomi og pasientrettigheter. Denne problemstillingen er tatt hensyn til under punktet «Pakkeforløp for psykoselidelser» i Prosjektbeskrivelse for pakkeforløp for psykisk helse og rus:

*Det anbefales at arbeidsgruppen vurderer behov for å utarbeide et eget pakkeforløp ved etablering av tvunget vern, alternativt utarbeide en egen «arm» i pakkeforløpet ved psykoselidelser. Et slikt forløp kan sikre pasientrettigheter og oppfølging under tvunget vern på en bedre måte enn det som er praksis noen steder i dag.*

(Helsedirektoratet, 2017b).

Vi mener denne pasientgruppen er spesielt sårbar og vil hevde at det kan være behov for et eget pakkeforløp for personer underlagt tvungent psykisk helsevern.

Forfatterne av bacheloroppgaven har ofte erfart at det er utfordrende å få pasienter til å delta i anbefalt mengde fysisk aktivitet. Vi har erfart at det kan være vanskelig for psykotiske pasienter å holde en oversikt over hverdag og behandling. Med utgangspunkt i Orem's teori om manglende egenomsorg, hevder vi at mange personer med psykoselidelser vil ha stor nytte av at behandlingsforløpet settes i et system (Orem, 2001).

## **5.2 Fysisk aktivitet og fysisk helse**

I retningslinjene til pakkeforløp for rus og psykiatri, kan man lese om økt fokus på fysisk helse (Helsedirektoratet, 2017a). Antagelig er dette en riktig prioritering i utviklingen av et pakkeforløp for psykoselidelser, da personer med psykoselidelser ofte er utsatt for

komorbiditet og tidlig død (Crump, *et al.*, 2013). Videre fant forskerteamet at hovedårsaken til dødsfallene var ischemisk hjertesykdom og kreft. For å svare på vår problemstilling vil det være naturlig å undersøke om det finnes helsegevinster av fysisk aktivitet for personer med psykoselidelser. Det bør diskuteres om dagens behandling, som i stor grad baserer seg på medisiner, kan ha for store bivirkninger på pasientens fysiske helse. I så fall kan det hevdes at helsevesenet må ta en viss del av ansvaret for denne komorbiditeten hos pasientgruppen.

Det kan hevdes at dårlig egenomsorg kan føre til komorbiditet. Gjennom forfatterens arbeid med psykoselidende har vi ofte sett rask vektøkning hos pasientene, særlig ved bruk av annengenerasjons antipsykotika. Vi ser også at en stor andel av pasientene røyker, hvilket igjen utsetter dem for hjerte- og karsykdommer og kreft (Crump, *et al.*, 2013; Fusar-Poli, *et al.*, 2009). Vi har derfor undersøkt om fysisk aktivitet kan redusere problematikken knyttet til komorbiditet. Studiene som er undersøkt viser tydelig at det er mulig å redusere pasientens livsstilsykdommer ved hjelp av treningsintervensjoner: Svatkova *et al.* (2015) fant forhøyede nivåer av hvit substans i hjernen, samt økt VO<sub>2</sub>-max. Resultatene knyttet til oksygenopptak støttes av Firth *et al.* (2016), som viste til at lav VO<sub>2</sub>-max var forbundet med komorbiditet og tidlig død. På bakgrunn av forskningsresultatene hevder vi at fysisk aktivitet er et viktig virkemiddel i arbeidet med å redusere komorbiditet hos personer med psykoselidelser.

### 5.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Rastad, Martin, og Asenlöf (2016) påpekte at de største barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet var symptomer på psykoselidelse. Samtidig er det disse symptomene som kan reduseres ved riktig bruk av fysisk aktivitet (Svatkova, *et al.*, 2015; Firth, *et al.*, 2015). At symptomtrykket er lavere hos fysisk aktive kan bekreftes av Lee *et al.* (2013), som fant færre psykotiske symptomer hos fysisk aktive pasienter med førstegangpsykose enn hos inaktive pasienter med førstegangpsykose.

Forskning som fokuserer på effekten av fysisk aktivitet viste signifikant nedgang i PANSS, særlig negative symptomer (Firth, *et al.*, 2015; Svatkova, *et al.*, 2015). Videre fant man reduksjon av symptomer som angst og depresjon. Vi ønsket å finne ut hvorvidt bedring av psykiske symptomer skyldtes den fysiologiske eller den sosiale effekten av treningsintervensjoner. I så fall kunne effekten oppnås mer effektivt ved å møtes i grupper og utføre passive aktiviteter. Vi har vurdert den *fysiologiske* effekten av fysisk aktivitet, opp mot det *sosiale* aspektet ved treningsintervensjoner. Ut ifra ulike godt dokumenterte

undersøkelser, viste det seg at effektene av fysisk aktivitet veide tyngre enn de sosiale effektene (Svatkova *et al*, 2015). Firth et al. (2015) undersøkte ulike former for aktivitet, og de konkluderte med at moderat til sterk fysisk aktivitet, minst 90 minutter per uke, var nødvendig for å oppnå signifikante resultater. Fremtidig forskning oppfordres til å undersøke nærmere hvilken form for fysisk aktivitet som fører til best reduksjon av psykotiske symptomer. Det ville være interessant å undersøke hva effekten skyldes; kan den positive effekten forklares med at hard fysisk aktivitet tar mye av oppmerksomheten bort fra psykotiske symptomer, eller er det andre fysiologiske prosesser som er avgjørende? Dette kan i så fall forklare hvorfor en viss intensitet i treningen er viktig for å oppnå resultater. Videre kan det diskuteres om fysisk utmattelse spiller en rolle ved bedringen av symptomer etter avsluttet trening. I praksis har vi sett at pasienter sover bedre, er mindre motorisk urolige og virker mer tilfreds etter treningsintervensjoner.

I søken etter svar på problemstillingen mener vi det er relevant å undersøke hvordan sykepleiere kan bruke kunnskaper om effekten av fysisk aktivitet i arbeidet med psykoserammede. I vårt arbeid med psykoseproblematikk i spesialisthelsetjenesten, har vi sett flere situasjoner der fysisk aktivitet kan fungere som et godt verktøy i behandlingen. Vi hevder på bakgrunn av resultatene som er fremlagt og dokumentert, at fysisk aktivitet kan tilbys den psykotiske pasienten i et forsøk på å dempe positive symptomer. Videre kan det se ut til at fysisk aktivitet er effektivt i behandlingen av negative symptomer. Vi ser hvor viktig dette kan være i en ellers statisk hverdag på lukket avdeling for psykosebehandling. Disse erfaringene kan sees i sammenheng med at turer ut av avdelingen ble oppfattet av pasientene som stimulerende for tankeprosessen. Turer i naturen og forandringer i sesongen ble oppgitt å skape et miljø for samtale (Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Vi mener dette kan være avgjørende i relasjonsbygging og kan brukes som et viktig virkemiddel av sykepleier. Videre hevdet Rastad, Martin og Asenlöf (2014) spesifikt at fysisk aktivitet kunne forhindre sinneutbrudd, og hjelpe pasienten med å gjenoppta kontrollen. Dette funnet må sees på som viktig for sykepleier, som kan bruke fysisk aktivitet i arbeidet med å forebygge traumatiske konflikter på enheter for psykosebehandling.

#### **5.4 Fysisk aktivitet og første episode psykose**

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å inkludere artikler som inkluderer flere psykoselidelser. Resultatene var positive for alle diagnosegruppene, men vi ønsker å rette fokus mot gruppen med første episode psykose. Denne pasientgruppen har de siste årene fått

et spesielt fokus i Norge, hvilket har resultert i TIPS – Tidlig intervensjon ved psykose (Sykehuset Innlandet HF, 2016). Denne pasientgruppen hadde særlig god effekt av treningsintervensjoner, både når det gjaldt psykiske og fysiske symptomer (Firth, *et al.*, 2016a). Videre fant forskergruppen at treningsintervensjoner var fullt gjennomførbare, og kanskje lettere gjennomførbare for denne gruppen enn for pasienter med et lengre sykdomsforløp bak seg (Firth, *et al.*, 2015). Vi stiller spørsmål ved om den gode effekten kan skyldes at man ser mindre bivirkninger av medisiner så tidlig i sykdomsforløpet, herunder overvekt og dårlig fysisk form.

### **5.5 Pasientens symptomer som tegn på egenomsorgssvikt**

Det er lett å konkludere med at fysisk aktivitet er positivt for personer med psykoselidelser. Likevel er det en stor jobb som gjenstår, nemlig å få den syke til å delta i fysisk aktivitet. Etersom pasientene ofte lider av svekket initiativ, sosial angst og mistenksomhet (Skårderud, *et al.*, 2010), er det lett å tenke seg at det er en utfordring for dem å delta i fysisk aktivitet. Dette underbygges av forskningen; pasientene sier selv at symptomer på sykdom fører til stor barriere for trening (Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Gjennom arbeid på psykiatriske avdelinger har vi selv erfart hvor utfordrende det kan være å aktivisere pasienter med psykoselidelser.

Jamfør Orems egenomsorgsteori kan man si at en stor andel av disse pasientene har en egenomsorgssvikt, ettersom de ikke klarer å opprettholde en riktig balanse mellom hvile og aktivitet. Ved slik egenomsorgssvikt er sykepleie berettiget (Orem, 2001). Pasientene er ofte i stand til å utøve den fysiske aktiviteten selv, men trenger assistanse. En kombinasjon av hjelpemetodene veiledning, støtte, å sette pasienten i et utviklende miljø og undervisning kan være gunstig i en slik situasjon (Orem, 2001).

### **5.6 Sykepleie basert på Orems fire hjelpemetoder**

Når pasienter med psykoselidelser mangler motivasjon er det viktig at sykepleierens forventninger tilpasses pasientens funksjonsevne (Bennan, 2000 i Hummelvoll, 2012). Pasienten bør også være interessert i den aktiviteten som skal utføres (Hummelvoll, 2012). Kanskje pasienten har drevet med en aktivitet tidligere som det er mulig å gjenoppta? I forfatterens arbeid har vi erfart at det er svært viktig å opparbeide en relasjon til pasienten for å finne spesielle kvaliteter hos hver enkelt. På den måten kan det være lettere å planlegge

aktiviteter. Kanskje holder det å motivere pasienten til å gå en tur utenfor døren i starten, for så å utvide intensitet og varighet senere. Videre skriver Rastad, Martin og Asenlöf (2014) at mental forberedelse og aktivitetsplanlegging er viktig for pasientgruppen da angst og stress ofte er barrierer for fysisk aktivitet. Personlig støtte før og under fysisk aktivitet ble nevnt i studien som viktige faktorer for at pasienten skulle gjennomføre aktiviteten.

Orem (2001) skriver at man skal sette pasienten i et miljø som tilrettelegger for personlig utvikling. Dette sees å være svært relevant for pasienter med psykoselidelse. Flere studier sammenligner trening alene med trening i gruppe. Videre undersøkte studiene behovet for veiledning under fysisk aktivitet. Disse studiene viste at pasientene bør ha individuell oppfølging, samtidig som treningen bør foregå i en gruppe med instruktør/veileder (Firth, *et al.*, 2016a; Firth, *et al.*, 2016b; Firth, *et al.*, 2015; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Derneft viser forskere til at sykepleiere bør henvise pasienten til lokale tilbud for fysisk aktivitet (Barnett *et al.*, 2007, referert i Fusar-Poli, *et al.*, 2009). Dette gir dekning for å si at sykepleieren på sikt, bør forsøke å sette pasienten inn i et miljø som tilrettelegger for fysisk aktivitet.

Flere kilder viser til at undervisning er en viktig del av sykepleierens ansvarsområde (Archie, *et al.*, 2007; Hummelvoll, 2012; Orem, 2001). Hummelvoll (2012) skriver at sykepleier kan gi helse råd om balansen mellom aktivitet og hvile, og at pasienten trenger å utvikle selvinnsikt, situasjonsforståelse og få relevant kunnskap. Fra arbeid på psykiatrisk avdeling har vi sett at denne pasientgruppen ofte mangler kunnskaper som er nødvendige for å ha en sunn livsførsel. Vi har opplevd at mange pasienter aldri har lært seg hvordan de kan opprettholde god fysisk og psykisk helse. Vi har erfart at mange pasienter har lite forståelse de negative konsekvensene av et stillesittende liv. Hummelvoll (2012) skriver at man bør begynne med pasientens subjektive behov «her og nå». På bakgrunn av dette kan sykepleier motivere pasienten med å legge vekt på at plagsomme symptomer kan reduseres. I et kvalitativt studie uttalte pasienter at symptomer kunne mildne spontant ved fysisk aktivitet: «... when I'm doing the weights or I'm running, I don't sit there and think about the voices or what they are saying, ...» og «All your mental issues are going to go away because once you're concentrating on picking up weights and doing exercise. Then your mind goes somewhere else.» (Firth, *et al.*, 2016b, s. 5). Når pasienten er klar for det, kan sykepleieren gå videre med temaer som erfaringsmessig er viktige (Hummelvoll, 2012). Temaer kan være forbedret kardiovaskulær helse, reduksjon av negative og positive symptomer og forbedret korttidsminne (Firth, *et al.*, 2015; Svatkova, *et al.*, 2015).



I Firth et al. sitt review (2015) kom det tydelig frem at den fysiske aktiviteten bør være av en viss intensitet for å ha best mulig effekt. Det viste seg at høy intensiv trening utført over mange nok minutter per uke var nødvendig for å få signifikante resultater. Dette gjaldt faktorene psykiatriske symptomer, livskvalitet og komorbiditet. På bakgrunn av disse resultatene hevder vi at sykepleieren bør oppfordre pasienten til å delta i aktiviteter med høy nok intensitet. Vi ser at det kan være fordelaktig å finne mer forskning på området intensitet og type aktivitet, for å gi pasienten sikre anbefalinger.

Tematikken rundt intensitet fører oss tilbake til ett av mange pasienters hovedsymptomer, nemlig svekket initiativ. Det kan være utfordrende å motivere pasienten til å utføre aktiviteter som krever stor innsats. Lav intensitet ga også noe effekt, men betydelig mindre (Firth, *et al.*, 2015). Dette kan gi grunn til å motivere pasienten til fysisk aktivitet, selv om ønsket aktivitetsnivå ikke oppnås.

### **5.7 Sykepleie basert på den transteoretiske modellen**

Archie et al. (2007) konkluderer med at den transteoretiske modellen er et verktøy som kan hjelpe klinikere til å gi god individuell livsstilsveiledning til pasienter med psykoselidelser. Vi tolker det som at både Orems teori og Hummelvoll kan brukes sammen med den transteoretiske modellen. Archie et al. (2007) skrev at pasienter i føroverveiellesstadiet kan oppmuntres til å identifisere potensielle fordeler, ulemper og hindringer vedrørende fysisk aktivitet. Pasienter i overveielles- og forberedelsesfasene kan utfordres til å veie fordeler og ulemper med fysisk aktivitet opp mot hverandre. Pasienter i handlingsfasen kan læres å belønne seg selv for sunne valg (Archie, *et al.*, 2007). På grunnlag av dette kan man si at sykepleie bør tilpasses til det stadiet pasienten er i.

Manglende motivasjon nevnes ofte som en barriere for å delta i fysisk aktivitet (Firth, *et al.*, 2016a; Firth, *et al.*, 2016b; Rastad, Martin og Asenlöf, 2014). Et interessant funn i denne sammenheng, er at hele 50% av deltakerne i Archie et al. (2007) sin studie var i overveielles- eller forberedelsesfasen, og 40% var klare for livsstilsendring (handlingsfasen). Pasientene som takket ja til å delta kan imidlertid ha vært mer motivert enn gjennomsnittet. Likevel ser vi resultatene som en god pekepinn på at flere er motivert til endring, enn det man kanskje skulle tro. For øvrig viste det seg at pasientene som hadde høyest BMI var minst motivert til å utøve fysisk aktivitet (Archie, *et al.*, 2007). Firth et al. (2016a) fant at hele 25 av 31 deltakere med første episode psykose klarte å gjennomføre et 10 ukers tilrettelagt treningsopplegg.

Resultatene viser at mange pasienter ikke bare er motiverte til å være fysisk aktive, men også evner å gjennomføre aktiviteten. I tillegg kan det tyde på at tidlig intervensjon er en viktig faktor for at pasienten skal være mottakelig for fysisk aktivitet.

### **5.8 Er sykepleieren bevisst sitt ansvarsområde?**

Vi har nå beskrevet fysisk aktivitet som en viktig del av behandlingsopplegget til pasienter med psykoselidelser. Selv om pasientene beviselig er motiverte til og klarer å gjennomføre fysisk aktivitet, kan de trenge tilrettelegging. Sykepleier kan da fungere som en støtte, i alle fall i starten av behandlingsperioden. For at sykepleier skal kunne bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv, bør han ha en viss mengde kunnskap og riktige holdninger. Studien som tok for seg psykiatriske sykepleieres behov for kunnskap om fysisk aktivitet, viser at det finnes mangler på området i dag. Selv om de fleste sykepleierne fant fysisk aktivitet viktig, fantes det mangler i deres opplevde rolle, ansvarsområde og selvsikkerhet rundt temaet (Howard og Gamble, 2011). Med erfaring fra psykiatriske avdelinger har vi sett at helsepersonell som har interesse for fysisk aktivitet, ofte er mer tilbøyelige til å ivareta temaet overfor pasientene. I lys av dette kan det noen ganger virke som personalets private erfaringer gjør det tilfeldig om tematikken fysisk aktivitet blir ivaretatt eller ikke. Om fysisk aktivitet blir inkludert i et pakkeforløp for psykoselidelser, blir temaet obligatorisk for alle sykepleiere. Likevel kan mange sykepleiere mangle nødvendig kunnskap. I Howard og Gambles studie (2011) kom det frem at sykepleiere mente de hadde fått alt for lite opplæring i å ivareta pasientenes fysiske helse gjennom jobben; 75% mente de ikke hadde fått *noe* opplæring. På grunnlag av dette kan det se ut til at sykepleiere trenger mer undervisning om fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er et tema som ikke har blitt viet mye oppmerksomhet i forfatterens sykepleierutdanning. Kanskje *det* ville være nødvendig for å gjøre studentene mer oppmerksomme på temaet? I alle fall vil det trolig være hensiktsmessig å gi sykepleiere som jobber med pasienter innenfor et pakkeforløp for psykoselidelser, undervisning om fysisk aktivitet for denne pasientgruppen.

### **5.9 Ethiske vurderinger jamfør de fire prinsippers etikk**

Når man forsøker å få personer til å gjøre endringer, er det viktig å gjøre etiske vurderinger. Prinsippet *autonomi* kan vurderes som sekundært i tilfeller der pasienten ikke er i stand til å ta gode valg for seg selv. Sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom: Når pasienten ikke er i stand til å ivareta seg selv kan man vektlegge velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2012; International Council of Nurses [ICN], 2011). Mange pasienter behandles under §3 i

psykisk helsevernloven (1999), i form av tvungen medisinerer eller annen bruk av tvang. I slike situasjoner er det viktig å fremme pasientens autonomi i de deler av behandlingen det lar seg gjøre (Brinchmann, 2012). I de samme situasjonene hevder vi det er særdeles viktig at helsevesenet griper inn når pasienten har en livsførsel som tydelig er skadelig for seg selv. Det kan hevdes at det hviler et etisk ansvar på helsevesenet da behandling med annengenerasjons antipsykotika ofte kan føre til vektøkning og metabolske sykdommer (Norsk legemiddelhåndbok, 2017). Om man ikke tar hensyn til slike bivirkninger i behandlingen vil man kunne se på dette som et brudd på ikke skade prinsippet, da bivirkninger kan føre til ytterligere helseplager.

Etiske retningslinjer for sykepleiere tar for seg sykepleieres ansvar for pasienten. §2.1 og §2.3 viser til at sykepleieren skal fremme helse, forebygge sykdom og ivareta pasientens grunnleggende behov. Disse prinsippene kan ofte være i konflikt med §2.5 som handler om å fremme pasientens autonomi (International Council of Nurses [ICN], 2011). Ved slike etiske dilemmaer kan sykepleieren jamfør Brinchmann (2012), vurdere de fire prinsippers etikk opp mot hverandre.

### **5.10 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler og annen litteratur**

De inkluderte forskningsartiklene er vitenskapelige artikler som følger IMRaD-struktur. Alle artiklene er etisk godkjente av lokale eller nasjonale forskningskomitéer. Imidlertid står det ingenting om etisk godkjenning i det inkluderte reviewet, men ettersom det er publisert i et nivå 2-tidsskrift, må man gå ut ifra at artiklene i reviewet er etisk godkjente.

Det er inkludert ett review med metaanalyse som gir resultater fra en stor mengde forskning. To kvalitative artikler er inkludert. Disse gir god innsikt om pasientenes subjektive erfaring med fysisk aktivitet, noe som er viktig for sykepleiere å ta stilling til. De resterende fire artiklene er kvantitative, og gir håndfaste resultater som kan måles i tall.

Tre av åtte studier hadde kun tatt for seg pasienter fra primærhelsetjenesten. Disse tre studiene kan ha gitt et annet totalbilde enn om alle studiene var fra spesialisthelsetjenesten. Likevel vurderte vi resultatene som nok relevante og overførbare til spesialisthelsetjenesten, til at vi valgte å inkludere de i oppgaven.

Sju av åtte artikler er fra vestlige land. Det ser vi som en styrke ettersom resultatene sannsynligvis er overførbare til norske forhold. Den åttende artikkelen er fra Kina, men dette landet er kjent for å være langt fremme innen forskning.

Et eksklusjonskriterium var artikler publisert før 2005; likevel var nesten alle artiklene av langt nyere dato. Med unntak av én artikkel ble alle publisert mellom 2011-2017. Nyere forskning gjør resultatene relevante for dagens forhold.

Joseph Firth er førsteforfatter av tre inkluderte artikler. Vi ser det slik at Firths studier utfyller hverandre godt og gir gode bidrag til bacheloroppgaven.

Angående bakgrunns litteratur er det i all hovedsak brukt primærkilder. De fleste bøkene er pensumlitteratur på sykepleierstudiet, og Orems egenomsorgsteori er en av de mest kjente sykepleieteoriene fra USA. Av internettkilder er det kun brukt pålitelige og anerkjente nettsider. All anvendt litteratur er publisert etter år 2000. Bakgrunnsartiklene følger inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

### **5.11 Vurdering av metodisk gjennomføring av bacheloroppgaven**

For å skrive denne oppgaven har forfatterne fulgt retningslinjene i undervisningsplanen for bacheloremnet SPL3903 ved NTNU i Gjøvik. Sammen med skolens retningslinjer har vi brukt Thiedemann og Aveyard sin litteratur som inspirasjon og oppskrift for hvordan oppgaven skulle skrives. Vi har også støttet oss til veileders råd, ved spørsmål knyttet til oppgavens utforming.

Søkehistorikken er satt opp slik at det skal være mulig å forstå hvordan vi har gått frem for å finne resultatene. Søkemetode er dobbeltsjekket slik at det skal være mulig å etterprøve søket.

Alle de inkluderte forskningsartiklene er på engelsk språk. Det er brukt ordbok for å oversette ukjente ord slik at forståelsen av forskningen skulle være best mulig. Likevel er det mulighet for at språklig barriere har gjort at vi delvis har misforstått noe av meningsinnholdet. Dette vurderes til å være en feilkilde som må tas høyde for når forskning leses på annet språk enn morsmålet.

Som kjent bygger sykepleie på mange ulike områder som anatomi, fysiologi, patologi og sykepleieteori. Vi mener det er viktig for en sykepleier å vite eksempelvis hva som skjer i hjernen ved fysisk aktivitet, og fordeler og barrierer knyttet til fysisk aktivitet hos pasienter med psykoselidelser. Denne kunnskapen kan sykepleieren bruke i sin praksis for å bidra til at pasienten blir mer fysisk aktiv. På bakgrunn av dette har vi valgt å inkludere flere forskningsartikler som ikke er direkte relatert til sykepleie.

Vi ser at det muligens kunne blitt inkludert mer sykepleieforskning. Vi fant det utfordrende å finne relevant forskning på dette området, og har derfor styrket oppgaven ved å vise til mer sykepleie i bakgrunnen.

Pakkeforløp er et tema som er såpass nytt at det ikke finnes forskning på området. Vi har valgt å utdype temaet i innledningen. Problemstillingen inneholder spørsmål om fysisk aktivitet bør inkluderes i pakkeforløp for psykoselidelser. Etersom det ikke finnes forskning på pakkeforløp, viser vi kun til relevant forskning på tematikk rundt fysisk aktivitet.

Langsiktige og kortsiktige mål har blitt avtalt underveis i skriveprosessen. Forfatterne har jobbet tett sammen og tatt alle avgjørelser i samråd med hverandre. Dette mener vi har resultert i en oppgave som begge forfatterne kan stå godt inne for. Vi mener at oppgaven er løst på en måte som ha ført oss nærmest mulig et vitenskapelig svar på forskningsspørsmålet.

## 6. Konklusjon

For å oppsummere konkluderes det med følgende: Fysisk aktivitet bør inkluderes i et pakkeforløp for psykoselidelser. Funnene i bacheloroppgaven tilsier at sykepleier bør være aktiv i utvikling, implementering og vurdering av et pakkeforløp for psykoselidelser.

Bacheloroppgaven belyser sykepleiers ansvarsområde. Sykepleie basert på Dorothea Orems hjelpemetoder kan sees fornuftig å bruke i arbeidet med å bidra til at pasienten skal bli mer fysisk aktiv. I tillegg kan den transteoretiske modellen være et nyttig verktøy for å gi riktig sykepleie. I arbeidet med å aktivisere den psykotiske pasienten bør sykepleier: inneha kunnskaper om og gode holdninger til fysisk aktivitet, kartlegge fysisk aktivitetsnivå, motivere, utøve psykoedukativ terapi og tilrettelegge for aktiviteter med dokumentert effekt. Vi fant at sykepleiere følte seg usikre i utførelsen av flere oppgaver. På bakgrunn av dette mener vi det er behov for et kompetanseløft vedrørende fysisk aktivitet blant sykepleiere som jobber på psykiatriske avdelinger.

Anvendt forskning konkluderte med at aerob fysisk aktivitet med moderat til høy intensitet, 90-120 min per uke, viste seg å gi en økning i maksimalt oksygenopptak. Følgelig kan en utlede at denne formen for trening vil redusere risiko for hjerte- og karsykdom hos personer med psykoselidelser. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven ble det funnet flere positive effekter av aerob trening på pasientens psykiske helse, særlig angående symptomer knyttet til psykoselidelsen. Resultatene legger grunnlag for videre forskning som kan sammenligne effekten av ulike former for aerob trening på ulike symptomer knyttet til psykoselidelser.

## 7. Referanser

- Archie, S. M., *et al.* (2007) Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who is Ready for Lifestyle Changes?, *Psychiatric Services*, 58(2), s. 233-239. Tilgjengelig fra: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.2.233> (Hentet: 23.03.17).
- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 81-96.
- Crump, C., *et al.* (2013) Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study, *American Journal of Psychiatry*, 170(3), s. 324-333. Tilgjengelig fra: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12050599> (Hentet: 27.03.17).
- Eide, H. og Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Firth, J., *et al.* (2015) A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients, *Psychological Medicine*, 45(7), s. 1343-1361. Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/1672117892/fulltextPDF/71380EE6E74B4E83PQ/1?accountid=12870> (Hentet: 28.03.17).
- Firth, J., *et al.* (2016a) Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study, *Early intervention in psychiatry*, s. 1-9. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12329/full> (Hentet: 05.04.17).
- Firth, J., *et al.* (2016b) The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study, *BMC Psychiatry*, 16(36), s. 1-9. Tilgjengelig fra: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0751-7> (Hentet: 23.03.17).
- Fusar-Poli, P., *et al.* (2009) Lifestyles and cardiovascular risk in individuals with functional psychoses, *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(2), s. 87-99. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00202.x/epdf> (Hentet: 30.03.17).

- Gammersvik, Å. (2012) Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2013) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser#samhandling-og-ansvarsdeling>- (Hentet: 20.03.17).
- Helsedirektoratet (2016) *Statistikk om fysisk aktivitet og stillesitting*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting> (Hentet: 20.03.17).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 07.12.16).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Svært gode resultater med pakkeforløp for kreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/svart-gode-resultater-med-pakkeforloepene-for-kreft/id2437566/> (Hentet: 10.05.17).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016) *St. meld 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf> (Hentet: 15.03.17).
- Helsedirektoratet (2017a) *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#arbeidsgrupper-i-pakkeforl%C3%B8p-for-psykisk-helse-og-rus> (Hentet: 10.03.17).
- Helsedirektoratet (2017b) *Pakkeforløp for psykoselidelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#pakkeforl%C3%B8p-for-psykoselidelser> (Hentet: 10.03.17).
- Holter, I. M. (2013) Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Howard, L. og Gamble, C. (2011) Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings,



- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, s. 105-112. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2010.01642.x/epdf> (Hentet: 20.04.17).
- Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- International Council of Nurses [ICN] (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> (Hentet: 10.05.17).
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lee, E. H. M., et al. (2013) Impact of physical activity on functioning of patients with first-episode psychosis - A 6 months prospective longitudinal study, *Schizophrenia Research*, 150(2-3), s. 538-541. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996413004702> (Hentet: 06.04.17).
- Lundevall, S. (2015) Pakkeforløp ved psykiske sykdommer?, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 23, s. 135. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2015/12/leder/pakkeforlop-ved-psykiske-sykdommer> (Hentet: 15.03.17).
- Martinsen, E. W. (2013) Fysisk aktivitet for sinnets helse, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 23(23), s. 120. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2000/10/tema-fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet-sinnets-helse> (Hentet: 20.03.17).
- Mathisen, J. (2013) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 149-168.
- Norsk legemiddelhandbok (2017) *L5.2 Antipsykotika*. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/52082> (Hentet: 14.05.17).
- NTNU i Gjøvik (2016) *Undervisningsplan, studieenhet 3, Bachelor i sykepleie 14BSPLH*. Gjøvik: NTNU i Gjøvik.
- Orem, D. E. (2001) *Nursing: concepts of practice*. 6. utg. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern> (Hentet: 14.05.17).
- Rastad, C., Martin, C. og Asenlöf, P. (2014) Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia, *Physical therapy*, 94(10), s. 1467-1479. Tilgjengelig fra:

- <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2012.12050599> (Hentet: 30.03.17).
- Region Hovedstadens Psykiatriske Hospital (2017) *Behandlingspakker - voksenpsykiatri*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/vejledning-og-rettigheder/rettigheder/behandlingspakker/Sider/Behandlingspakker---voksenpsykiatri.aspx> (Hentet: 10.03.17).
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K. (2013) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Mekki, T. E. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 190-212.
- Skårderud, F., *et al.* (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubbs, B., *et al.* (2016) How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression, *Schizophrenia Research*, 176(2-3), s. 431-440. Tilgjengelig fra: [http://ac.els-cdn.com/S0920996416302419/1-s2.0-S0920996416302419-main.pdf?\\_tid=c0df172e-1855-11e7-a430-00000aab0f26&acdnat=1491214404\\_b8890f8dca36293fdf8822c5f8538ef5](http://ac.els-cdn.com/S0920996416302419/1-s2.0-S0920996416302419-main.pdf?_tid=c0df172e-1855-11e7-a430-00000aab0f26&acdnat=1491214404_b8890f8dca36293fdf8822c5f8538ef5) (Hentet: 03.04.17).
- Svatkova, A., *et al.* (2015) Physical Exercise Keeps the Brain Connected: Biking Increases White Matter Integrity in Patients With Schizophrenia and Healthy Controls, *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), s. 869-878. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-lookup/doi/10.1093/schbul/sbv033> (Hentet: 06.04.17).
- Sykehuset Innlandet HF (2016) *Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS)*. Tilgjengelig fra: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/tidlig-intervensjon-ved-psykose-tips> (Hentet: 10.05.17).
- Thidemann (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wazni, L. og Gifford, W. (2017) Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizophrenia Using Orem's Theory, *Journal of Holistic Nursing*, s. 1-9. Tilgjengelig fra: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898010116658366> (Hentet: 30.03.17).

WHO (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health*

*Problems 10th Revision*. Tilgjengelig fra:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (Hentet: 30.04.17).

## 8. Vedlegg

### 8.1 Resultatmatrise 1-8

<b>Tittel</b>	<b>Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care setting</b>
<b>Forfattere</b>	L. Howard og C. Gamble
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Årgang 18, nr. 2, s. 105-109, 2011.
<b>Land</b>	England
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke sykepleiers selvopplevde rolle og ansvar i oppfølgingen av fysisk helse hos personer alvorlige psykiske lidelser (Serious mental illness [SMI]). Å fastslå i hvilken grad sykepleiere føler de har god nok opplæring til å utføre ulike oppgaver knyttet til fysisk helse. Å undersøke hvilken praksis som brukes.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Selvrapportert spørreskjema utfyllt av Mental Health Nurses [MHN]. Ettersyn av sykepleienotater i 28 pasientjournaler for å sammenligne MHNs opplevelser med funn fra gjennomgang av dokumentasjonssystem.
<b>Utvalg/populasjon</b>	37 MHN ved 6 ulike psykiatriske avdelinger. 28 journaler fra pasienter (21-70 år) med SMI innlagt på sykehus.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Alle respondenter følte at det var viktig å møte utfordringene knyttet til fysisk helse hos pasienter med SMI. Likevel viste funnene forskjell i MHNs opplevde rolle, ansvarsområde og selvsikkerhet sammenlignet med resultatene fra ettersynet av journaler. Forskerne fant lite dokumentasjon om fysisk aktivitet. I over 50% av tilfellene var det ingen dokumentasjon på 39 av 44 former for fysisk aktivitet. Fysiske helseundersøkelser var ikke rutinemessig dokumentert. Undersøkelsen blodtrykksmåling var mest dokumentert (57%). Alle andre fysiske undersøkelser var dokumentert i mindre enn 50% av tilfellene. Forskerne fant lite kartlegging av fysisk aktivitet. Under kartlegging lå fokuset på tobakksbruk og rusmidler fremfor vekt, kosthold og seksuell helse.

	Sykepleierne mente de hadde fått alt for lite opplæring i å ivareta pasientenes fysiske helse gjennom jobben; 75% mente de ikke hadde fått <i>noe</i> opplæring.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Studien tar for seg flere psykiske lidelser, men hoveddelen av pasientene har psykoseproblematikk. Kun sykepleiernes notater ble gjennomgått. Andre yrkesgrupper kan ha skrevet mer om fysisk aktivitet. Nylig utviklede verktøy for å samle inn data, men disse vurderes som gode nok. Studien vurderes som relevant i søken etter svar på bacheloroppgavens problemstilling fordi den sier noe om sykepleieres rolle i arbeid med fysisk aktivitet og psykoselidelser.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av Trust's Ethics Committee og Research and Development Committee.

<b>Tittel</b>	<b>A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients.</b>
<b>Forfattere</b>	J. Firth, J. Cotter, R. Elliott, P. French og A.R. Yung
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Psychological Medicine. Årgang 45, nr. 7, s. 1343-1361, 2015.
<b>Land</b>	England
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke om effekten av trening kunne forbedre både fysisk og psykisk helse hos pasienter med schizofreni.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Systematisk review. Søket inkluderte databasene Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO, og CENTRAL. Søkeordene var 'exercise' or 'physical activity' or 'sport*' or 'aerobic training' or 'anaerobic training' or 'endurance training' or 'resistance training' or 'walking' or 'muscle strengthening' and 'psychotic' or 'psychosis' or 'psychoses' or 'schizo*' and 'intervention' or 'treatment' or 'trial' or 'program*'. Etter ekskludering ble 17 studier inkludert i reviewet. Kvantitative data ble kategorisert som følgende: metabolsk helse, fysisk form, psykiatriske symptomer, funksjon og uførhet, komorbiditet og

	nevrokognitive effekter. Det ble laget en metaanalyse av de 11 randomiserte kontrollerte studiene.
<b>Utvalg/populasjon</b>	659 deltakere med ikke-afektive psykotiske lidelser. Alder 25-52 år. Medianen av sykdommens lengde var 10 år, unntatt ett studie, som tok for seg pasienter som hadde vært syke i under 5 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p><b>Metabolsk helse:</b> 10 av 11 studier fant signifikant forbedring i minst én målekategori. De fleste studier viste lite endring i BMI, og resultatene fra midjemål og HDL-nivå var inkonsekvente.</p> <p><b>Fysisk form:</b> Maksimalt oksygenopptak økte mye i flere studier. Resultatet tilsier at risiko for kardiovaskulær sykdom minket med 15% og risiko for mortalitet minket med 20%.</p> <p><b>Psykiatriske symptomer:</b> Resultatene viste at over 90 minutter per uke med moderat til høy intensiv trening ga signifikant nedgang i positive og negative symptomer. Lav intensiv trening over kortere tid ga betydelig mindre effekt.</p> <p><b>Funksjon og utførhet:</b> Studier som brukte 120 minutter moderat til intensiv trening per uke viste signifikante forbedringer i livskvalitet. Lav intensitet over kortere tid ga også økt livskvalitet, men resultatene var ikke signifikante. To studier viste ingen forandring i livskvalitet.</p> <p><b>Komorbiditet:</b> Tre studier viste at 120 minutter per uke med aerobic/styrkeøvelser ga signifikant reduksjon i depresjon. Andre studier som brukte over eller lik 75 minutter med trening per uke, viste ingen signifikante fordeler. Tre studier viste at symptomer på depresjon og angst minket etter trening.</p> <p><b>Nevrokognitive effekter:</b> Det ble påvist positive utfall av trening, som 12% økt hippocampusvolum og 34% forbedret korttidsminne.</p> <p><b>Gjennomførbarhet av trening:</b> Trening med tilsyn og gruppebasert trening ga betydelig høyere oppmøte enn trening uten tilsyn eller trening alene.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 2. De inkluderte studiene tar kun for seg trening, ikke diett eller andre livsstilsendringer. Dette sees på som positivt i denne oppgaven, da vi ønsker isolerte resultater av fysisk aktivitet. Studien er relevant for denne oppgaven fordi den viser et bredt spekter av effekter av fysisk aktivitet. Samtidig viser den at mange trenger hjelp til å gjennomføre trening.

<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Det kommer ikke frem om de inkluderte artiklene er etisk godkjente, men de antas å være det ettersom reviewet er publisert i et tidsskrift av høy kvalitet.
--	---

<b>Tittel</b>	<b>Impact of physical activity on functioning of patients with first-episode psychosis - A 6 months prospective longitudinal study</b>
<b>Forfattere</b>	E. H. M. Lee, C. L. M. Hui, W. C. Chan, Y. K. Li, J. T. M. Lee
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Schizophrenia Research. Årgang 150, nr. 2-3, s. 538-541, 2013.
<b>Land</b>	Kina
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke sammenhengen mellom fysisk aktivitetsnivå og funksjon hos pasienter med førsteepisodepsykose. Samtidig ville forskerne undersøke utbredelsen av fysisk inaktivitet hos denne pasientgruppen.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Prospektiv longitudinell kohortstudie. The International Physical Activity Questionnaire ble brukt som mål på fysisk aktivitet. Demografisk informasjon ble innhentet. Premorbid funksjon ble målt. Positive og negative symptomer ble målt ved hjelp av Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) og Scale for the Assessment of Negative symptoms (SANS). Bivirkninger av psykotropiske medikamenter ble målt. Pasientenes funksjoner ble målt etter 6 måneder, og de ble statistisk delt inn i fysisk aktiv-gruppe og fysisk inaktiv-gruppe.
<b>Utvalg/populasjon</b>	283 pasienter med første episode psykose ble rekruttert fra alle psykiatriske klinikker og poliklinikker i Hong Kong i perioden 2009-2011. 124 menn og 159 kvinner, gjennomsnittsalder 37,9 år. Alle pasientene var en del av en spesialisert tjeneste for tidlig intervensjon ved psykose hos voksne.

<b>Hovedfunn/resultater</b>	33,9% av pasientene ble kategorisert som fysisk inaktive og 66,1% var fysisk aktive. Etter 6 måneder hadde fysisk inaktive signifikant høyere grad av positive og negative symptomer enn den fysiske aktive gruppen. Husholdningens inntekt var også signifikant lavere hos de fysisk inaktive. Resultatene tyder på at fysisk aktivitet er assosiert med bedre funksjon hos pasienter med første episode psykose sammenliknet med inaktive pasienter.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 2. Studien mangler en kontrollgruppe, men forskerne har brukt data som sier at nivået av fysisk inaktivitet hos hele Hong Kongs befolkning er 21,5 %. Noen data ble målt ved oppstart og andre data ble målt etter 6 måneder. Resultatene kunne muligens blitt annerledes om alle målinger ble gjort ved studiens start og slutt. Kina er et land som har ulik kultur fra Norge, men det er også et land som er kjent for å være langt fremme i forskning. Studien er relevant for denne oppgaven fordi den viser at fysisk aktivitet gir positive effekter.
<b>Etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av en lokal forskningsetisk komité.

<b>Tittel</b>	<b>Physical Exercise Keeps Brain Connected: Biking Increases White Matter Integrity in Patients With Schizophrenia and Healthy Controls</b>
<b>Forfattere</b>	A. Svatkova, R. C. W. Mandl, T. W. Scheewe, W. Cahn, R. S. Kahn og H. E. Hulshoff Pol
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Schizophrenia Bulletin. Årgang 41, nr. 4, s. 809-878, 2015.
<b>Land</b>	Nederland
<b>Hensikt med studien</b>	Schizofreni er assosiert med tap av hjernevev. Studiens hensikt var å undersøke om en innlært fysisk aktivitet – som sykling – økte nivået av grå substans, uavhengig av diagnose.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Kohortstudie med kontrollgruppe. Studien ble gjennomført over 6 måneder. Pasientene ble inndelt i fysisk aktivitet-gruppe og ikke-trenende ergoterapigruppe (kreative aktiviteter som ga tilsvarende mengde struktur og oppmerksomhet



	<p>i hverdagen som ikke-trenende friske kontroller). Kontrollpersonene ble inndelt i fysisk aktivitet-gruppe og ikke-trenende gruppe. Før og etter undersøkelsen ble hjernens nervefibre avbildet ved hjelp av DTI hjerneskanning, kardiovaskulær helse ble målt og kliniske og kognitive evalueringer ble utført. Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) ble målt for å evaluere grad av symptomer. Antipsykotikadose ble beregnet ved hjelp av klorpromazinekvivalenter. Målingene ble randomisert ved hjelp av dataprogram.</p>
<b>Utvalg/populasjon</b>	<p>33 pasienter med schizofreni og 48 friske kontrollpersoner fra kohortstudien «The outcome of Psychosis and Fitness Therapy» ble inkludert i studien. 20 menn og 21 kvinner, 18-48 år. Pasientene med schizofreni ble rekrutert fra primærhelsetjenesten, kontrollpersonene ble rekruttert via annonsering i lokalsamfunnet.</p>
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>I fysisk aktivitet-gruppen økte nivået av hvit substans signifikant i flere områder av hjernen. I den ikke-trenende gruppen minket nivået av hvit substans i de samme områdene. Hos fysisk aktivitet-gruppen minket total PANSS score signifikant (fra 62,3 til 54,7). Kardiovaskulære helseparametre var også signifikant forbedret hos fysisk-aktivitet gruppen. IQ økte også, men forandringen var ikke signifikant. BMI var omtrent uforandret. Økt nivå av hvit substans er assosiert med forbedret motorisk, sensorisk og kognitiv funksjon. Funnene i studien indikerer at hjernens strukturer har kapasitet til å gjenoppbygges hos pasienter med schizofreni, i likhet med friske – dette ved hjelp av en innlært fysisk ferdighet.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>Tidsskriftet er fagfelleurdert og har vitenskapelig nivå 2. Det var ingen signifikante forskjeller mellom pasienter og kontrollpersoner ved studiens oppstart som kunne gjort resultatene mindre holdbare. Studien er relevant for bacheloroppgaven fordi den viser at det er mulig å reversere degenerering av hjernen hos pasienter med psykoselidelse. Funnene sees på som viktig for sykepleier, da det gir god grunn til å motivere pasienten til å utøve fysisk aktivitet.</p>
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	<p>Studien er godkjent av The Medical Ethical Committee ved University Medical Center Utrecht.</p>

<b>Tittel</b>	<b>Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients with Schizophrenia</b>
<b>Forfattere</b>	C. Rastad, C. Martin og P. Åsenlöf
<b>Tidsskrift, år</b>	Physical Therapy. Årgang 94, nr. 10, s. 1467-1479, 2014.
<b>Land</b>	Sverige
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke hvilken oppfatning og erfaring pasienter med schizofreni har til barrierer og motivasjonsfaktorer i forbindelse med fysisk aktivitet.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer, samt spørreskjemaer om demografisk bakgrunn og levevaner. Høyde og vekt ble nedtegnet under intervjuet. Detaljer om medikasjon og diagnose ble innhentet fra personalet. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.
<b>Utvalg/populasjon</b>	20 pasienter med schizofreni (n=18) og schizoaffektiv lidelse (n=2). 13 menn og 7 kvinner, 22-63 år. Deltakerne var registrert ved tre psykiatriske poliklinikker i tre middels store byer. En kontaktperson på hver poliklinikk var ansvarlig for inklusjonen sammen med førsteforfatter.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Analysen resulterte i tre hovedkategorier:  <b>Barrierer – faktorer som kompliserer og hindrer fysisk aktivitet:</b> symptomer på sykdom, umiddelbare negative utfall, negative forventninger, misforståelser, feil/negativ kroppoppfatning og mangel på ressurser.  <b>Belønning – motivasjonen for å være fysisk aktiv:</b> umiddelbare positive utfall og positive forventninger til aktivitet.  <b>Hjelpsomme strategier:</b> mental forberedelse, personlig støtte før og under fysisk aktivitet og aktivitetsplanlegging.

<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskriftet er fagfelle-vurdert og har vitenskapelig nivå 2. Resultatene er relaterbare til Norske forhold ettersom svensk og norsk helsesystem har store likheter. Ettersom studien ble gjennomført poliklinisk, gjenspeiler resultatene muligens ikke erfaringer hos pasienter som er innlagt på sykehus. Likevel ses det som verdifullt å inkludere studien fordi de fleste pasienter oppholder seg utenfor sykehus mesteparten av livet. Studien er spesielt relevant for denne oppgaven fordi den sier noe om hvordan helsepersonell kan hjelpe pasienten til å utøve fysisk aktivitet. Artikkelen er publisert i tidsskrift for fysioterapi, men vurderes å være relevant også for sykepleiere.
<b>Etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av Regional Ethical Review Board i Uppsala, Sverige.

<b>Tittel</b>	<b>Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study</b>
<b>Forfattere</b>	J. Firth, R. Carney, R. Elliot, P. French, S. Parker, R. McIntyre, J. S. Mcphee and A. R. Yung
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Early Intervention in Psychiatry. 2016
<b>Land</b>	England
<b>Hensikt med studien</b>	Å finne ut om personer rammet av første episode psykose kan gjennomføre et treningsopplegg på 10 uker. Derne st ønsket forskerne å undersøke om et slikt treningsopplegg kunne føre til forandringer i deltakernes fysiske og psykiske helse.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Ikke randomisert gjennomførbarhetsstudie. Team som arbeider med tidlig intervensjon i Manchester henviste mottakere av tjenester som var aktuelle for studiet. Kontrolldata ble hentet fra en pågående studie i samme område. Deltakerne fikk et tilpasset treningsopplegg over 10 uker. Treningen gikk ut på minst 90 minutter moderat til hard trening ukentlig på kommunale helsesentre. Deltakerne fikk selv velge mellom ulike varianter av kondisjons og styrketrening. PANSS ble målt 2 uker før og etter treningsopplegget. Deltakerne som ønsket gjennomførte et utvalg av andre tester, som kan danne et grunnlag for videre forskning.
<b>Utvalg/populasjon</b>	31 personer i alderen 18-35 år. Deltakerne var mottakere av tjenester fra Early Intervention, en del av kommunehelsetjenesten

	i Manchester. Tidsperiode fra første episode psykose var maksimalt 5 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	25 av 31 deltakere fullførte treningsopplegget. Halvparten nådde målet på 90 minutter per uke og 79% trente i gjennomsnitt mer enn 60 minutter 16 av deltakerne rapporterte om økt aktivitet også i hverdagen ellers. Ved gjennomgang av PANSS fant forskerne signifikante endringer hos gruppen som gjennomførte opplegget (n=25). PANNS total score sank med 13.1 poeng og det var særlig nedgang i negative symptomer. Det var ikke signifikant nedgang i symptomer som depresjon, sosial angst eller funksjonsfall, men signifikant bedring i korttidshukommelse (Verbal STM) og sosial funksjon i samfunn og arbeid (SOFAS). Forskerne konkluderte med at et treningsopplegg på 10 uker var vellykket i deres studie. Nå vil det være nødvendig med et blindt RCT for å med sikkerhet bekrefte effekten av fysisk aktivitet for personer rammet av førstegangpsykose.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1. Vi klarte ikke å oppdrive årgang, nummer og sidetall, men vi valgte likevel å inkludere artikkelen. Studiet viser på en god måte at pasienter med psykoseproblematikk klarer å gjennomføre et tilrettelagt treningsopplegg. Det påpeker hvordan treningen bør utformes. Studiet viser tydelig at fysisk aktivitet er bra for personer rammet av førstegangpsykose, men kontrollgruppen er liten. Det kan være at den positive effekten delvis skyldes den sosiale settingen rundt treningsopplegget.
<b>Etiske overveielser</b>	Studiet er godkjent av North West Research Ethics Committee.

<b>Tittel</b>	<b>The effects and determinants of exercise participation in first episode psychosis: a qualitative study.</b>
<b>Forfattere</b>	J. Firth, R. Carney, L. Jerome, R. Elliot, P. French, A. R. Yung.
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	BMC psychiatry. 2016.
<b>Land</b>	England
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke effekten av fysisk aktivitet hos personer med første episode psykose, samt å undersøke hva som hindrer og forenkler et treningsopplegg for denne pasientgruppen.

<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer. Pasienter deltok i et treningsopplegg (90 minutter ukentlig i 10 uker) som ble tilpasset etter deltakernes ønske. 19 Intervjuer ble gjennomført i etterkant av treningsopplegget. Det ble gjort en tematisk analyse av intervjuene.
<b>Utvalg/populasjon</b>	13 deltakere, 18-35 år. Inklusjonskriteriene var Score >21 BECK eller >2 WHO disability assessment schedule. Alle deltakerne mottok behandling for første episode psykose [FEP] fra senter for tidlig intervensjon [EIP] i Manchester.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	<p>Deltakerne mestret å gjennomføre treningsopplegget. Den tematiske analysen trakk frem tre hovedtemaer.</p> <p><b>Trenings positive effekt på psykiatriske symptomer:</b> Deltakerne opplevde generelt en umiddelbar bedring i psykiatriske symptomer under trening. Det ble rapportert om bedring av positive og negative symptomer; eksempelvis bedret energi, motivasjon samt fravær av stemmehøring.</p> <p><b>Bedret selvoppfatning etter trening:</b> Mestringsfølelsen fra å klare aktiviteter ga umiddelbar positiv effekt på selvfølelsen hos alle deltakerne. På sikt fikk deltakerne bedre selvoppfatning grunnet bedre fysisk helse.</p> <p><b>Faktorer som bestemmer trenings-deltagelse:</b> Personer med FEP klarte å delta når treningsopplegget ble tilpasset til hver enkelt og de fikk støtte av en «mental health support staff». Angst var det symptomet som var til størst hindring. Opplæring alene var ikke tilstrekkelig, men med oppfølging fant man gode resultater. Forskerne mener et slikt opplegg må ha mye oppfølging i starten, før oppfølgingen trappes ned og ansvaret for treningen overlates til pasienten.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1. Vi klarte ikke å oppdrive årgang, nummer og sidetall, men vi valgte likevel å inkludere artikkelen. Deltakerne var stort sett menn. Deltakerne har selv valgt å delta i studiet kan dermed ha hatt et positivt syn på trening i utgangspunktet. Vi ønsket å se nærmere på suksessfaktorer og hindringer opplevd av pasienter med nyoppstått psykose. Studien viser pasientens egne opplevelser av trening på en god måte.
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	Studien er godkjent av North West Research Ethics Comitee.

<b>Tittel</b>	<b>Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes?</b>
<b>Forfattere</b>	S. M. Archie, J. O. Goldberg, N. Akhtar-Danesh, J. Landen, L. McColl
<b>Tidsskrift, publiseringsår</b>	Psychiatric Services. Årgang 58, nr. 2, s. 233-239, februar 2017.
<b>Land</b>	Canada
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke om man kan kartlegge matvaner og aktivitetsmønstre for personer med psykotiske lidelser ved hjelp av den Transteoretiske modellen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Tverrsnittundersøkelse basert på spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble besvart med forskningsassistent tilstede for oppklaring av spørsmål. Høyde og vekt ble målt for utregning av BMI. I undersøkelsen er stadiene fra Den transteoretiske modellen forenklet fra de tradisjonelle fem til tre: <b>før-overveiellesstadiet, overveiellesstadiet og handlingsstadiet.</b>
<b>Utvalg/populasjon</b>	101 polikliniske pasienter ved Psychotic Disorders Clinic i Hamilton eller The Hamilton Program for Schizophrenia. 64 menn og 37 kvinner, 18-55 år. Pasienter med schizofreni (n=46), pasienter med andre psykotiske lidelser (n=55). Alle behandles i kommunehelsetjenesten og tar antipsykotika. Pasientene ble oppsøkt på venterommet før polikliniske samtaler og de 101 første som møtte inklusjonskriteriene ble inkludert i studien.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Det var en tydelig korrelasjon mellom forhøyet BMI og høyere doser antipsykotisk medisin. Kun 24% av deltakerne var innenfor normal BMI. Deltakerne ble ved hjelp av undersøkelsen delt i en av tre grupper med tanke på stadier i den transteoretiske modellen: <i>Not ready (NR)</i> , <i>Ready to change (RC)</i> eller <i>Met Guidelines/Active (MG/A)</i> . <b>Endringer forbundet med kosthold:</b> NR (n=10), RC (n=68), MG (n=21). <b>Endringer forbundet med fysisk aktivitet:</b> NR (n=9), RC (n=54), (A n=37).

	<p><b>BMI:</b> NR 31,7. RC 29,7. MG 25,2.</p> <p>Med unntak av sammenhengen mellom BMI og hvilket stadiet pasienten befant seg i, var det ingen forskjeller mellom fysisk aktivitet og kosthold. Både fysisk aktivitet og sunt kosthold bedrer pasientens opplevelse av funksjon og tilfredshet med egen kropp. Studien konkluderte med at en stor andel av pasientgruppen befant seg i overveiellesstadiet. Kun 10% befant seg i før-overveiellesstadiet. Kartlegging av hvilke endringsstadier pasienten befinner seg i vil være nyttig i tilpasningen av et behandlingsopplegg. Det var ingen forskjell i kroppstilfredshet mellom NR og RC. De med høyest BMI var minst motiverte til å gjøre en endring.</p>
<b>Kvalitetsvurdering</b>	<p>Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1. Spørreskjema ble utfyllt av pasientene selv. Pasienter kan ha feilvurdert sitt matinntak eller sin mengde av fysisk aktivitet. Studiet tar utgangspunkt i 101 deltakere og disse har takket ja til å delta. Utvalget kan dermed ha vært mer interessert i aktivitets- og kostholdsendringer enn gjennomsnittet. Studien er vurdert som relevant da vi ønsker å undersøke om den transteoretiske modellen kan benyttes i arbeidet med å aktivisere pasienter med psykoselidelser.</p>
<b>Redegjort for etiske overveielser</b>	<p>Studien er godkjent av The Research ethics board of Hamilton Health Sciences and McMaster University.</p>