



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	412
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7210
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	9
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Kan du løpe fra mørket?

- *Bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling av depresjon*

Can you run from the dark?

- *Use of physical activity in prevention and treatment of depression*

**Kandidatnummer: 412**

Sjukepleie  
Institutt for helse-og omsorgsvitenskap  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Innleveringsdato: 23. mai 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

*Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Hver dag går jeg meg til mitt daglige velbefindende og fra enhver sykdom. Jeg har gått meg fra mine beste tanker, og kjenner ingen tanke så tung, at man ikke kan gå den av seg.*

Søren Kierkegaard, 1813-1855

## **ABSTRACT**

It is estimated that at least 20% of us will develop depression in need of treatment during our lifetime (Holsten, 2020, s. 104). The most common treatment for depression is antidepressants, often in combination with therapy. A major challenge is that drug therapy is not effective for everyone, and that psychological therapy unfortunately is reserved for a minority. However, there is a free method which is available to most people, at least in theory. Researchers agree that it is possible to run from the dark. When we run, or are physically active in other ways, chemical changes that have an antidepressant effect occur in our brain. In addition, physical activity gives a feeling of mastery, increased self-esteem, better posture and maybe even a social community.

In other words, trying exercise as a treatment for depression could be worthwhile. The true challenge lies in the implementation. Being physically active requires far more self-discipline and energy, compared to swallowing a pill or attending a therapy class. Lack of energy and initiative, as well as reduced self-esteem and self-confidence are among the core symptoms of depression (WHO, 1992). Knowing this, it goes without saying that it is demanding to carry out exercise as a form of treatment.

Convincing a person in the dark that he can do the job required to find his way into the light can be difficult. It takes time and requires a personal commitment from the nurse. In this role, the ability to create a human-to-human relationship between nurse and patient, is crucial.

In order to be successful the nurse should also have a good knowledge of physical activity, and the connection between the body and mind. She should be able to apply motivational techniques, and have the ability to facilitate physical activity based on the patient's individual prerequisites. Nursing is first and foremost an interpersonal process, and physical activity as a treatment method requires a flexible, but structured nurse. She must dare to challenge the patient, while following him on the path to recovery.

## Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING</b> .....	5
<b>SYKEPLEIE ER EN MELLOMMENNESKELIG PROSESS</b> .....	6
<b>HISTORIENE JEG VIL FORTELLE</b> .....	8
EN KLASSISK HISTORIE OM DEPRESJON.....	8
OM Å BESTEMME SEG FOR Å GÅ FRA MØRKET .....	9
<b>FAKTA PÅ BORDET</b> .....	10
ER DEPRESJON MEST SYNLIG SOM STATISTIKK? .....	10
HVORFOR ER IKKE ANTIDEPRESSIVA OG TERAPI GODT NOK? .....	12
HVORFOR ELSKER HJERNEN DIN AT DU BEVEGER DEG? .....	14
<b>OM Å MOTIVERE NOEN TIL Å LØPE FRA MØRKET</b> .....	15
RELASJONENS KRAFT .....	16
KUNNSKAP ER MAKT .....	18
MOTIVASJON MÅ KOMME INNENFRA .....	19
LEGG TIL RETTE FOR ENDRING .....	21
<b>AVSLUTNING</b> .....	24
<b>KILDER</b> .....	26
<b>VEDLEGG</b> .....	29
VEDLEGG 1. BESKRIVELSE AV METODE .....	29
VEDLEGG 2. PICO-SKJEMA .....	32
VEDLEGG 3. SAMLESKJEMA OG STYRKESKJEMA.....	33

# Innledning

Kan du løpe fra mørket? Er det mulig å ta sats og skyve seg ut av depresjonens dype avgrunn, ved hjelp av kroppens muskelkraft?

I forskningsmiljøet har det lenge vært kjent at fysisk aktivitet er effektivt som behandlingsform ved depresjon. Så tidlig som i 1905 ble en artikkel om fysisk aktivitet som behandlingsmetode publisert i et psykiatrisk tidsskrift. Artikkelen beskriver hvordan to alvorlig deprimerte pasienter opplevde at fysisk aktivitet førte til betydelig bedring i tankemessige, kroppslige og følelsesmessige problemer (Martinsen, 2018, s. 63). Det er likevel først de siste 30 årene at vi har begynt å forstå hvorfor trening er positivt for hjernen. Senere års forskning viser blant annet at fysisk aktivitet frigjør kjemiske stoffer som styrker alle hjerneområdene våre. Ved å være fysisk aktiv reduserer du derfor ikke bare risikoen for depresjon, men også for andre hjernesykdommer som demens, angst og stress (Hjelle, 2019, s. 7).

Fysisk aktivitet forebygger også somatisk sykdom. Livsstilssykdommer som hjerte- og karlidelser, diabetes og metabolsk syndrom er overrepresentert hos mennesker med psykiske lidelser og i snitt lever mennesker med langvarig depresjon hele ti år kortere enn normalbefolkningen. Dette gjelder selv om man korrigerer for økt forekomst av selvmord. Årsakene til dette er sammensatt, men fysisk inaktivitet og andre livsstilsfaktorer er en betydelig del av problemet (Martinsen, 2020, s. 254).

Vi vet altså at fysisk aktivitet spiller en sentral rolle i forebygging og behandling av somatisk sykdom og psykisk lidelse. Hvorfor fokuseres det da ikke mer på det, i helsevesenet og i helseutdanningene? Forfatter av boken «Sterk hjerne med aktiv kropp», hevder at svaret langt på vei er penger (Hjelle, 2019). Legemiddelindustrien har store økonomiske interesser i at farmakologisk behandling blir ansett som førstevalg, ved behandling av sykdom og lidelse og driver derfor en betydelig lobbyvirksomhet for legemidler, på bekostning av andre behandlingsmetoder (Hjelle, 2019, s. 111).

Alle liker en syndebukk, men kan vi legge hele skylden på legemiddelindustrien? Det er vanskelig å motivere en pasient til å komme seg opp av sofaen og inn på treningsstudioet tre ganger i uken, innenfor rammene til en alminnelig fastlege. For å være sikker på at pasienten gjennomfører behandlingen er det både tryggere og mer effektivt for legen å skrive ut en resept på antidepressiva. Hvis ikke den deprimerte pasienten hans er full av pågangsmot for å begynne et nytt og mer aktivt liv da, men hvor ofte tror du det er tilfelle?

For hvordan motiverer man egentlig et menneske med depresjon, til å begynne å trene? I skriveprosessen til dette essayet har jeg lett etter svar på det spørsmålet i forskningsartikler, metaanalyser, pensumlitteratur og i historier fra aviser, romaner og filmer. Ved hjelp av kunnskapen jeg har tilegnet meg har jeg reflektert rundt hvilke rettesnorer sykepleieren kan arbeide etter, for å lykkes i å hjelpe pasienter med depresjon til å bevege seg mer. Som hjelp til refleksjonen har jeg hentet inspirasjon fra sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee.

Før jeg går nærmere inn på spørsmålet om hvordan man motiverer en pasient med depresjon til å være fysisk aktiv vil jeg plassere depresjon i en større kontekst og oppsummere noe av forskningen om hvorfor fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt. Aller først vil jeg også si noe om historiene jeg skal fortelle og innlede med en klassisk historie om depresjon.

Jeg kommer til å bruke pronomen «hun» om sykepleieren. Dette valget skyldes på ingen måte at sykepleie er et yrke forbeholdt kvinner, men fordi en konsekvent bruk av ett pronomen sannsynligvis bidrar til å lette lesingen.

## Sykepleie er en mellommenneskelig prosess

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.*



Joyce Travelbee (1926-1973) var psykiatrisk sykepleier. Hun utviklet grunntanken om at sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold, med den syke eller lidende (1999). Travelbee hevdet at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi sykepleie alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker (1999, s. 29). Hun mente at evnen til å bruke seg selv terapeutisk er et av de viktigste kjennetegnene på den profesjonelle sykepleieren. Hun beskrev det å bruke seg selv terapeutisk som å gjøre bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper, med sikte på å oppnå forandring hos den syke og lindre vedkommende sine plager (1999, s. 44 og 171).

Det mellommenneskelige aspektet er viktig i all sykepleie, men å etablere et menneske-til-menneske-forhold er kanskje ekstra viktig i møte med pasienter med psykiske lidelser? Satt litt på spissen vil for eksempel en traumepasient trolig verdsette sykepleierens evne til å gjenkjenne tegn til indre blødninger høyere enn hennes relasjonelle evner. Det betyr ikke at den mellommenneskelige delen av sykepleien er uvesentlig i et akuttinntak. Det vil bare ikke alltid være plass til å gi den hovedfokus. I psykiatrien er det annerledes. Her møter ikke sykepleieren pasienten fordi han har en blødning som må stoppes, eller en infeksjon som må behandles. Sykepleieren møter pasienten fordi han har et lidelsestrykk som er så stort at han trenger hjelp til å ivareta seg selv. Sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk for å lindre pasientens lidelse blir dermed selve grunnsteinen i sykepleien.

For å nå inn til pasienten som individ hevder Travelbee at man må overskride fasadene som «sykepleier» og «pasient». Det er først når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at en reell kontakt oppstår (1999, s. 171). I møte med den psykisk lidende vil sykepleierens relasjonelle evner kunne være direkte medvirkende til å oppnå lindring for pasienten. Motsatt kan sykepleierens atferd også gjøre pasientens lidelse større. En mentalt fraværende sykepleier kan kanskje utføre et adekvat sårstell, men i møte med en deprimert pasient kan distansen hennes bidra til å skyve pasienten lenger inn i mørket. Som følge av dette er det viktig at sykepleieren har et bevisst og avklart forhold til hvordan egen atferd virker på andre.

# Historiene jeg vil fortelle

For å formidle kunnskap, og som hjelp til refleksjonen vil jeg bruke historier aktivt i teksten min. Jeg vil fortelle historier om å sette seg mål og om mestringsfølelsen av å nå det målet du har satt deg. Jeg vil fortelle om hvordan fysisk aktivitet har hjulpet mennesker til å bli frisk, og om hvor viktig sykepleierens bidrag er i denne prosessen.

Noen av historiene er fortalt før, i bøker, filmer og TV-serier. Pasienthistoriene er basert på erfaringer fra mennesker som har opplevd depresjon og diagnosekriteriene i ICD 10 (WHO, 1992). For å sikre anonymitet er alle detaljer forandret. Mange vil nok likevel kjenne seg igjen i historiene. Depresjon er en tilstand preget av negative følelser og symptomer som i seg selv er allmenne, og som vi alle kan kjenne på iblant. Overgangen fra normalitet til lidelse skjer når følelsene blir så dominerende at de påvirker hvordan du fungerer i hverdagen, i arbeid og i nære relasjoner.

## En klassisk historie om depresjon

Hun klarte ikke å glede seg over barna. Hun hadde mistet interessen for jobben og det føltes umulig å konsentrere seg om arbeidsoppgavene. Det hadde alltid vært viktig for henne å ha det fint rundt seg, men nå kjentes det uoverkommelig å holde huset ryddig og rent. Energien var borte. Det samme var lysten på mat og sex. Hun som hadde vært aktiv hele livet kunne ikke huske sist pulsen hadde banket hardt nok til å gjøre henne svett. Likevel hadde hun gått ned i vekt. Hun hadde dårlig samvittighet overfor barna, mannen og jobben. Det eneste hun hadde lyst til var å sove, men heller ikke det fikk hun til. Hun følte seg som verdens mest ubrukelige menneske.

Slik kan en klassisk depresjon beskrives. Tror du denne kvinnen ville satt pris på at legen skrev ut blå resept på nye joggesko, i stedet for antidepressiva? Tror du det ville vært lett for sykepleieren å motivere henne til å bli med ut på tur, eller inn på et treningssenter? Er det realistisk, i den tilstanden hun befinner seg i, at hun klarer å begynne å trene på egenhånd?

## Om å bestemme seg for å gå fra mørket

*Jeg har aldri vært så sterk som jeg er nå, verken fysisk eller psykisk, og for hver eneste drittdag og vanskelige etappe blir jeg enda sterkere. (...) Denne vandringen har gjort meg til en person jeg liker å være. Jeg håper det varer.*

Det sa Ingrid Randisdatter Fjellberg, i et intervju med BT Magasinet, om da hun gikk Norge på langs (2017). Fjellberg bestemte seg for å gjennomføre turen etter at hun hadde opplevd en alvorlig depressiv episode. I intervjuet forteller hun at det var boken «Wild» som inspirerte henne til å forsøke å gå seg frisk fra depresjonen. «Wild» er en selvbiografisk roman som handler om da Cheryl Strayed gikk USA på langs, for å komme seg ut av en selvdestruktiv og depressiv fase i livet. Slik beskriver Strayed øyeblikket da hun bestemte seg for å gå turen: «Hver eneste dag følte det som om jeg sto i bunnen av en dyp brønn og stirret opp. Og fra den samme brønnen bestemte jeg meg (...) for å bli en enslig villmarksvandrer» (2013, s. 14).

Stien hun gikk heter The Pacific Crest Trail. Den er 4 279 kilometer lang og går gjennom villmarken i USA, fra den meksikanske grensen i California til utkanten av den kanadiske grensen (Strayed, 2013, s. 14). Til sammenligning må du tilbakelegge 2 518 kilometer dersom du vil gå fra Lindesnes fyr til Nordkapp.

De færreste av oss er forunt den viljestyrken som kreves for å krysse Norge eller USA på langs, med eller uten en depressiv lidelse. Jeg tror likevel at historiene kan inspirere til å sette seg høye mål, og til å gjøre en innsats selv for å få det bedre. Det er krevende å være fysisk aktiv når man mangler energi, tiltaksløst og selvtillit, men historiene til Fjellberg og Strayed viser at det meste er mulig når man bestemmer seg for noe.

# Fakta på bordet

Affektiv lidelse, stemningslidelse, tungsinn og depresjon. Det er ikke bare kjært barn som har mange navn. På verdensbasis er depresjon et av våre største helseproblem og i den vestlige delen av verden er depresjon den største enkeltstående årsaken til tapte friske leveår (Horton, 2007, s. 806).

For å oppnå politisk og faglig støtte til å prøve ut nye behandlingsmetoder er det for det første viktig å ha klart for seg hvor stort det aktuelle problemet er. Hvilke konsekvenser har problemet eller lidelsen for enkeltindividet, for familier og for samfunnet? Når vi vet nok om dette kan vi legge frem forslag til behandlingsmetoder og virkemidler for å redusere problemet. Sammen med dette forslaget bør man gi et estimat over hvor stor effekt man forventer at behandlingen vil ha. Dersom man vil oppnå politisk og faglig vilje til å satse på en «ny» behandlingsmetode må man nemlig fortelle de som bestemmer hvor mye vi kan vinne, hvis vi tør å satse.

I dette essayet vil jeg forsøke å gi noen korte svar på disse spørsmålene. Jeg vil si noe om omfanget av depresjon, argumentere for fysisk aktivitet som behandlingsmetode og si noe om hva vi kan vinne på å ta metoden i bruk. En sentral utfordring med fysisk aktivitet som behandlingsmetode er at den er langt mer krevende, sammenlignet med å få en pasient til å svelge en pille. En stor del av essayet vil derfor handle om hvordan sykepleieren kan motivere pasienten til å være mer fysisk aktiv.

Jeg håper at essayet kan inspirere andre sykepleierstudenter og helsearbeidere til å reflektere over egne muligheter til å ta i bruk fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Ved å øke kunnskapen om fordelene ved fysisk aktivitet, og risikoene ved inaktivitet kan vi kanskje oppnå politisk og helsefaglig vilje til å prioritere fysisk aktivitet, i større grad enn det som gjøres i dag.

## Er depresjon mest synlig som statistikk?

Man regner med at minst 20 % av oss vil få en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet (Holsten, 2020, s. 104). På verdensbasis estimerer WHO at ca. 5 % av

den voksne befolkningen lider av depresjon til enhver tid (2021). Dette utgjør 280 millioner mennesker. Prosentandelen er sannsynligvis høyere i den vestlige verden, og prevalensen i Norge og Sverige er estimert til mellom 4 og 10 % (Kringlen et al., 2001). Det betyr at i en gruppe på 100 mennesker vil mellom 4 og 10 personer til enhver tid lide av depresjon.

Depresjon har store konsekvenser for dem som rammes, og for deres nærmeste. I sin ytterste konsekvens kan depresjon føre til selvmord og statistikken tyder dessverre på at det ikke er helt uvanlig. I Norden er selvmord den vanligste dødsårsaken blant voksne under 50 år (FHI, 2016), og på verdensbasis regner man med at mer enn 700 000 mennesker begår selvmord hvert år (WHO, 2021).

Depresjon påfører også samfunnet store kostnader. I Norge er den totale prislappen for psykiske lidelser 280-290 milliarder kroner i året, og depresjon og angst står for omtrent halvparten av disse kostnadene (Holte, 2020, s. 35). For å sette det i perspektiv utgjør den totale prislappen for psykiske lidelser mer enn kostnadene for alle kreftsykdommene til sammen og en firedel mer enn alle hjerte- og karlidelser. Depresjon rammer ofte mennesker i ung alder og den største andelen av kostnaden er derfor tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter, mens kun 13 % er direkte kostnader til helsehjelp (Holte, 2020, s. 35).

Hvis mellom 4 og 10 % av befolkningen lider av depresjon til enhver tid burde de aller fleste kjenne noen som har, eller har hatt diagnosen. Gjenspeiler dette virkeligheten, slik vi opplever den? De siste 20 årene har vi nordmenn hyllet oss selv for den «nye» åpenheten rundt psykiske lidelser. I 1998 var Kjell Magne Bondevik med på å bryte ned stigmaet knyttet til psykiske lidelser, da han stod frem som deprimert statsleder. Den gang vakte det oppsikt langt utover Norges grenser at en mann i hans posisjon snakket offentlig om at han hadde en psykisk lidelse. Bondeviks åpenhet førte til et holdningsskifte, og i 1999 fikk han Tabuprisen for sitt bidrag til større åpenhet om psykiske helseproblemer (Bondevik, 2006, s. 412).

Mer enn to tiår har passert og det har i dag blitt vanlig at mer eller mindre profilerte mennesker står frem med sin psykiske lidelse i media og på sosiale medier. Til tross for dette tror jeg at vi fortsatt har en lang vei å gå, før det er like naturlig å snakke om depresjon som det er å fortelle at man lider av migrene eller muskelsmerter.

Jeg får i alle fall ikke statistikken til å stemme med virkeligheten slik jeg opplever den. Så vidt jeg kjenner til har ingen i min nærmeste familie, eller omgangskrets vært rammet av en behandlingstrengende depresjon. Hvis jeg regner med hele nettverket mitt, inkludert venner og bekjente, kan jeg fortsatt med god margin bruke én hånd til å telle mennesker jeg kjenner, som har lidd av en depresjon. Faktisk kjenner jeg flere som lider av de mer sjeldne psykiske diagnosene, bipolar lidelse og schizofreni.

Når vi vet at minst 20 % rammes av en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet, mens tallene for bipolar lidelse og schizofreni er henholdsvis 1-2 % og 0,5-1 % (Gonzalez, 2020, s. 107 og 125), så er det noe med det regnestykke som skurrer. Jeg ønsker ikke å generalisere eller anta noe om virkeligheten, kun ut fra hvordan jeg oppfatter verden. Det kan jo være tilfeldig at akkurat de menneskene jeg kjenner i liten grad rammes av depresjon. Jeg lurer likevel på om det at depresjon er mindre synlig enn mani og psykose, gjør at mange velger å kamuflere lidelsen som migrene eller muskelsmerter?

## Hvorfor er ikke antidepressiva og terapi godt nok?

*Better to hunt in the fields  
for health unbought  
Than pay the doctor for  
for nauseous drought.  
For cure, the wise  
on exercise depend.*

John Dryden, 1600 tallet, referert i (Martinsen E. W., 2018, s. 144)

Er mørket så svart at du ikke engang ser den trappen som kan ta deg opp i lyset igjen? Da er det neppe realistisk å kaste joggeskoene ned til deg og forvente at du skal snøre de på deg og finne veien opp i lyset selv. I møte med mennesker med en alvorlig depresjonslidelse er det ofte nødvendig å bidra med en liten lyskilde, før personen selv kan begynne på veien ut av det svarte, dype hullet. Antidepressiva

kan være en slik lyskilde og for mange som lider av alvorlig depresjon er medisiner både livsnødvendig og effektivt.

Antidepressiva har imidlertid ikke like god effekt for alle, og for mange er bivirkningene så plagsomme at de ikke ønsker å ta medisiner. Antidepressiva har dessuten liten effekt ved mild til moderat depresjon, og på grunn av bivirkningene anbefaler man derfor ikke at mild depresjon behandles med medikamenter (Helsedirektoratet, 2009, s. 53). Av dem som bruker antidepressiva opplever dessuten omtrent halvparten tilbakefall av depresjonen, når de forsøker å trappe ned eller slutte med medisiner (Martinsen, 2018, s. 61).

Psykologiske behandlingsmetoder har omtrent samme effekt som antidepressiva. I tillegg slipper man bivirkninger og når behandlingen avsluttes er det bare halvparten så stor risiko for tilbakefall, sammenlignet med medikamentell behandling (Martinsen, 2018, s. 61). I teorien er derfor psykologisk behandling et svært godt alternativ til medisiner.

I praksis er psykologbehandling en svært begrenset ressurs, som foreløpig er forbeholdt de færreste. Til tross for at veiledende behandlingsfrist er åtte uker ved moderat depresjon og to uker ved alvorlig depresjon (Helsedirektoratet, 2015) er den reelle ventetiden mye lenger, de fleste steder i landet. I høst skrev VG at tre av fire psykologer har minst et halvt års ventetid og i Tromsø var ventetiden ett år eller mer (Spets, 2021). Fastlegene er klar over situasjonen og du må derfor være ganske syk før fastlegen henviser deg til psykolog. Et alternativ til offentlig psykologbehandling er å kjøpe tjenestene fra privatpraktiserende psykologer. Disse har ofte kort ventetid og krever ikke henvisning. Prisene varierer, men hos Volvat i Bergen koster for eksempel en psykologkonsultasjon 1 680 kroner mens du må ut med 2 980 kroner for en time hos psykiater (Volvat.no). Med disse prisene er kanskje dette også et alternativ som er forbeholdt de færreste av oss?

I alle tilfeller er det et stort behov for enkle, billige og tilgjengelige behandlingsmetoder mot depresjon. Heldigvis tyder forskning på at fysisk aktivitet er en slik metode (Martinsen, 2020, s. 254).

## Hvorfor elsker hjernen din at du beveger deg?

*“The effects of exercise are widely recognized – but poorly understood”.*

Daniela Schiller (nevroforsker), referert i Martinsen, 2018, s. 146.

Hjerneforsker og lege Ole Petter Hjelle hevder at hjernen sannsynligvis er det organet som påvirkes aller mest når vi beveger oss (2019, s. 6). Fysisk aktivitet er assosiert med en rekke biologiske endringer i hjernen (Kandola et al., 2019, s. 526), og det er solid støtte i forskning for at trening har en antidepressiv effekt (Schuch et al., 2016). Forståelsen av hvordan fysisk aktivitet påvirker sinnet er likevel mangelfull, og vi har fortsatt begrenset kunnskap om virkningsmekanismene (Martinsen, 2018, s. 146).

Hva som skjer i hjernen vår når vi blir deprimert er komplisert, men kraftig forenklet handler det om strukturelle abnormiteter og kjemisk ubalanse. Blant annet har flere studier vist at mennesker med depresjon har for høye nivåer av kortisol og for lave nivåer av perifer hjerneavledet neurotrofisk faktor (en viktig vekstfaktor som forkortes BDNF) (Kandola et al., 2019, s. 526 og 527).

BDNF beskytter nerveceller mot stress, bedrer kommunikasjonen mellom dem og fører til nydannelse av nerveceller. For høye verdier av kortisol fører på sin side til celledød i hippocampus, et senter i hjernen for hukommelse og læring som også påvirker stressregulering, depresjon og angstsymptomer. At man finner lavere nivåer av BDNF og høyere nivåer av kortisol hos personer med depresjon kan derfor bidra til å forklare noe av patofysiologien til depresjon (Kandola et al., 2019, s. 529).

Trening stimulerer flere av de nevroplastiske prosessene som er negativt påvirket ved depresjon og fører blant annet til at BDNF øker, mens kortisolnivået synker (Kandola et al., 2019, s. 529). I tillegg påvirkes flere av signalstoffene i hjernen positivt av fysisk aktivitet. Eksempler på dette er dopamin, noradrenalin, serotonin, GABA og endorfiner, som stimulerer til nydannelse av nerveceller i hippocampus (Martinsen, 2018, s. 147). Fra et nevrobiologisk perspektiv kan den antidepressive effekten av trening med andre ord forklares ved at fysisk aktivitet påvirker viktige



signalstoffer i hjernen og bidrar til danning av nye nettverk mellom nerveceller og i hippocampus (Martinsen, 2018, s. 147).

Flere systematiske oversikter har også funnet at trening og antidepressiva forsterker hverandre (Kandola et al., 2019, s. 526). Fysisk aktivitet bør dermed ikke bare sees på som et alternativ til andre behandlingsformer, men som et nyttig supplement til medikamentell behandling og psykoterapi. I tillegg bidrar fysisk aktivitet til bedre fysisk helse, økt selvtillit og en opplevelse av å ta ansvar for egen behandling. Dette er faktorer som i seg selv kan bidra til å forebygge tilbakefall, når annen behandling avsluttes.

## Om å motivere noen til å løpe fra mørket

At fysisk aktivitet fører til kjemiske endringer i hjernen som har en antidepressiv effekt, er gode nyheter. Kunnskap er likevel lite verdt, hvis vi ikke klarer å bruke den i praksis. For hvordan motiverer man egentlig et menneske med lav selvfølelse, lite overskudd og mørke tanker, til å være mer fysisk aktiv?

Det er forsket en del på motivasjon og trening hos mennesker med psykiske lidelser. Med utgangspunkt i en gjennomgang av noe av denne forskningen har jeg identifisert fire mulige rettesnorer, for sykepleieren som ønsker å motivere pasienten til å bruke fysisk aktivitet som behandlingsmetode.

Den første handler om relasjoner. Flere studier fremhever at støtten fra helsepersonell er viktig, for å etablere og opprettholde motivasjon til fysisk aktivitet hos psykiske syke (Farholm & Sørensen, 2016 og Lassenius et al., 2014).

Den andre rettesnoren handler om informasjon og kunnskap. I en systematisk oversikt fant forskere at manglende kunnskap om effektene av fysisk aktivitet var en vanlig barriere mot trening for personer med psykiske lidelser (Firth et al., 2016). I en kvalitativ studie fant forskerne at helsepersonells kunnskap om fysisk aktivitet, og om hvordan kropp og sinn forholder seg til hverandre, var et viktig premiss for å lykkes i å motivere til fysisk aktivitet (Lassenius et al., 2014).

Den tredje rettesnoren handler om motivasjonsstrategier. I en systematisk oversikt fant forskerne at motiverende strategier som tar hensyn til de emosjonelle, kognitive og fysiologiske faktorene ved depresjon, bør innarbeides i treningsintervensjonene (Knapen et al., 2014). Når målet er å motivere til livsstilsendringer anbefaler Helsedirektoratet motivasjonsstrategien Motiverende Intervju (MI) (2017), og under dette punktet vil jeg derfor også si noe kort om denne.

Den fjerde rettesnoren handler om å legge til rette for aktivitet, og om individuell tilpasning av den aktiviteten som tilbys. En av studiene fremhever blant annet kunsten å være til stede i øyeblikket, og å utnytte de naturlige mulighetene som finnes for å være fysisk aktiv (Lassenius et al., 2014). Med utgangspunkt i en pasienthistorie fra virkeligheten vil jeg også presentere noen egne tanker om hvordan vi kan tilrettelegge for fysisk aktivitet.

## Relasjonens kraft

*At familien var rundt meg, gjorde det lettere å ta seg frem i mørket. (...) I en situasjon der jeg følte meg totalt mislykket, verdiløs, som et null, var det godt å høre at noen var glad i meg, det hjalp å høre at jeg var noe verdt, og at jeg hadde betydd og betyr noe for andre mennesker. Det var disse små lysstreifene som ga håp om at det kanskje var et lys i enden av tunnelen.*

Kjell Magne Bondevik (2006, s. 413)

Forskere ved Harvard University i USA ville nikket gjenkjennende til Bondeviks beskrivelse av hvor viktig det var med støtte fra hans nærmeste, da han gikk gjennom en depresjon. I «The Harvard Study of Adult Development» fulgte forskere 465 mennesker i mer enn 80 år for å finne ut hva som påvirker hvor lenge vi lever og hvor godt vi har det. Resultatene var tydelig; sosiale relasjoner er den faktoren som har aller størst betydning for hvor lenge vi lever og hvor lykkelig vi er (Mineo, 2017).

Dessverre har ikke alle mennesker familie eller venner som stiller opp, slik Bondevik opplevde da han ble syk. Mange mennesker med psykiske lidelser har et lite sosialt

nettverk, og en relasjonshistorie preget av krenkelser, kritikk og avvisning (Gonzalez, 2020, s. 58). Dette er erfaringer som påvirker selvfølelsen og som kan gjøre det vanskelig å etablere nye relasjoner, også til deg som sykepleier.

Forskerne har imidlertid funnet ut at det å etablere en god relasjon til pasienten er en forutsetning for å lykkes med motivasjonsarbeid, og det er derfor viktig at sykepleieren bruker tid på relasjonsarbeid (Farholm & Sørensen, 2016, s. 195).

Verdien av den gode relasjonen ble også fremhevet i en kvalitativ studie fra Sverige der 14 helsearbeidere ble intervjuet om deres erfaring med å motivere personer med psykiske lidelser til å være mer fysisk aktiv. Intervjuobjektene fremhevet dessuten at det er viktig å ha en genuin interesse i pasienten, og å tro på pasientens evne til å gjennomføre endring (Lassenius et al., 2014).

Selv om motivasjonsarbeid krever en god relasjon betyr ikke det at du må vente til relasjonen er etablert, før du kan invitere pasienten til å være fysisk aktivitet. I studien til Lassenius et al. la helsearbeidene vekt på at fysisk aktivitet i seg selv gir mulighet til å bygge en enda sterkere relasjon til pasienten, blant annet fordi man ved å gjøre noe aktivt sammen, skaper felles minner. Det ble også fremhevet at det er lettere å få til den gode samtalen når man holder på med en aktivitet, og samtalen dermed ikke er hovedfokus.

Som sykepleier kan du bruke disse prinsippene i arbeidet ditt. Inviter pasienten til å rusle en tur sammen med deg, vær interessert og forsøk å finne ut hva hun eller han liker og mestrer. Husk også å fortelle han at du setter pris på aktivitetene dere gjør sammen. Det vil ikke bare styrke relasjonen deres, men også pasientens selvfølelse. Når relasjonen er trygg, kan du begynne arbeidet med å motivere pasienten til jevnlig eller mer intensiv fysisk aktivitet. For at pasienten skal lykkes i å legge om til en mer aktiv livsstil er din støtte og hjelp viktig (Farholm & Sørensen, 2016). På lang sikt bør likevel målet være å finne en aktivitet som pasienten vil fortsette med, også når du ikke lenger er der for å støtte og følge han. Kanskje finnes det en tur- eller treningsgruppe der pasienten kan treffe nye mennesker og samtidig være fysisk aktiv? Ved hjelp av fysisk aktivitet, rutiner og gode relasjoner kan du hjelpe pasienten til å bygge et sterkere forsvar mot depresjonen.

## Kunnskap er makt

*Resept på et langt liv:  
Riktig ernæring,  
hvile,  
følelsmessig balanse,  
fysisk aktivitet.*

Kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet er ikke ny. Oppskriften over er hentet fra en kinesisk lærebok i medisin, som er mer enn 5000 år gammel (Martinsen, 2018, s. 19). I dag har vi sannsynligvis mer kunnskap en noen gang om hva som er bra og mindre bra, for helsen vår. Likevel er vi mer inaktive enn noen gang. Hvordan kan det ha seg?

Fra naturens side er vi dessverre programmert til å bevege oss minst mulig. Dette instinktet henger igjen fra urmennesket som ikke kunne regne med å spise hver dag, og som derfor måtte spare på energien for å overleve (Hjelle, 2019, s. 170). I dag er situasjonen snudd på hodet. I den vestlige verden har de fleste ubegrenset tilgang på mat, samtidig som vi fortsatt instinktivt foretrekker å energi-økonomisere på sofaen. I tillegg er de fleste arbeidsoppgaver på kort tid blitt automatisert, noe som fører til at mange vil ha en helt inaktiv livsstil, hvis de ikke aktivt velger annerledes. Det er allmennkunnskap at inaktivitet og for mye usunn mat ikke er bra for kroppen vår, men hvor kjent er det at inaktivitet også påvirker den psykiske helsen vår?

I den norske HUNT-studien fant forskere at fysisk inaktivitet var en betydelig risikofaktor for utvikling av depresjon. Studien fulgte mer enn 33 000 nordmenn i 11 år og fant at en inaktiv person har 44 % høyere risiko for å utvikle depresjon, sammenlignet med en som er fysisk aktiv (Harvey et al., 2017, s. 31).

Det som overrasket forskerne mest, var likevel hvor lite som skal til for å forebygge utviklingen av depresjon. Én time fysisk aktivitet i uken kan nemlig være nok (Harvey et al., 2018, s. 32). Intensiteten spiller heller ingen rolle, og du trenger derfor ikke bli en spinning-helt eller melde deg på Marathon, hvis du ikke har lyst til det. For å behandle en depresjon kreves likevel en del mer, men tre økter med moderat

intensitet (for eksempel en rask gåtur) kan være tilstrekkelig (Harvey et al., 2018, s. 33).

Å overvinne vår biologiske trang til å ligge på sofaen og velge en mer aktiv livsstil er krevende. For å lykkes i å motivere til en mer aktiv livsstil tror jeg derfor at det er viktig med tilstrekkelig kunnskap om hvorfor fysisk aktivitet er så bra, både for den fysiske og den psykiske helsen vår. Mange kjenner til Helsedirektoratets anbefaling om at vi bør være fysisk aktive i *minimum* 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke (2019). For en som er helt inaktiv kan imidlertid 150 minutter med aktivitet hver uke virke uoverkommelig. Når du mangler selvtillit er det dessverre lett å innta en «alt eller ingenting» holdning og tenke at det ikke er vits, hvis du ikke en gang klarer minimumsanbefalingen.

Heldigvis er dette helt feil. All aktivitet er bedre enn ingenting. Som sykepleiere er det viktig å identifisere pasientens informasjonsbehov, og fylle eventuelle kunnskapshull. Til pasienten som blir demotivert av helsemyndighetenes 150 minutter i uken, kan du for eksempel fortelle at en som er helt inaktiv vil oppnå betydelig helsegevinst, både fysisk og psykisk, ved å begynne å bevege seg litt (Hjelle, 2019, s. 122). Et banalt tips kan kanskje være å minne om at uansett hvor lite eller sakte du beveger deg, så knuser du alle som ligger på sofaen.

## Motivasjon må komme innenfra

*«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der».*

Søren Kirkegaard (Samlede værker, 1995).

Det er nesten 200 år siden disse ordene ble skrevet, men de kunne vært en introduksjon til den moderne kommunikasjonsmetoden Motiverende intervju (MI). Metoden ble utviklet av psykologen William R. Miller da han arbeidet med alkoholavhengige på Hjellestad klinikken i Bergen (Miller & Rollnick, 2016, s. 17). I

dag brukes metoden i alle deler av helsevesenet, for å hjelpe mennesker med å endre levevaner. Metoden passer når man vil stimulere en person til å endre atferd uten å vekke motstand og er derfor godt egnet for samtaler om fysisk aktivitet (Ivarsson & Prescott, 2015, s. 103).

En kvinne som deltok på kurs i Motiverende intervju beskrev metoden slik (Helsedirektoratet, 2017):

*Å ha en MI-samtale er som å komme på besøk hjem til noen. Du bør gå inn med respekt, interesse og vennlighet, bekrefte det som er fint, og la være å komme med uoppfordrede råd eller å begynne å ommøblere.*

Helsepersonell har kunnskap om fordelene ved fysisk aktivitet og et ansvar for å fremme helse hos pasienten. I møte med en pasient som ikke er fysisk aktiv er det fristende å belære han om hvor farlig det er å være inaktiv. Erfaring viser imidlertid at pasienten har større sjans for å lykkes med en livsstilsendring, når han opplever at det er han selv som har tatt initiativ til endringen. (Miller & Rollnick, 2016, s. 335). MI går derfor ut på å skape endringsvilje hos pasienten gjennom å møte han med aksept, nysgjerrighet, medfølelse og partnerskap (Helsedirektoratet, 2017).

Forskere har funnet at overfor pasienter med depresjon bør motivasjonsstrategien også ta hensyn til de emosjonelle, kognitive og fysiologiske faktorene ved depresjon (Knapen et al., 2014 s. 4). Sykepleieren bør være oppmerksom på at flere kjennetegn ved alvorlig depresjon, som tap av interesse og motivasjon, nedsatt energi, tretthet, lav selvfølelse og selvtillit samt fysiske helseproblemer, kan være barrierer for å være fysisk aktiv.

Når pasienten lykkes i å legge om til å være mer aktiv kan dette i seg selv bidra til å redusere pasientens negative selvbilde og øke troen på egne evner. For å få til varig endring er det viktig å oppleve mestring, og sykepleieren bør derfor legge til rette for mestringsopplevelser. I begynnelsen bør nok ambisjonene være lave, for å unngå at pasienten opplever å mislykkes. Som sykepleier kan du hjelpe pasienten til å finne et passelig mål for daglig aktivitet, og motivere han til å følge det opp.

Selv om det er smart å begynne med lave ambisjoner er mange likevel avhengig av et mer langsiktig mål, for å motivere seg selv til å være aktiv i hverdagen. Dette prinsippet, sammen med verdien av å oppleve mestring, utnyttet Bergfløtt behandlingssenter, når de arrangerte tur til Galdhøpiggen for pasientene sine.

Hvordan turen gikk får vi se i dokumentarserien «Stemmene i hodet», som handler om fire unge mennesker med schizofreni (NRK, 2016). En av pasientene, Ruth Andrea, har ikke tro på at hun vil klare å nå toppen, og hun har lyst til å gi opp før turen har begynt. Det er tydelig at Ruth Andrea har en trygg og god relasjon til pleierne, og vi får se hvordan de motiverer og støtter henne når hun har lyst til å gi opp. Ruth Andrea når til slutt toppen av Norge, sprekkeferdig av stolthet.

Selv om Ruth Andrea har schizofreni, er budskapet like gyldig i møte med pasienter med depresjon. Det handler om å se mennesket bak lidelsen og om å bruke tid på å skape en god og trygg relasjon. Når den gode relasjon er etablert kan dere sammen finne ut av pasientens ønsker, evner og ressurser og sette et akkurat passelig ambisiøst mål for treningen.

Historiene over om Ingrid Fjellberg og Cheryl Strayed som gikk Norge og USA på langs er ekstreme eksempler på å sette seg høye mål. Selv om de færreste har viljestyrke, og kanskje heller ikke fysikk, til å gjennomføre lignende turer skal man ikke undervurdere effekten av å mestre noe man kanskje ikke trodde var mulig. Et mål som krever arbeid og dedikasjon kan være akkurat det som trengs for å motivere pasienten til å velge aktivitet i hverdagen. Og når pasienten oppnår det målet han har satt seg, er belønningen økt mestringsfølelse og selvtillit, faktorer som i seg selv fremmer psykisk helse, og forebygger depresjon.

## Legg til rette for endring

*«Hvordan går jeg egentlig frem, hvis jeg ønsker å bruke treningsrommet?»*

«Anne», pasient innlagt på psykiatrisk døgnavdeling

Dette spørsmålet fikk jeg av «Anne», en pasient jeg ble kjent med da jeg var i psykiatripraksis. Da «Anne» stilte spørsmålet, hadde hun vært innlagt i mer enn fire måneder. Jeg tenkte mye på hvordan det kunne ha seg at ingen hadde oppfordret henne, eller en gang informert henne om, de flotte treningsfasilitetene på huset. Kanskje kunne noe av skylden plasseres hos Covid-19-pandemien. Den hadde ført til avlyste gruppetreninger, og i perioder med høyt smittetrykk var det heller ikke mulig å trene på det eksterne treningscenteret som institusjonen hadde avtale med. Treningsrommet på huset var likevel åpent. Det eneste man måtte gjøre var å booke tidspunkt, for å unngå å trene samtidig med pasienter fra andre avdelinger.

Dessverre tror jeg pandemien har lite av skylden, og at svaret på spørsmålet mitt i større grad handler om kultur. Jeg skal forklare hvorfor. Institusjonen har to avdelinger som i hovedsak tar imot den samme pasientgruppen. Jeg var på avdeling A og i løpet av de ukene jeg var der hørte jeg flere ganger at avdeling A ble sammenlignet med avdeling B. Både pasienter og ansatte beskrev miljøet på avdeling A som mer avslappet og tilbakelemt, mens avdeling B var mer preget av struktur og retningslinjer. Denne beskrivelsen ble bekreftet av Anne, som hadde hatt flere opphold, ved begge avdelingene. Ifølge Anne praktiserte avdeling B detaljerte dags- og ukeplaner som blant annet inneholdt de aktivitetene pasientene skulle delta på, både i og utenfor institusjonen. Hun fortalte videre at planen også inneholdt faste tider for egentrening på treningsrommet og spaserturer i nærområdet. I tillegg hadde hun fått låne en treningsmatte fra gymsalen, som hun gjorde øvelser på hver morgen.

De fire siste månedene hadde hun vært innlagt på en avdeling med akkurat de samme fasilitetene og mulighetene, men uten en plan for aktiviteter. Resultatet var at hun ikke hadde gjennomført annen trening enn spaserturer, oftest på eget initiativ.

Jeg synes det er interessant at kulturforskjellene kan være så store, også innenfor samme institusjon. Både «avslappet og behagelig» og «strukturert og preget av retningslinjer» kan være positive karakteristikk, og i hvor stor grad man ønsker det ene eller andre avhenger av mange faktorer. Hvis vi skal lykkes i å bruke fysisk aktivitet som behandlingsform tror jeg likevel at vi er avhengig av en viss struktur og planlegging. Det er ikke realistisk at en pasient med depresjon skal ta initiativ til treningsøktene sine selv. Dette illustreres av at pasienten i eksempelet mitt brukte mer enn fire måneder på å spørre etter treningsrommet, selv om hun både visste at



det eksisterte og at det trolig var mulig å benytte seg av det. Hun hadde heller ikke en depresjonslidelse, men helte tvert imot mer mot det hypomane.

Ifølge en kvalitativ studie er ikke pasienter som er innlagt på psykiatrisk institusjon mer aktiv enn pasienter med tilsvarende diagnoser som bor hjemme, til tross for at de har helsepersonell rundt seg hele døgnet (Lassenius et al., 2014, s. 713). Med tydelige retningslinjer for bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode i psykiatrien kunne vi kanskje klart å legge til rette for fysisk aktivitet, uavhengig av kulturen på avdelingen og hvem som er på jobb?

Samtidig er det viktig å ikke bli for rutinepreget, men beholde noe fleksibilitet slik at det er rom for individuelle tilpasninger. Studier har nemlig vist det som kanskje er opplagt; at motivasjonen for å delta øker når den fysiske aktiviteten tilpasses til den enkelte (Farholm & Sørensen, 2016, s. 195). I den samme systematiske oversikten fant forskerne at pasienter som ble fulgt opp hver uke, og hadde fri tilgang til treningssenter, trente mer regelmessig og hadde høyere grad av livsmestring. Noen aktiviteter gav også større mestring enn andre, som for eksempel styrketrening (Farholm & Sørensen, 2016, s. 201).

Til slutt vil jeg også minne om det kjente rådet om å avtale å trene med en venn. Rådet fungerer fordi det rett og slett er mindre sannsynlig at du svikter en avtale med en venn, enn med deg selv. Dessverre kan man kanskje si, men som sykepleier kan du utnytte dette prinsippet. For pasienten har det en verdi å oppleve at han betyr noe for deg også, og at han er viktig som menneske (Travelbee, 1999, s. 176). Å fortelle han at du gleder deg til turen dere skal gå sammen kan både styrke selvfølelsen hans, og kanskje også gi han en følelse av forpliktelse til å bli med neste gang også. På lenger sikt kan du videreføre prinsippet ved å introdusere han for en turgruppe, eller en annen gruppeaktivitet. Å tilrettelegge for at pasienten møter en venn er kanskje det aller største bidraget du kan gjøre for helsen hans. For selv om du kan gå veien sammen med han nå, så må han etter hvert gå den alene. Da er det godt å ha en venn.

Tilrettelegging kan være informasjon om de tilbudene som finnes, en yoga-matte under sengen, gode joggesko eller en turgruppe. Man skal heller ikke undervurdere betydningen av forpliktelse, og av å få lov til å bety noe for andre. Å avtale å gå tur med en venn, eller kanskje lufte en hund som ellers er mye alene, kan gjøre mye for motivasjonen. I

prinsippet er det bare fantasien som setter grenser for måter vi kan tilrettelegge for fysisk aktivitet, og kanskje blir vi enda bedre sykepleiere hvis vi tør å tenke litt utenfor boksen?

## Avslutning

*«Fysisk aktivitet er en reise, ikke et mål. Det må fortsette resten av livet.»*

Dr. Kenneth Cooper, referert i (Martinsen, 2018, s. 40)

Det er mulig å løpe fra mørket, og faktisk kan én gåtur i uken være nok til å forebygge depresjon. Forskerne har ikke avdekket alle mekanismene bak hvorfor det er slik, men vi vet at fysisk aktivitet fører til kjemiske endringer i hjernen som ligner på det som skjer ved bruk av antidepressiva. I tillegg til å være kjemisk gunstig gir fysisk aktivitet bedre kroppsholdning, økt selvtillit og bedre selvfølelse. For mange er fysisk aktivitet med på å skape et mål å strekke seg mot og en mening i hverdagen, faktorer som i seg selv er depresjonsforebyggende. Vi ville likevel ikke blitt kvitt depresjon som lidelse selv om vi skulle lykkes i et slags utopisk mål om å få alle ut på tur. Depresjon er en kompleks lidelse. Den er ofte tilbakevendende og vanskelig å behandle. Ved alvorlig depresjon er det i tillegg usikkert hvor stor effekt fysisk aktivitet har, også fordi det er vanskelig å få en person som ligger helt nede til å legge ut på joggetur.

Det vi likevel er helt sikre på er at fysisk aktivitet er noe av det beste vi kan gjøre for helsen vår. Fysisk aktivitet er ikke bare bra for den psykiske helsen vår, men er helt sentralt i forebygging av somatisk sykdom som hjerte- og karsykdommer, diabetes og overvekt, sykdommer som også er kraftig komorbide med psykisk lidelse.

Innledningsvis hevdet jeg at man bør kunne dokumentere en viss effekt, for å oppnå politisk og faglig vilje til å ta i bruk en ny behandlingsmetode. Skal man satse på noe nytt vil man helst være sikker på at det lønner seg. Hvis vi ser stort på det bør det

imidlertid ikke være tvil om at det lønner seg å satse mer på fysisk aktivitet, i samfunnet, i helsevesenet og i psykiatrien. Dersom vi klarer å få befolkningen til å være mer aktiv vil statskassen spare enorme summer, og for den enkelte vil gevinsten sannsynligvis være flere og bedre leveår. Spørsmålet bør derfor kanskje ikke være om vi skal tørre å satse på fysisk aktivitet, men om vi har råd til å la være?

Som sykepleier kan du iverksette fysisk aktivitet som tiltak for å få pasienten til å få det bedre. Å gå en tur med pasienten, eller å få han til å delta på en organisert aktivitet krever ikke ordinasjon fra legen. God kunnskap om fysisk aktivitet og motivasjonsteknikker kan sette deg i stand til å aktivt bidra til pasientens bedringsprosess. Den viktigste faktoren for å lykkes er likevel å etablere en god relasjon til pasienten. Finn ut hva pasienten liker og mestrer, skap felles opplevelser og husk å fortell han at du setter pris på aktivitetene dere gjør sammen. Sykepleie er først og fremst en mellommenneskelig prosess, og som sykepleier er den viktigste jobben å følge pasienten på den veien han etter hvert skal gå alene. Det er ikke sikkert han klarer å gå fra mørket uten annen hjelp, men mye tyder på at hver eneste gang han er fysisk aktiv, er et steg i retning mot en lysere hverdag.

# Kilder

- Bondevik, K. M. (2006). *Et liv i spenning*. Oslo: Aschehoug.
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016, februar 25). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, ss. 194-205.
- FHI. (2016, mars 9.). *www.fhi.no*. Hentet fra *fhi.no/nyheter*:  
<https://www.fhi.no/nyheter/2016/selv-mord-tar-flest-unge-liv-i-norde/>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., P., G., & Yung, A. R. (2016, august 9.). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta- analysis. *Psychological Medicine*, ss. 2869-2881.
- Fjellberg, I. (2017, september 8). - Denne vandringen har gjort meg til en person jeg liker å være. Jeg håper det varer. (B. Magasinet, Intervjuer)
- Gonzalez, M. T. (2020). *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal.
- Harvey, S., Øverland, S., Hatch, S., Wessely, S., & Mykletun, A. &. (2017, oktober). Exercise and the Prevention of Depression; Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*, ss. 28-36.
- Harvey, S., Øverland, S., Hatch, S., Wessely, S., & Mykletun, A. &. (2018, januar). Exercise and the Prevention of Depression; Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*, ss. 28-36.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015, september 28). *helsedirektoratet.no*. Hentet fra Psykisk helsevern for voksne:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/tilstander-for-psykisk-helsevern-for-voksne/depresjon#depresjon-moderat-veiledende-frist-8-uker-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2017, 03 07). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Motiverende intervju :  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2019, april 29.). *helsedirektoratet.no*. Hentet fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>

- Hjelle, O. (2019). *Sterk hjerne med aktiv kropp*. Oslo: Kagge forlag.
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal.
- Holte, A. (2020). Psykiske lidelser i et samfunnsperspektiv. I M. T. Gonzalez, *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 35). Oslo: Gyldendal.
- Horton, R. (2007, september 8.). Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, s. 806.
- Ivarsson, B. H., & Prescott, P. (2015). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. (. Bahr, *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Bergen: Helsedirektoratet .
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., & Sabiston, C. &. (2019, oktober 2.). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, ss. 525-539.
- Kierkegaard, S. (1995). *Samlede værker* (Vol. 5.). København: Gyldendal.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Morien, Y., & Marchal, Y. (2014, 10). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001, juli 7.). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry*, ss. 1091-1098.
- Lassenius, O., Arman, M., & Söderlund, A. &.-G. (2014, august 27). studien Motivation does not come with an ending- It's the beginning of something new: Experiences of motivating persons with psychiatric disabilities to physical activity. *Issues in mental health nursing*, ss. 713-720.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn - fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (Vol. 3. ). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mineo, L. (2017, april 11.). *Good genes are nice, but joy is better*. Hentet fra news.harvard.edu: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study-has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life/>

NRK (Regissør). (2016). *Stemmene i hodet* [Film].

Schuch, F., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., & Ward, P. S. (2016, 02. 23.). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, ss. 42-51.

Spets, K. (2021, september 11). *vg.no*. Hentet fra [vg.no/nyheter/innenriks/34q9L0/tre-av-fire-psykologer-har-minst-et-halvt-aars-ventetid](https://www.vg.no/nyheter/innenriks/34q9L0/tre-av-fire-psykologer-har-minst-et-halvt-aars-ventetid)

Strayed, C. (2013). *På ville veier: om å miste fotfestet og komme på beina igjen*. Oslo: Aschehoug & Co.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Volvat.no. (u.d.). *voltat.no*. Hentet fra [tjenester/psykolog/priser: https://www.volvat.no/lokasjoner/bergen/tjenester/psykolog/priser/](https://www.volvat.no/lokasjoner/bergen/tjenester/psykolog/priser/)

WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva.

WHO. (2021, september 13). *www.who.int*. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

## Vedlegg:

1. Beskrivelse av metode
2. PICO-skjema
3. Samleskjema

# Vedlegg

## Vedlegg 1. Beskrivelse av metode

Jeg fant tidlig ut at jeg ville skrive om fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon, og om hvordan sykepleieren kan ta i bruk denne behandlingsmetoden. Dette er et felt det etter hvert er forsket mye på, og det synes å være enighet i forskningsmiljøet om at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt. Dette er også lagt til grunn i pensumboken på sykepleierstudiet, «Psykiske lidelser» (Gonzalez, 2020). Jeg har ikke funnet forskning som antyder at behandlingseffekten av trening mot depresjon er ulik mellom kjønnene, ulike aldersgrupper, pasienter i eller utenfor institusjon osv. Jeg ønsket derfor ikke å avgrense oppgaven min til en bestemt populasjon.

På bakgrunn av dette utførte jeg søk i databasene Cinahl, Epistemonikos og Medline, med søkeordene «depression» AND «physical activity» OR «exercise». Jeg var klar over at mangelen på avgrensning kunne by på utfordringer, og jeg endte også opp med flere tusen treff (se skjema på s. 2). Da det som nevnt ikke synes å være omstridt at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt, og fordi jeg ved å skrive essay står friere enn i andre sjangere, vurderte jeg at jeg kunne bygge denne delen av oppgaven min på fagfellevurderte studier og pensumlitteratur.

Hovedformålet med essayet mitt er å diskutere hvordan sykepleiere kan ta i bruk fysisk aktivitet som behandlingsmetode, og jeg valgte derfor å søke etter kvalitative studier som undersøker dette spørsmålet. Jeg utførte et nytt søk med søkeordene «physical activity» OR «exercise» AND «depression» AND «motivation». I tillegg avgrenset jeg søket til kvalitative studier, publisert de siste 10 årene. Denne justeringen i søket førte til en betydelig reduksjon i antall treff. Jeg leste gjennom overskriften til alle artiklene, og sorterte bort dem som åpenbart ikke passet til det jeg skulle skrive om. Jeg utelukkete også artikler som så på en svært avgrenset populasjon, f.eks. motivasjon til fysisk aktivitet hos kvinner med depresjon og

brystkreft. Etter at jeg hadde lest gjennom sammendraget til alle artiklene satt jeg igjen med fire artikler jeg vurderte som relevant for oppgaven min. Noen av studiene inkluderer mennesker med andre psykiske lidelser, men etter å ha lest gjennom dem vurderte jeg at disse hadde stor overføringsverdien til pasienter med depresjon.

For å sette meg inn i hvordan det er å leve med depresjon har jeg også lest romaner, avisartikler, intervjuer og sakprosa om temaet. Noen av historiene har jeg også inkludert i essayet for å fortelle hvordan en depresjon kan oppleves, uten å liste opp symptomer fra en lærebok eller diagnosemanual. Jeg har også inkludert egne vurderinger og refleksjoner, i tråd med essay som form. Jeg håper at jeg har klart å skrive et essay som inspirerer til videre refleksjon om bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode i psykiatrien.

Søkehistorikk:

<b>Søk utført:</b> 23.01.22		
<b>Søkeord:</b> “depression” AND “physical activity” OR “exercise”		
<b>Database:</b>	<b>Antall treff:</b>	<b>Publisert siste 10 år:</b>
Cinahl	3 472	2 559
Epistemonikos	3 044	1 912
Medline	3 754	2 835

<b>Søk utført:</b> 23.01.22		
<b>Søkeord:</b> “physical activity» OR “exercise” AND “depression” AND “motivation”		
<b>Database:</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Publisert siste 10 år:</b>



Cinahl	72	72
Epistemonikos	42	34
Medline	90	68

## Vedlegg 2. PICO-skjema

<b>Problemformulering:</b> Hvordan kan sykepleieren motivere pasienter med depresjon til å være fysisk aktiv?	<b>Type spørsmål:</b> Kvalitativt
--	--------------------------------------

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>C:</b>	<b>O:</b>
Norsk formulering:	Pasienter diagnostisert med depresjon	Motivasjon	Ingen sammenligning	Fysisk aktivitet
MeSH ord	Depression	Motivation	No comparison	Physical activity, exercise
Tekstord	Depression, psychiatric disabilities, mental illness	Motivation, nursing		Physical activity, exercise
CINAHL	Depression	Motivation		Physical activity, exercise
Epistemonikos	Depression	Motivation		Physical activity, exercise
Medline	Depression	Motivation		Physical activity, exercise

**Søkeord:** “physical activity» OR “exercise” AND “depression” AND “motivation”.

### Inklusjonskriterium:

- Publisert mellom 2010 og 2021
- Fagfellevurdert
- Deltakerne i studien må være 18 år eller eldre
- Deltakerne i studien må ha en psykisk lidelse

### Eksklusjonskriterium:

- Publisert før 2010
- Studier som kun ser på en smal undergruppe, f.eks. kvinner med depresjon og brystkreft

## Vedlegg 3. Samleskjema og styrkeskjema

### Samleskjema:

Metode						Resultater		
Art. nr.	Å r	Studie-design	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1	2016	Systematisk oversikt	77 artikler, hvorav 64 om motivasjonsteknikker og 13 om empiriske data om motivasjonsformer.	Motivasjon	Formålet med oversikten er å oppsummere funn fra intervensjonsstudier på fysisk aktivitet (FA) eller trening. Det ble gjort søk i syv databaser.  Artikkelen er publisert i et	<p>Manglende motivasjon for fysisk aktivitet (FA) er en stor barriere. Oversikten viser betydningen av at helsepersonell motiverer til FA hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Helsepersonell må ha god kunnskap om motivasjon.</p> <p>En god relasjon til pasienten er en forutsetning for å lykkes i motiveringsarbeidet. Støtte og hjelp fra helsepersonell er viktig for at pasienter skal klare å legge om livsstilen sin og være mer fysisk aktive.</p>	Det er en økende interesse for å inkludere motivasjonsaspekter i intervensjoner på FA blant individer med alvorlige psykiske lidelser. Imidlertid er det en klar mangel på studier som hovedsakelig undersøker motivasjon for FA. Studiene inneholdt lite empirisk bevis på hvordan man positivt kan påvirke motivasjon. Dette viser mangel på evidensbaserte	Stor. Brukt til å utlede fire rettesnorer som sykepleieren kan arbeide etter for å øke graden av FA hos deprimerte pasienter: (1) etablere en god relasjon, (2) øke pasientens kunnskap om hvorfor

					fagfelleverdertidsskrift.	Helsepersonell må ha kunnskap om pasientens barrierer, interesser og begrensninger. Individuell tilpasning av den fysiske aktiviteten øker motivasjon til å delta. Noen aktiviteter gir større mestring enn andre, dette gjelder bl.a. styrketrening. Pasienter som ble fulgt opp hver uke og hadde fri tilgang til treningssenter, trente mer regelmessig, var mer motiverte og hadde høyere livsmestring.	strategier for å fremme fysisk aktivitet, og et presserende behov for ytterligere teoribasert forskning for å utvikle effektive strategier for å øke fysisk aktivitet hos personer med alvorlige psykiske lidelser.	FA er gunstig, (3) systematisk motivasjonsarbeid og (4) tilrettelegging/ individuell tilpasning
2	2016	Systematisk oversikt og meta-analyse av kvalitative studier	12 studier med totalt 6431 deltakere	Motivasjon for fysisk aktivitet, barrierer mot fysisk aktivitet	Formålet med oversikten er å undersøke de motiverende faktorene og barrierene mot trening.  Studien tar for seg	91 % av pasientene oppgav «forbedring av helse» som motivasjon for å trene. Mer spesifikt ble følgende faktorer oppgitt som motivasjon; vektnedgang (83 %), forbedre humøret (81 %) og redusere stress (78 %). Lavt humør og stress ble imidlertid også identifisert som de mest utbredte barrierene mot trening (61 % av pasientene),	FA kan ha en positiv klinisk effekt hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Personer med alvorlig psykiske er imidlertid mindre aktiv, sammenlignet med resten av befolkningen.  Å forstå de motiverende faktorene og barrierene	Brukt i avsnittet om motivasjon. Flere av perspektivene har også gitt meg økt forståelse for de motiverende faktorene for og

					<p>pasientperspektivet (pasientens opplevelse av motiverende faktorer og barrierer ved trening)</p>	<p>etterfulgt av "mangel på støtte" (50 %). Mange av de ønskelige resultatene av trening, som humørforbedring, stressreduksjon og økt energi, er omvendt relatert til barrierene for depresjon; stress og tretthet som ofte begrenser deres deltakelse i trening.</p>	<p>mot trening for personer med alvorlig psykiske lidelser vil bidra til å øke nivået av fysisk aktivitet. Å gi pasienter profesjonell støtte for å identifisere og nå treningsmålene sine, kan sette dem i stand til å overvinne psykologiske barrierer og opprettholde motivasjonen for regelmessig fysisk aktivitet.</p>	<p>barrierene mot trening, selv om de ikke er brukt direkte i oppgaven.</p>
3	2014	Systematisk oversikt av fire metaanalyser	39 randomiserte kontrollerte studier med totalt 2326 deltakere	Fysisk aktivitet	<p>Formålet med oversikten er å presentere kliniske retningslinjer for treningsterapi hos deprimerte pasienter.</p>	<p>For pasienter med mild til moderat depresjon kan effekten av trening være sammenlignbar med antidepressiv medisin og psykoterapi. Ved alvorlig depresjon ser trening ut til å være en verdifull komplementærbehandling.</p> <p>Depresjon er assosiert med høy forekomst av komorbide somatiske sykdommer,</p>	<p>Fysisk aktivitet har god effekt i behandling av pasienter med depresjon.</p> <p>Helsearbeidere bør være oppmerksomme på at flere kjennetegn ved alvorlig depresjon (f.eks. tap av interesse og motivasjon, nedsatt</p>	<p>Stor. Brukt til å utlede den tredje rettesnoren, om motivasjonsarbeid.</p>

			ser om den fysiske og psykiske effekten av fysisk trening, ved depresjon.			spesielt hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og metabolsk sykdom. Trening er svært viktig for å forebygge og behandle disse sykdommene. Fysisk aktivitet er en enestående mulighet for behandling av pasienter som har en blanding av psykiske og fysiske helseproblemer.  I tillegg til å redusere depresjonssymptomer forbedrer trening pasientens kroppsbilde, livskvalitet, mestringsstrategier med stress og selvstendighet.	energi, tretthet, lav selvfølelse og selvtillit, frykt for å bevege seg og psykosomatiske plager) samt fysiske helseproblemer kan være barrierer for å være fysisk aktiv.  Motiverende strategier som tar hensyn til de emosjonelle, kognitive og fysiologiske faktorene ved depresjon. bør derfor innarbeides i treningsintervensjonene.	
4	2014	Kvalitativ studie	14 helsearbeidere som arbeidet med pasienter med psykiske lidelser ble	Motivasjon	Formålet med studien er å undersøke helsepersonellens erfaring med å motivere personer med psykiske	Helsearbeiderne opplevde at tillitsfulle og gode relasjoner var en forutsetning for å motivere til fysisk aktivitet. Å kjenne personens grenser, ønsker og evner til fysisk aktivitet ble også fremhevet som viktig for å finne en	Betydningen av å motivere personer med psykiske lidelser til å delta i fysisk aktivitet ble tolket som en dynamisk måte å være, forholde seg til og forstå. Å motivere noen er ikke en enveisprosess, fordi	Stor. Brukt til å utlede rettesnoren om relasjonens kraft og motivasjons arbeid. Studien har

			intervjuet. Deltakerne bestod av seks menn og åtte kvinner, med forskjellige helseutdanninger.		lidelser til å være mer fysisk aktiv.	aktivitet pasienten trivdes med.  Helsearbeiderne fremhevet også at det var lettere å få til den gode samtalen når man holdt på med en aktivitet sammen med pasienten, og samtalen ikke var i fokus. Å dele felles erfaringer gjennom aktiviteter ble også antatt å fremme pasientens følelse av tilhørighet. Å tilpasse egne forventninger til pasientens, samt det å balansere mellom å være støttende og å hjelpe for mye ble opplevd som utfordrende. Kunsten å være her og nå ble fremhevet; daglige aktiviteter kan gi rom for å være fysisk aktiv.	det forutsetter et gjensidig skapt selskap. Kunnskap, som i spesifikk informasjon, er ikke nok. En dypere forståelse av personen og kunnskap om hvordan ulike dimensjoner av psykisk lidelse kan komme til uttrykk, er avgjørende for at omsorgspersoner skal finne en følelse av mening i sitt ofte utfordrende arbeid. Denne dypere forståelsen krever et rotsystem som består av en genuin tro på personens evne til å utvikle seg, en tro som tar form gjennom håp, nysgjerrighet og kreativitet.	også gitt meg verdifulle perspektiv om betydningen av å oppleve tilhørighet.
5	20	Kvantitativ studie	33 908 friske voksne,	Fysisk aktivitet	Formålet med studien var å undersøke 1)	Regelmessig trening var assosiert med redusert forekomst av fremtidig	Regelmessig trening, uavhengig av intensitet gir beskyttelse mot	Brukt til å forklare mekanismen

	18		hentet fra HUNT-studien.		<p>om trening forebygger depresjon og angst og 2) i så fall hvilken intensitet og mengde som kreves for å oppnå beskyttelse, og til slutt 3) mekanismene som forklarer hvorfor det evt. er slik</p>	<p>depresjon. Størstedelen av denne beskyttende effekten skjedde ved lave treningsnivåer og ble observert uavhengig av intensitet.</p> <p>12 % av fremtidige tilfeller av depresjon kunne vært forhindre hvis alle deltakerne hadde engasjert seg i minst 1 time fysisk aktivitet hver uke. De sosiale og fysiske helsegevinstene ved trening forklarte en liten andel av den beskyttende effekten.</p>	<p>fremtidig depresjon. Relativt beskjedne endringer i befolkningens treningsnivåer kan forhindre et betydelig antall nye tilfeller av depresjon. Kunnskapen er derfor viktig også i et samfunnsøkonomisk perspektiv.</p>	<p>e bak hvorfor fysisk aktivitet kan forebygge depresjon, og til å forklare hvor lite trening som skal til for å kunne forebygge depresjon.</p>
6	2019	Review		Fysisk aktivitet		<p>Både biologiske og psykososiale faktorer forklarer hvorfor FA har en antidepressiv effekt. Hva som skjer i hjernen vår når vi blir deprimert er komplisert, men kraftig forenklet handler det om strukturelle abnormiteter og kjemisk ubalanse. Flere studier har bl.a. vist at mennesker med depresjon</p>	<p>Fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt. I tillegg forsterker trening virkningen av antidepressive medikamenter, og fysisk aktivitet er dermed en gunstig komplementærbehandling, også ved</p>	<p>Stor. Brukt i avsnitt om hjernen og fysisk aktivitet.</p>



					har for høye nivåer av kortisol og for lave nivåer av perifer hjerneavledet neutrofisk faktor (BDNF). Trening stimulerer flere av de nevroplastiske prosessene som er negativt påvirket ved depresjon og fører blant annet til at BDNF øker, mens kortisolnivået synker.	medikamentell behandling.	
7	2016	Meta-analyse	25 studier med totalt 1 487 deltakere.		Studien viser hvordan tidligere meta-analyser er preget av publikasjonsskjevheter, bl.a. v. valg av kontrollgrupper.	Ved å kontrollere for publikasjonsbias fant forskerne en stor og kraftig effekt av fysisk aktivitet.  Oppsummert, sammenlignet med ikke-aktive intervensjoner, har trening en stor og betydelig antidepressiv effekt, og det vil kreve over 1000 negative studier for å oppheve dette resultatet.	Brukt til å slå fast at det er solid støtte i forskning for at trening har en antidepressiv effekt.

**Styrkeskjema:**

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/evvidensnivå
<p>Nr. 1</p> <p><i>Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies</i>, av Farholm og Sørensen (2016)</p>	<p>Systematisk oversikt; forskere analysert flere relevante studier, kritisk vurdert dem og presentert funnene i en oversikt, noe som gir et større bilde, sammenlignet med enkeltstudier.</p> <p>Publisert i et fagfellevurdert tidsskrift (kvalitetssjekket av andre fagpersoner).</p> <p>Nyere dato.</p>	<p>Systematisk oversikt; anses som sekundærkilde.</p> <p>Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.</p> <p>Studien inkluderer deltakere med andre alvorlige psykiske lidelser enn depresjon.</p>	Høy
<p>Nr. 2</p> <p><i>Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and</i></p>	<p>Systematisk oversikt; forskere analysert flere relevante studier, kritisk vurdert dem og presentert funnene i en oversikt, noe som gir et større bilde,</p>	<p>Systematisk oversikt; anses som sekundærkilde.</p> <p>Studiedeltakerne er i hovedsak diagnostisert med</p>	Høy

<p><i>meta-analysis</i>, av Firth m.fl. (2016)</p>	<p>sammenlignet med enkeltstudier.</p> <p>Nyere dato.</p>	<p>schizofreni, og kun en mindre andel med depresjon. Det er likevel grunn til at prinsippene om motivasjonsfaktorer og barrierer er overførbare til å gjelde også for mennesker med depresjon.</p> <p>Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.</p>	
<p>Nr. 3</p> <p><i>Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression</i>, av Knapen m.fl. (2014)</p>	<p>Systematisk oversikt; forskere analysert flere relevante studier, kritisk vurdert dem og presentert funnene i en oversikt, noe som gir et større bilde, sammenlignet med enkeltstudier.</p> <p>Mindre enn 10 år gammel.</p> <p>Studiedeltakerne er diagnostisert med depresjon,</p>	<p>Systematisk oversikt; anses som sekundærkilde.</p> <p>Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.</p>	<p>Høy</p>

	til sammenligning med flere av de andre studiene som også inkluderer andre psykiatriske diagnoser. Høy overføringsverdi.		
Nr. 4  <i>Motivation does not come with an ending--it's the beginning of something new: experiences of motivating persons with psychiatric disabilities to physical activity, av Lassenius m.fl. (2014)</i>	Nyere dato.	Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.	Moderat
Nr. 5  <i>Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study av Hunt m.fl. (2018)</i>	Nyere dato.  Norsk studie.  Stor studie (33 908 deltakere).	Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.	Moderat

<p>Nr. 6</p> <p><i>Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity, Neuroscience &amp; Biobehavioral Reviews</i>, av Kandola m.fl. (2019)</p>	<p>Systematisk oversikt; forskere analysert flere relevante studier, kritisk vurdert dem og presentert funnene i en oversikt, noe som gir et større bilde, sammenlignet med enkeltstudier.</p> <p>Nyere dato.</p>	<p>Systematisk oversikt; anses som sekundærkilde.</p> <p>Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.</p>	<p>Høy</p>
<p>Nr. 7</p> <p><i>Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias</i>, av Schuch m.fl. (2016).</p>	<p>Fagfellevurdert</p> <p>Studiedeltakerne er diagnostisert med depresjon, til sammenligning med flere av de andre studiene som også inkluderer andre psykiatriske diagnoser. Høy overføringsverdi.</p>	<p>Engelsk; informasjon kan gå tapt i oversettelsen.</p>	<p>Høy</p>

