

faglig

Fysisk aktivitet ved alvorlig psykisk lidelse:

Bakgrunn, intervensjon og kliniske erfaringer

Artikkelen beskriver en studie som med utgangspunkt i litteraturgjennomgang ser på hvilken betydning fysisk aktivitet har for helse og livskvalitet blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

AV HENRIETTE TUER LUND, LOUBNA OUAZZIF, VIDAR EDSBERGLØKKEN OG TORE BONSAKSEN

Bakgrunn

Personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser har ofte en livsstil som innebærer lite fysisk aktivitet (Faulkner & Biddle, 1999; Brown, Birtwistle, Roe, & Thompson, 1999). Sammenlignet med den øvrige befolkningen røyker de mer og har et vesentlig dårligere kosthold (Brown et al., 1999). De nevnte faktorene øker risikoen for sekundære helseplager som hypertensjon, diabetes og hjerte-problemer (Brown et al., 1999;

McDevitt & Wilbur, 2006; Richardson et al., 2005). Kjente helsegevinster ved fysisk aktivitet er redusert vekt (ved overvekt) og bedret fysisk form, og i tillegg kan moderat fysisk aktivitet være en viktig behandling ved de nevnte somatiske lidelsene (Richardson et al., 2005). Det er imidlertid mer uklart hvordan fysisk aktivitet virker på livskvalitet og psykiske plager hos pasienter med alvorlige sinnslidelser. Dette er et forskningsfelt med få gode studier tilgjengelige og hvor resultatene så langt ikke har vært entydige (Faulkner & Biddle, 1999; Tkachuk & Martin, 1999).

Sammen med kliniske observasjoner av mye inaktivitet og sosial tilbaketrekning i denne gruppen utgjør denne litteraturgjennomgangen bakgrunnen for en pågående studie av fysisk aktivitet for innlagte pasienter ved allmennpsykiatrisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om fysisk aktivitet, helse og livskvalitet og om sammenhengen mellom disse faktorene blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I denne artikkelen vil vi beskrive deltakerne i studien, intervensjonen som brukes, aktuelle individuelle tilpasninger av aktivitetene og våre kliniske erfaringer fra prosjektet til nå.

Deltakere

Pasienter

Avdelingens målgruppe er hovedsak-

lig pasienter med psykoser, pasienter med alvorlige stemningslidelser (herunder både alvorlige depresjoner og bipolar lidelse), samt pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser hvor tidligere behandling utenfor sykehus ikke har vært vellykket. Ikke sjelden forekommer lidelsene i kombinasjon med rusmiddelbruk. Den pågående studien vil gi grunnlag for å gi en mer presis beskrivelse av pasientene, både klinisk og sosiodemografisk.

Det skal samles data til undersøkelsen i tiden mai 2009 til utgangen av 2010, og vi beregner at dette kan gi data fra rundt hundre pasienter. Alle pasientene som legges inn fortløpende for behandling er aktuelle deltagere, mens kliniske hensyn vil være avgjørende for om den enkelte skal delta og for hvordan intervensjonen skal utformes for den enkelte. En lege har ansvar for eventuell eksklusjon eller avbrudd fra studien grunnet medisinske årsaker. Dette kan dreie seg om kliniske forhold som somatisk sykdom, alvorlig forvirringstilstand, mani, selvmordsfare eller rømningsfare. Psykose er i seg selv ikke et eksklusjonskriterium.

Behandlingstiden på avdelingen varierer fra rundt en måned til over ett år. Dette betyr at noen av deltakerne vil kunne delta i programmet i kort tid, andre i lang tid. Deltakerne står fritt til å avslå deltakelse i forskningsprosjektet, men de har like fullt mulighet til å være med i aktivitetene uten å knyttes til prosjektet. Alle som ikke er ekskludert fra deltakelse vil



Henriette Tuer Lund er ergoterapistudent ved Høgskolen i Oslo, avdeling for helsefag, ergoterapeututdanningen.



Loubna Ouazzif er spesialergoterapeut Oslo Universitetssykehus, Ullevål, avdeling for allmennpsykiatri.



Vidar Edsberg Løkken er ergoterapeut ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, avdeling for allmennpsykiatri



Tore Bonsaksen er MSc., og ergoterapispesialist ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, avdeling for allmennpsykiatri

oppfordres til å delta i aktivitetene. Tabell 1 viser deltakelse i aktivitetene siden oppstarten av tilbudet i oktober 2008 frem til mai 2009, fordelt etter kjønn og avdeling.

Personale

Aktivitetene ledes av to faste personale med utdanning og lang erfaring i aktivitetsledelse for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det kliniske personalet ved hver enkelt post har ansvar for motivasjonsarbeid og for individuell oppfølging og tilpasning mens aktivitetene pågår. Personalets oppgaver er å sørge for sikkerhet, bidra til å skape motivasjon, gi veiledning i aktiviteter og å skape trygghet. Ergoterapeuter og aktivitører er involvert i dette arbeidet på de ulike postene sammen med sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere, og ergoterapeuter har i tillegg ansvar for å gi jevnlig undervisning om fysisk aktivitet til pasientene. Siden prosjektet utføres i samarbeid med Høgskolen i Oslo vil også studenter i sykepleie og ergoterapi ha mulighet til å delta i den kliniske oppfølgingen.

Intervensjonen

Aktivitetene

Gjennomføringen av aktivitetene skjer hver mandag og torsdag formiddag, og er et fast innslag i behandlingen ved hele avdelingen. Tidsrammen er en time per gang. Deltakerne fra de fire ulike postene har et fast møtepunkt og samles kort før oppstart. Det gis mulighet til å velge mellom to ulike aktiviteter, hvor turgåing alltid er en av mulighetene. Ifølge Ussher, Stanbury, Cheeseman, & Faulkner (2007) var gange den mest populære aktiviteten blant deltakerne i en diagnostisk heterogen gruppe på 120 psykiatriske pasienter i Storbritannia, og studier har vist at de mest passive og svakest fungerende av pasientene kan ha vanskelig for å ta del i mer komplekse eller fysisk krevende aktiviteter (Daumit et al., 2005; Richardson et al., 2005). Vi har derfor vurdert det som viktig å kunne legge til rette for gåturer som et lite krevende tilbud om fysisk aktivitet til de mest passive av pasientene. Aktivitetstilbudene avhenger ellers av årstid og ønsker fra

deltakerne. Det er mulighet for styrketrening og for trening i gymsal, og en volleyballbane i nærmiljøet kan benyttes. Omgivelsene rundt sykehuset gir mulighet for turer i ulikt terreng.

Deltakerne i aktivitetsgruppa varierer i antall og sammensetning. Opplegget er fleksibelt og deltakerne kan delta når de selv ønsker og har mulighet til det. Det totale antallet deltakere (pasienter og behandlere) beror på kjennetegn ved pasientgruppen til enhver tid og hvilken grad av oppfølging som trengs i aktivitetene.

Aktivitetene kan tilpasses på ulike måter for at flest mulig skal kunne delta og få en følelse av mestring. Vi vil her beskrive ulike elementer som kan tilpasses den enkelte deltaker.

Informasjon og undervisning

Pasientene mottar skriftlig og muntlig informasjon om aktivitetene før de eventuelt velger å delta. Det blir gitt undervisning om helse, aktivitet og kosthold. Undervisningen blir gitt jevnlig som gruppeundervisning i sammenheng med morgenmøter på postene; utover dette blir undervisning gitt individuelt ved behov. Det legges vekt på at deltakerne selv kan komme med innspill og delta aktivt med egne tanker, meninger og erfaringer (Jordahl & Repål, 1999). Dagene det er fysisk aktivitet blir det gitt informasjon om aktivitetsprogrammet under morgenmøtet, eller individuelt for pasientene som ikke deltar på møtet.

Ved tilstander som innebærer nedsatt konsentrasjonsevne, sterk angst eller psykotiske opplevelser er det viktig å vurdere og tilpasse både mengde og type informasjon, samt konteksten hvor informasjonen gis (Jordahl & Repål, 1999). To minutter med fokusert samtale er oftest bedre enn ti minutter ufokusert samtale. En lett-fattelig kortversjon er også bedre enn en beskrivelse med høyt presisjonsnivå, men hvor pasienten ikke er i stand til å oppfatte det som sies.

Oftest vil informasjonen nå lettere frem til pasienten i situasjoner hvor han eller hun kan kjenne seg noenlunde trygg. Dette kan innebære og ha med en person i samtalen som pasienten kjenner seg trygg på og kan

stole på. Det kan også innebære og bruke et kjent rom uten for mange andre stimuli tilstede samtidig, eller det kan være å sette en agenda innledningsvis i samtalen hvor det tydelig fremgår at pasienten ikke trenger ta stilling til deltakelse akkurat nå, men at informasjonen vil gjentas siden, og at pasienten da selv vil kunne bestemme i hvilken grad han eller hun vil delta.

Terapeutisk støtte

Det kliniske personalet forsøker å støtte og motivere de aktuelle pasientene til deltakelse. Støttarbeidet kan anta mange ulike former, hvor det kliniske kjennskapet til den enkelte vil være styrende for hvordan arbeidet utøves. Det kan for pasienter med mangelfull indre struktur dreie seg om å minne om avtaler og behandlingsplaner, hvor deltakelse i aktivitetene utgjør en del, eller ved å hjelpe pasienten med å passe tiden eller finne klær som er passende til temperatur og værforhold. For deprimerte pasienter kan det dreie seg om alt fra spåkefulle forslag om isbading til empatisk anerkjennelse av utmattelse eller ambivalens til trening.

Angst, lav mestringstro og manglende støtte er kjente barrierer mot deltakelse i fysisk aktivitet (Cole, 2008; Ussher et al, 2007). For utrygge og engstelige pasienter kan støttearbeid dreie seg om å anerkjenne angst, formidle tro på pasientens muligheter til å utfordre seg selv og mestre, eller ved å forsikre pasienten om at dette skjer på hans eller hennes premisser. Deretter kan det skapes rammer for aktivitet og deltakelse som passer for den enkelte, og som pasienten selv kan bidra til å forme. Gjennom en slik arbeidsform kan også et positivt samarbeidsklima utvikles mellom pasienten og personalet som vil være viktig også for det øvrige kliniske arbeidet.

Sosiale rammer

Deltakerne møtes i felleslokale før aktivitetene starter. Lokalet benyttes også som kafé og er kjent for de fleste av deltakerne. Klinisk personale fra hver av postene sørger for at alle pasientene har en person som han/hun kjenner og som kan gi trygghet i det å



Det gis mulighet til å velge mellom flere ulike aktiviteter, hvor turgåing alltid er en av mulighetene. (Illustrasjonsfoto av Maxim Petrichuk)

møte en større gruppe eller ukjente mennesker om det er vanskelig.

Det er mulig å regulere den sosiale rammen om aktivitetene på mange måter, fra individuell oppfølging, via smågrupper med noen få kjente deltakere til større grupper av deltakere. For mange vil en progresjon også i sosial deltakelse som del av aktivitetene være naturlig og ønskelig, etter hvert som pasienten i større grad blir i stand til å mestre nærvær av og samhandling med andre mennesker (Cole, 2008).

Vanskelighetsgrad

Intensitet, varighet og kompleksitet i aktiviteten kan i større grad tilpasses den enkelte ved å dele opp hovedgruppa i mindre grupper.

Smågruppene kan deretter velge forskjellige aktiviteter eller gradere dem slik at de passer bedre for alle som deltar. En vanlig praksis ved turgåing er at gruppa starter samlet og at en mindre gruppe som ønsker det snur før de andre, eller holder et lavere

tempo enn resten. Det er særlig viktig at denne gruppen også anerkjennes for sin deltakelse og støttes i at de har tilpasset sin deltakelse på en måte som ble god for dem. På denne måten har de vist for seg selv og andre at deltakelse kan formes på egne premisser.

For de som ønsker mer komplekse aktiviteter kan styrketrening og ballspill være aktuelt. Aktivitetene kan også tilføres et preg av lek og konkurransepreg om det er ønskelig, ved for eksempel å ha natursti som en lagkonkurranse.

Kliniske erfaringer

Under gjennomføringen av aktivitetsprogrammet siden oppstarten i oktober 2008 har vi samlet ulike kliniske erfaringer. Flere av pasientene har delt av sine opplevelser med fysisk aktivitet med personalet. Vi vil her dels gjennfortelle noen av tilbakemeldingene fra deltakerne, og dels beskrive våre egne erfaringer.

At formen og utholdenheten blir bedre etter en periode med fysisk

aktivitet er det flere som har kjent seg igjen i. En deltaker uttalte at kroppen hadde endret seg og muskelmassen økt som et resultat av styrketrening, mens en annen mente han nå klarte å yte mer i aktivitetene enn tidligere. Bedre søvnkvalitet er også blitt nevnt i tilknytning til det å være mer i aktivitet. Enkelte av pasientene har somatiske tilleggspilger, og en kunne fortelle at fysisk aktivitet bidro til å redusere smerter i ryggen. En av deltagerne opplevde det å bli stiv og støl etter en treningsøkt som uvant og skremmende.

Den sosiale rammen om aktivitetene er trukket fram som et positivt aspekt i tillegg til de rent kroppslige endringene. Samvær og kontakt med andre er noe som blir satt pris på. Enkelte av deltakerne har poengtert at støtte fra medpasienter har vært verdifullt for å opprettholde motivasjonen på tunge dager. Samlingen før aktiviteten er en sosial arena på tvers av avdelingene hvor flere har benyttet seg av anledningen til å drikke en

kopp kaffe og ta seg en røyk sammen med andre. Vi har tilstrebet en holdning hvor røyking ikke har en plass under gjennomføringen av aktivitetene, men har erfart at en aksepterende innstilling til røyking både før og etter aktivitet er å foretrekke fremfor en restriktiv holdning. En mer restriktiv holdning til røyking blant pasienter som ellers røyker svært mye vil lett kunne føre til opplevelser av avvisning, med risiko for konflikt eller brudd i relasjonen. Dette vil igjen kunne føre til mindre deltakelse i aktivitetene.

Pasientene har hatt ulik grad av motivasjon for deltakelse. Noen har møtt opp en gang eller to, mens for andre har aktivitetene vært et utgangspunkt for en mer omfattende livsstilsendring. En fortalte at han har byttet ut sigaretter med snus og at han spiser mindre godteri og mer frukt enn tidligere. De to faste dagene med fysisk aktivitet er blitt supplert med trening på andre arenaer, som fotball og individuell styrketrening sammen med en medpasient. En deltaker har fortalt at trening er blitt en erstatning for tidligere rusmisbruk. Vi har ofte erfart at pasienter kan synes at det er tungt å komme i gang, men at de etter en time med fysisk aktivitet har vært glade for at de gjennomførte det.

Reduksjon av hørselshallusinasjoner under og etter fysisk aktivitet ble av en pasient trukket fram som positivt i tilknytning til fysisk aktivitet, mens en annen fortalte at han tenker klarere etter å ha vært i aktivitet.

Klinisk personale som har deltatt i aktivitetene har opplevd at alliansen mellom pasient og behandler er blitt bedre i forbindelse med at de har samlet seg om en felles aktivitet. Det er også blitt påpekt at programmet med fysisk aktivitet gir en naturlig mulighet for å oppfordre til personlig stell etter aktivitet, når man gjerne er litt svett og sliten.

Flere av deltakerne synes å ha motivasjonsproblemer som kan settes i sammenheng med psykisk sykdom, for eksempel sterk passivitet og engstelse. Dette har hatt innvirkning på oppmøtet til aktivitetene, som har vært noe lavere enn forventet. Det er samtidig grunn til å tro at det som for noen er positive, tiltrekkende faktorer (som vi har beskrevet tidligere) for andre kan være grunn til ikke å delta. Et eksempel på dette kan være den sosiale rammen om aktivitetene, en ramme som kan være tiltrekkende for noen og angstskapende for andre. Et tiltak for å begrense den negative innvirkningen av for eksempel sosial angst kan være enda tydeligere å formidle at rammen om aktivitetene er fleksibel og skal kunne tilpasses den enkeltes spesielle situasjon og behov. Vi trenger mer kunnskap om hva kvinner spesielt opplever som barrierer mot deltakelse i aktivitetsprogrammet, da kvinner er underrepresentert blant deltakerne (se tabell 1).

Holdningene som formidles på de ulike avdelingene til fysisk aktivitet generelt, og til aktivitetsprogrammet spesielt, har trolig også stor betydning for motivasjon og deltakelse blant pasientene. Aktiviteter som i avdelingsmiljøet omtales som verdifulle og sentrale, og som refereres til i ulike sammenhenger, vil formidle et mer positivt inntrykk til pasientene enn aktiviteter som omtales kun av spesielle personer til spesielle tider. På samme måte vil deltakelsen i

aktivitetene blant annet personale også virke inn på aktivitetenes status i avdelingsmiljøet, og gjennom dette på pasientenes motivasjon og deltakelse. Det er derfor grunn til å legge vekt på holdningsarbeid i personalgruppen som et middel for å øke deltakelsen blant pasientene.

Konklusjon

Vi har beskrevet et opplegg for fysisk aktivitet for innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Vi har også beskrevet eksempler på hvordan opplegget kan tilpasses individuelle behov og noen viktige kliniske erfaringer vi har gjort i løpet av de første seks månedene etter at programmet startet. De fleste i den aktuelle pasientgruppen vil kunne ha nytte av et aktivitetstilbud basert på de prinsippene som vi har valgt å legge til grunn, og pasientene har selv meddelt en rekke positive endringer som følge av aktivitetene. Kommentarene som vi har fått har en vekt mot positive opplevelser og konsekvenser i forbindelse med aktivitetene. Dette kan også uttrykke at negative opplevelser kan være vanskeligere å snakke om. Vi har også erfaring med at motivasjonsarbeid med sterkt passiviserte pasienter kan være vanskelig og kan ta lang tid. Motivasjons- og holdningsarbeid blant den øvrige personalgruppen vil derfor være et viktig supplement for å øke deltakelsen i fysisk aktivitet blant pasientene. □

Referanseliste

- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The Unhealthy Lifestyle of People with Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 697-701.
- Cole, F. (2008). Mental health and physical activity: Enabling participation. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health*. (4th ed. ed., pp. 277-301). Edinburgh: Elsevier, Ltd.
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J. et al. (2005). Physical Activity Patterns in Adults With Severe Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 641-646.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 5, 441-457.
- Jordahl, H. & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McDevitt, J. & Wilbur, J. (2006). Exercise and People with Serious, Persistent Mental Illness. *American Journal of Nursing*, 106, 50-54.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 324-331.
- Tkachuk, G. A. & Martin, G. L. (1999). Exercise Therapy for Patients With Psychiatric Disorders: Research and Clinical Implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 275-282.
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58, 405-408.