



FYSISK AKTIVITET
I PSYKIATRIEN
Undervisningsmateriale

2006

Fysisk aktivitet i psykiatrien

Undervisningsmateriale

Fysisk aktivitet i psykiatrien – Undervisningsmateriale

Undervisningsmaterialet er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af

Jan Svensson, Idrætshuset for psykisk syge, Københavns Kommune
Benedikte Volting, Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland
Lisbeth Crahack, Dansk Arbejder Idræt
Jeanet Kragerup, Sct. Hans Hospital

Redaktionel bearbejdning: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: Fysisk aktivitet; Psykiatri; Undervisningsmateriale

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 2.0

Versionsdato: November 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-370-6

Den trykte versions ISBN: 87-7676-369-2

Elektronisk format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Forsidefoto: Michael Rieck

Undervisningsmaterialet kan downloades fra www.sst.dk eller rekvireres hos Schultz
Distribution på tlf. 70 26 26 36 eller via mail: sundhed@schultz.dk.

Indhold

1	Forebyggelse og behandling gennem fysisk aktivitet	7
1.1	Læsevejledning	7
1.2	Evidens for fysisk aktivitet	7
1.3	Det fysisk aktive sygehus	9
1.3.1	Patienter	9
1.3.2	Personale	9
1.4	Sundhedsstyrelsens anbefalinger	10
2	Fysisk aktivitet i psykiatrien	11
2.1	Før og nu	11
2.2	En ny måde at tænke på i afdelingen	11
2.3	Hvad får man ud af fysisk aktivitet i psykiatrien?	12
2.4	Muligheder og barrierer for fysisk aktivitet på afdelingen	13
2.4.1	Myter	13
2.4.2	Ledelsesprioritering	14
2.4.3	Ildsjæle	14
2.4.4	Kompetencer	14
2.4.5	Tid	14
2.4.6	Motivation	15
2.4.7	Fysiske rammer	16
2.5	Eksempler på fysisk aktivitet i hverdagen	18
2.5.1	Gå-/løbe-/stavgangsgupper	18
2.5.2	Fællesmotion med andre afsnit	19
2.5.3	Psykomotorisk træning	19
2.6	Fysisk aktivitet på afsnittet	20
2.7	Ansaret for fysisk aktivitet i afdelingen	21
2.8	Veje til succes	22
3	Fysisk aktivitet og idrætsliv efter udskrivelse	23
3.1	Fysisk aktivitet efter udskrivelsen	23
3.2	Lokalt idrætsliv for sindslidende	23
3.3	Støtte til at holde fast i motionen	24
4	Implementering af fysisk aktivitet på afdelingen	27
5	Litteraturhenvisninger	31
5.1	Supplerende litteratur	32
5.2	Hjemmesider	32

1 Forebyggelse og behandling gennem fysisk aktivitet

1.1 Læsevejledning

Undervisningsmaterialet er udarbejdet for at give personalet i psykiatrien et grundlag for at planlægge og gennemføre mere fysisk aktivitet på afdelingerne. Materialet er udviklet på baggrund af Sundhedsstyrelsens modelprojekt ”Fysisk aktivitet i psykiatrien 2005-2006”. Undervisningsmaterialet består af nogle baggrundsafsnit med generel viden efterfulgt af nogle mere procesorienterede spørgsmål.

I teksten bruges termene ”afsnit” og ”afdeling” synonymt, og nedenfor gøres rede for den øvrige anvendte terminologi på området. Referencer til relevant litteratur og websider findes til sidst i materialet.

Fysisk aktivitet dækker ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Fx gang på trapper og diverse dagligdags bevægelser.

Motion bruges både i forbindelse med ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet og regelmæssig træning. Fx løb, gåture og stavgang.

Psykomotorisk træning er målrettet leg og idræt. Fx leg og idræt målrettet gruppens ressourcer, tid og rum. Begrebet bruges primært inden for psykiatrien.

Idræt er planlagt, struktureret fysisk aktivitet, som ofte foregår i en forening. Fx badminton, gymnastik og diverse boldspil.

1.2 Evidens for fysisk aktivitet

Der er evidens for, at fysisk aktivitet medfører bedre kondition, øget muskelstyrke og måske et vægttab; altså gevinster, som gør hverdagens opgaver lettere at overkomme. Desuden giver fysisk aktivitet rig mulighed for god social kontakt, og der opnås alment velvære, bedre humør, psykisk stabilitet og mere energi til dagens opgaver. Livskvaliteten stiger i takt med det fysiske og psykiske velvære, ligesom anspændthed og depression mindskes og forebygges. Derudover nedsættes risikoen for hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og enkelte former for kræft [1, 2]. Der er endvidere evidens for, at fysisk aktivitet forebygger og med fordel kan indgå i behandlingen af mange kroniske lidelser, herunder de 8 folkesygdomme, som er prioriteret i de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10 ”Sund hele livet”[3].

De 8 folkesygdomme prioriteret i "Sund hele livet"

- Type 2-diabetes
- Forebyggelige kræftformer
- Hjerte-kar-sygdomme
- Knogleskørhed
- Muskel- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme
- Psykiske lidelser
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

For personer med psykiske lidelser er der evidens for en positiv effekt af fysisk aktivitet som supplement/erstatning for den medicinske behandling af milde og moderat svære depressioner. Dertil kommer, at patienter med visse kroniske psykiatriske lidelser har en overhyppighed af svær overvægt og type 2-diabetes samt en overdødelighed af hjerte-kar-sygdomme. Disse forhold skyldes uhensigtsmæssig livsstil, lange indlæggelser og bivirkninger af den medicinske behandling.

Fysisk inaktivitet medfører store menneskelige omkostninger og betydelige udgifter for samfundet – ikke mindst for sundhedssektoren. Fysisk aktivitet i forhold til patienter på sygehus bør derfor ikke kun ses som et led i behandlingen, men må ansues mere bredt som et forebyggende tiltag.

I dag er der evidens for, at fysisk aktivitet i nogle tilfælde er mere effektiv eller lige så effektiv som medicinsk behandling og kan supplere den medicinske behandling. Der er nu akkumuleret viden i et sådant omfang, at fysisk aktivitet bør implementeres som en væsentlig del af den kliniske praksis på landets sygehuse – også i psykiatrien.

1.3 Det fysisk aktive sygehus

”Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark” har udviklet modellen og publikationen ”Det fysisk aktive sygehus”. Publikationen indeholder redskaber til implementering af fysisk aktivitet på sygehuse som en integreret del af kulturen – både i relation til patienterne og personalet. Modellen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet og er ved at blive lanceret på flere sygehuse herhjemme. Følgende er lagt til grund for modellen:

1.3.1 Patienter

- Alle patienter skal sikres optimale muligheder for at være fysisk aktive med henblik på at opnå den generelle forebyggende effekt af fysisk aktivitet.
- Fysisk træning er en del af den behandling, der tilbydes på sygehusene.

1.3.2 Personale

- I målet om at gøre patienterne fysisk aktive er det vigtigt at informere personalet om betydningen af fysisk aktivitet.
- Sygehusene skal sikre gode muligheder for, at personalet kan være fysisk aktivt i relation til arbejdslivet.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens modelprojekt om fysisk aktivitet i psykiatrien lægges der i dette undervisningsmateriale op til, at personalet i højere grad er *aktive sammen med patienterne*.



1.4 Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at

- alle voksne bør være fysisk aktive i 30 minutter af moderat intensitet om dagen.
- alle børn og unge bør være fysisk aktive i 60 minutter af mindst moderat intensitet om dagen.

Når Sundhedsstyrelsen anbefaler 30 minutters fysisk aktivitet for voksne i almindelighed, er der tale om en mindstegrænse for at nå de mindst aktive. Hvis varigheden af fysisk aktivitet fordobles, øges effekten yderligere. Hvis den fysiske aktivitet udføres med høj intensitet, fx løb, opnås en endnu større risikoreduktion set i forhold til moderat intensitet. De relativt lange indlæggelsesforløb i psykiatrien og psykiatriske patienters specielle behov for en sund livsstil gør indlæggelsen til en oplagt mulighed for at støtte patienten i at udvikle gode motionsvaner og -erfaringer.

Anbefalingen til indsatsen "Fysisk aktivitet i psykiatrien" lyder derfor:

- Alle indlagte patienter bør tilstræbe at være fysisk aktive i 60 minutter af moderat intensitet om dagen.

2 Fysisk aktivitet i psykiatrien

2.1 Før og nu

Tidligere brugte man bevidst fysisk aktivitet i behandlingen. I 1924 bekendtgjorde overlæge Krarup, Nykøbing Sjælland, eksempelvis, at patienterne i første del af behandlingen skulle have ro og hvile. Som næste led i kuren fik de ordineret spadsereture, og de kunne senere arbejde efter lyst og evne. Han indførte arbejdsterapien som et værdifuldt led i sindssygeplejen både for at opretholde muligheden for arbejdsudøvelse og for at modvirke den sløvhedstilstand, der følger med mange sindssygdomme [5].

I 1950'erne kom både den antipsykotiske og den antidepressive medicin, hvilket gav mulighed for forskellige former for psykoterapeutisk behandling. I takt med denne udvikling forsvandt det fysiske arbejde imidlertid mere og mere ud af psykiatrien.

En indlæggelse på en psykiatrisk afdeling har i nyere tid været ensbetydende med et fald i den enkeltes energiforbrug, hvilket sammen med regelmæssige måltider og medicin har betydet en vægtstigning for mange patienter.

2.2 En ny måde at tænke på i afdelingen

Når man skal indføre en ny behandlingsaktivitet, skal arbejdet og kulturen på afsnittet kunne rumme det nye. Samtidig skal nye indsatser indrettes efter de normer og den struktur, som den pågældende organisation er bærer af. Hverdagen på et sygehusafsnit er præget af personalemæssige rutiner i en klart beskrevet døgnrytme. Alle direkte implicerede og deres ledere skal derfor inddrages i den nye indsats for at opnå forståelse, ejerskab og accept af alle på afsnittene. Forberedelserne skal ske i gensidig respekt og med fleksibilitet, for at den fysiske aktivitet skal kunne indlemmes i afdelingernes ofte stramme rutiner.



2.3 Hvad får man ud af fysisk aktivitet i psykiatrien?

Det er grundtanken, at personalet skal motivere patienten og ydermere selv indgå i aktiviteterne – dels for at være motivationsskabende og dels for at kunne observere patienterne i et aktivt miljø, hvor betingelserne er de samme for alle deltagere. Ud over de gevinster, som man får af den fysiske træning i sig selv, dukker der også egenskaber og færdigheder frem hos alle – man får nye ting at vide om hinanden, og patient- og personaleforholdet bliver mere ligeværdigt. Relationerne mellem personale og patienter har stor gavn af fællesskabet omkring fysisk aktivitet. De fælles oplevelser skaber gode relationer på en naturlig måde, og det smitter af på samværet på afdelingerne. Patienten får en ny rolle som deltager i et ”idrætsmiljø”, hvor krop, handling, frirum, socialt samvær og personlige sejre er nøgleord. Kort sagt udvikler den enkelte handlekompetencer i aktiviteten, som kan overføres til andre livs- og hverdagssituationer.

Personale:

- Kan observere nogle ressourcer hos patienterne, som ikke ses i andre sammenhænge, og man er sammen på lige fod.
- Dagvagterne oplever større aktivitet i andre aktiviteter og mere liv i samtalegrupperne. Aftenvagterne oplever større ro og mere energi til fællesaktiviteter og samtale.
- Man har desuden set fald i sygefraværet og oplevet større respekt for hinanden de steder, hvor hele personalegruppen deltager i træningen [6].
- Personalet kommer selv i bedre form og får mere overskud i hverdagen

Patienter:

- Der ses en positiv effekt af fysisk aktivitet som supplement til/erstatning for den medicinske behandling af depressioner [1, 7, 8]. I modelprojektet om fysisk aktivitet i psykiatrien er der i gennemsnit opnået 10 procents konditionsforbedring ved relativt simpel træning.
- I nogle undersøgelser ses desuden et fald i symptombilledet hos den psykotiske patient – dels påvist gennem kliniske tests og dels gennem interviews, hvor patienterne fortæller, at deres angst og hallucinationer mindskes i op til 24 timer efter træningen [6, 9].
- Mange patienter oplever at få det bedre under fysisk aktivitet, hvor de formår at ”glemme sig selv”.
- Patienter oplever, at personalet har mere tid til dem, trods det at træningen er ”presset” ind i en travl hverdag.
- Mange bliver mere udadvendte og får større selvtillid og energi til daglige gøremål både under indlæggelse og efter udskrivelse [6, 10, 11].
- Mange fortsætter med at træne efter udskrivelse. En undersøgelse viser eksempelvis, at størstedelen af depressive patienter afslutter deres behandling (medicinsk eller samtale) efter et år, mens ca. 60 % af dem, der har løbetrænet under indlæggelsen, stadig løber et år efter udskrivelsen og føler bedring ved det [12].

2.4 Muligheder og barrierer for fysisk aktivitet på afdelingen

2.4.1 Myter

Hverdagen på et psykiatrisk afsnit lægger ofte op til et meget stillesiddende forløb, hvor mange timer går med at vente, tale med andre patienter og deltage i individuelle samtaler samt terapi- og værkstedsgrupper. En kultur med inaktivitet og mangel på organiseret initiativ bliver ofte brugt som begrundelse for, at mange aktiviteter aldrig bliver til noget eller må aflyses. Ofte har patienterne lyst til at deltage i aktiviteter, men kan ikke på det pågældende tidspunkt pga. forskellige samtaler eller grupper. Patienter, der ikke selv kan eller må gå til aktiviteten, ville med stor sandsynlighed være kommet, hvis der havde været personale nok til at følge dem. Og myter om, hvad andre tror, skaber også barrierer, se nedenfor.

Idræts- og fritidskoordinator Toril Moe [4] påpeger i en undersøgelse i Oslo, at 94 % af personalet var positive over for fysisk aktivitet i behandlingen, men at mere end 40 % var usikre på eller mente, at deres kolleger ikke var motiveret for fysisk aktivitet med patienterne. Derudover mente 80 % af personalet, at patienterne ikke var motiveret for at deltage i aktiviteter, hvor de skulle være fysisk aktive. Da patienterne selv blev spurgt, svarede 95,9 %, at fysisk aktivitet absolut var noget for dem, mens over 70 % svarede, at de var optaget af, hvad der skete i kroppen. Endelig mente 73,4 %, at fysisk aktivitet havde en positiv virkning på deres velbefindende.



2.4.2 Ledelsesprioritering

Erfaringerne viser, at det er en helt nødvendig forudsætning, at ledelsen prioriterer den fysiske aktivitet, for at det skal lykkes at få den integreret i afdelingens hverdag. Det vil ud over engagement og opbakning bl.a. sige, at ledelsen allokerer personaleressourcer og midler til undervisning, efteruddannelse og administration i relation til fysisk aktivitet. Det vil også sige at sikre fysisk aktivitet plads og synlighed i elektroniske patientjournaler, sygeplejefjournaler, ugeplaner, behandlingsplaner, på personalemøder, MED-møder, ledelsesmøder, i stillingsopslag, ved ansættelses- og MUS-samtaler m.m. På den anden side er det også vigtigt, at ledelsen ikke "sætter sig på aktiviteterne", men uddelegerer ansvaret for dem til medarbejderne. Det kan ofte være en fin balance at finde. Det er et ledelsesansvar at fastholde engagementet blandt personalet gennem regelmæssig "gødning af den fysiske aktivitet", fx ved at tage emnet op som skitseret ovenfor.

2.4.3 Ildsjæle

For at gennemføre indsatsen omkring fysisk aktivitet er det vigtigt at have nogle engagerede, energiske og inspirerende ildsjæle blandt personalet. Med ildsjæle menes personer, der finder fysisk aktivitet væsentlig og derfor gerne vil arbejde aktivt for at gøre fysisk aktivitet til en fast del af afdelingens hverdag. Ildsjælene behøver ikke nødvendigvis at være personer, der selv er meget fysisk aktive. Men 2-3 engagerede nøglepersoner er meget afgørende for projektets succes: Det er dem, der skal drive projektet fremad, se nye muligheder og holde projektet oppe også de dage, hvor der er travlt og masser af andre ting at engagere sig i.

2.4.4 Kompetencer

Personalet kan føle, at de ikke er gode nok til at stå for motionsaktiviteterne. Dette kan afhjælpes gennem efteruddannelse, via vidensudveksling med andre afdelinger, ved at mere erfarne medarbejdere fungerer som rollemodeller, der superviserer kollegerne, ved at inddrage ressourcepersoner til inspiration og undervisning, fx fysioterapeuter, aktivitetsmedarbejdere, fysisk aktivitetskonsulenter samt idrætsuddannede/studerende og ved, at simple aktivitetsprogrammer er tilgængelige for alle – se fx Aktivitetskataloget i Sundhedsstyrelsens serie om fysisk aktivitet i psykiatrien. Erfaringerne viser, at det kan være svært, men det er vigtigt, at aktivitetsafviklingen bliver bredt ud blandt personalet, så den ikke "hænger" på nogle få personer.

2.4.5 Tid

At ændre en kultur og lære nye handlingsmønstre tager tid. Personalet føler ofte, at tid er en mangelvare i en travl hverdag. Efterhånden som de nye fysiske aktiviteter falder naturligt, skal man ikke bruge så megen tid på at planlægge og diskutere dem, og det kan lette afdelingen at tage flere patienter ad gangen ud på fx en gåtur. Omvendt falder tiden knap så lang for mange patienter, når de adspredes gennem fysisk aktivitet. Flere patienter føler, at personalet har mere tid til dem, når de deltager sammen i fysiske aktiviteter. Flere afdelinger oplever, at atmosfæren i afdelingen bliver bedre efter fysisk aktivitet. Patienterne er mindre anspændte, der er generelt mindre uro, og det er med til at give mere tid til andre gøremål for personalet.

2.4.6 Motivation

I arbejdet med at igangsætte og implementere fysisk aktivitet i psykiatrien er motivation en vigtig faktor. Det er en grundlæggende forudsætning, at personalet er motiveret for at indføre fysisk aktivitet på afdelingen, og at ledelsen støtter op omkring initiativet. Herfra er det personalets opgave at lede, støtte og stimulere patienternes egen motivation til både at deltage i afdelingens motion og idræt under indlæggelsen og til at fortsætte med motion og idræt efter udskrivelsen.

Erfaringer viser, at vi alle sammen skal arbejde med at motivere os selv, vores kolleger, patienter og eksterne samarbejdsparter, fx de pårørende, hvis den fysiske aktivitet skal lykkes. Heldigvis er der også erfaringer på dette område til inspiration:

Information om afdelingens tilbud og prioritering af fysisk aktivitet bør finde sted allerede ved indlæggelsessamtalen, så det fra start gøres klart, at motion og idræt prioriteres og er et vigtigt led i behandlingen og et vigtigt samlingspunkt for hele afdelingen. Lægeordineret motion gør det lettere at motivere patienterne i forhold til at være fysisk aktive.

For at stimulere patienternes egen motivation er det nødvendigt at begynde med at informere om, hvilke tilbud der er i afdelingen, og hvad det indebærer at deltage i aktiviteterne. Det er ligeledes en vigtig forudsætning, at de ansatte har en fælles holdning til tilbuddet, hvilket betyder, at alle bør deltage, og aflysninger undgås. Det vil sige, at andre aktiviteter skal planlægges rundt om den fysiske aktivitet.

Der bør være synlige opslag rundt om på afdelingen, som informerer om de idrætslige tilbud. På den måde vil også de pårørende være informeret om vigtigheden af at være fysisk aktiv og forstå, at fysisk aktivitet tages seriøst og er respekteret på afdelingen. Rekvisitter bør ligge fremme i dagligstuen og på den måde motivere til spontan fysisk aktivitet.

Accepter, at det kan være svært at komme i gang og bevare motivationen, og søg at være handlingsorienteret i stedet for blot at tale om motion. Bare gør det som noget naturligt i afdelingen, og husk at rose og reflektere. Fysisk aktivitet bør være et fast punkt på personalemødet. Her er der tid til at diskutere og reflektere samt ikke mindst uddele ros til hinanden. Har man først fået indført motion i hverdagen, vil man hurtigt vænne sig til den og savne de fysiske aktiviteter og samværet omkring dem, hvis de aflyses. Mange afdelinger har oplevet, at det er patienterne, der står og tripper og hiver i personalet for at komme i gang.

**Det er ikke patienterne, der er bremseklods for
den fysiske aktivitet,
- det er os selv**

citat fra afdelingssygeplejerske på modelafdeling

Når patienterne oplever gode kropslige oplevelser, bliver de motiveret til at fortsætte med idræt. Samtidig er det vigtigt at udvikle social kontakt og samvær omkring aktiviteterne, så idrætten skaber fælles oplevelser for personale og patienter. Når personalet indlever sig i aktiviteten og signalerer, at de kan lide aktiviteten, vil det smitte af på de øvrige deltagere.

Samtidig er det værdifuldt at inddrage patientens ressourcer i træningen og være åben over for ønsker og forslag. Når patienterne oplever at have det sjovt og fortsætter sig i aktiviteten, motiverer det til at fortsætte.

Deltagerne har alle forskellige motiver og indgangsvinkler til det at dyrke motion. Nogle motiveres af konkurrenceelementet, og andre lægger vægt på det sociale osv. Brug fx patientinterviewet (se Testmanualen i Sundhedsstyrelsens serie om fysisk aktivitet i psykiatrien) til at afdække, hvad der motiverer den enkelte patient, og diskuter, hvordan de forskellige ønsker og behov kan imødekommes. Gør brug af mål og delmål, når der tilrettelægges en motionsplan for patienten. Dette kan være med til at fastholde motivationen hos den enkelte. Samtidig skal man være åben over for, at det kan være svært for patienten at diskutere de negative elementer. Nogle patienter har måske brug for konkrete aftaler og skal huskes på at møde op. Tid og tålmodighed er vigtige faktorer i motivationsarbejdet, og det er vigtigt at støtte og inspirere hinanden.

Glæden ved at være i gang og oplevelsen af, at patienterne bryder grænser og får det bedre, er med til at fastholde motivationen blandt personalet. I den forbindelse er det en god idé at evaluere træningen både med kollegaer (feedback) og med patienter (Hvad gik godt, og hvad kan ændres?).

Motionsfællesskabet i afdelingen har vist sig at fremme en positiv stemning i hverdagen.

2.4.7 Fysiske rammer

De fysiske forhold i afdelingen kan stimulere patienternes og personalets bevægelse i dagligdagen eller virke lige modsat. Ofte kan man ved et kritisk blik og lidt kreativ tænkning få øje på mindre ændringer, der kan gøre det nemmere at være fysisk aktiv i dagligdagen. Nogle steder har man stillet motionscykler ud på gangen eller ind foran fjernsynet, lavet rygerrummet om til motionsrum, sat basketballnet op, fået vippebræt ind i opholdsstuen, løbebånd på gangen, eller stillet kaffevognen ned i den anden ende af afdelingen m.m. Andre gange skal der mere gennemgribende ting til, fx anlæggelse af en ny boldbane, at få lavet en ny dør ud til et græsareal, anlæggelse af stier og aktivitetshaver, halfaciliteter m.m. Nogle afdelinger har med held slået sig sammen om at virkeliggøre større nyanlæg, fx med hjælp fra fonde. En basispakke af rekvisitter er også en vigtig forudsætning for et varieret aktivitetstilbud på afdelingen. Synlighed er her et nøgleord: Det nytter ikke, at rekvisitterne er gemt af vejen i et aflåst skab. De skal være lettilgængelige for patienter og personale og gerne synlige i afdelingen, så det bliver svært ikke at få lyst til at bruge dem! Og det skal ikke være de samme redskaber, der ligger fremme hele tiden. Husk, at forandring fryder.

Det er sjældent, at afdelingen har de ideelle fysiske rammer, og det stiller krav om, at personalet er kreativt, tænker alternativt og fx udvælger øvelser, der kan udføres på begrænset plads eller udendørs. Her skal der ofte brydes fordomme og anvises nye veje – motion kan faktisk udføres i både dagligstuer samt på gangarealer. Det er nødvendigt at tage udgangspunkt i de forudsætninger, der er til rådighed, og begynde herfra. Personalet må huske hinanden på, at det er de små skridt, der tæller, og at lidt motion er bedre end slet ingen motion.



Ovenstående tanker er gengivet i følgende model, der illustrerer de nødvendige byggeklodser i at få implementeret fysisk aktivitet i afdelingens hverdag:



2.5 Eksempler på fysisk aktivitet i hverdagen

Der er afprøvet mange modeller for fysisk aktivitet på de danske psykiatriske sygehuse, og i det følgende vil der blive givet eksempler herpå. Hensigten er at sætte tanker i gang om, hvordan fysisk aktivitet kan foregå på afsnittet, for at anbefalingen om 60 minutters motion om dagen skal kunne tænkes ind i afsnittets rytme og kultur, i afsnittets ugeplan og i patientens behandlingsplan. Nogle aktivitetsformer kræver mere strukturering, mens andre kan indgå som mere spontane elementer i hverdagen.

2.5.1 Gå-/løbe-/stavgangsgrupper

Flere steder er der indført obligatoriske gå-/løbegrupper. Patienterne og deres kontaktperson(er) fra afdelingen sammensættes systematisk i små grupper, hvor man kan tilrettelægge den fysiske aktivitet ud fra individuelle behov. I starten går man ture syv dage om ugen – senere overgår man til løb eller stavgang fx tre dage om ugen, mens man fastholder gåturen de øvrige dage. Idrætslæreren eller fysioterapeuten på sygehuset kan her være med til at tilrettelægge den fysiske aktivitet, så aktiviteten og mål nedskrives i patientens behandlingsplan. Nogle steder bliver der etableret løbe- og stavgangsgrupper på de distriktskykiatriske centre eller på værestederne i socialpsykiatrien, så træning kan fastholdes efter udskrivelsen.

2.5.2 Fællesmotion med andre afsnit

På flere psykiatriske centre er der motion for de lukkede/sikrede afsnit, hvor 2-3 afsnit typisk er gået sammen om at afvikle fysisk aktivitet. Når der kommer patienter og personale fra 3 afsnit, kan man sikre, at der dels er et passende antal brugere og dels personale nok til at opretholde det sikkerhedsniveau, der er nødvendigt både på afsnittet og i hallen. Mens den fysiske aktivitet foregår, kan man aflåse hallen. Sikkerhedsforanstaltningerne godkendes af den ansvarlige overlæge, så også de retspsykiatriske afdelinger kan benytte modellen. Den fysiske aktivitet afvikles typisk i et samarbejde mellem idrætslæreren, fysioterapeuten og ergoterapeuten. Personalet fra afsnittene deltager i motionen og har ansvar for egne patienter.

2.5.3 Psykomotorisk træning

Psykomotorisk træning (målrettet leg og idræt) er udviklet i psykiatrien gennem de sidste 15 år og har sit udspring i den strukturerede del af idrætsverdens spil og lege. Psykomotorisk træning er målrettet gruppens ressourcer, hvor tid, rum og træningsforløb tilpasses individuelle kropsressourcer samtidig med, at samarbejdet i idrætsaktiviteten er udfordrende for alle. Legen/idrætten er i sig selv motiverende. Rammen og strukturen udgør en fælles ydre virkelighed, der er med til at skabe overblik og tryghed. Rammen udgøres af hallen, badmintonbanen eller rullebrættet og støttes af få og simple regler. Medindflydelse og succes ved træningen bidrager til opbygning af selvværd og selvtillid og virker motiverende [6].

Eksempel på psykomotorisk træning, 1 ½ time

- Opstart, hvor alle samles, 2 min.
- Opvarmning, 15-20 min.
- Strukturerede lege med højintensitet, 10-15 min.
- Pause, 5-10 min.
- Små boldspil eller samarbejdsøvelser, 15-25 min.
- Afsluttende boldspil, 20-35 min.

Træningen foregår typisk 1½ time 2-3 gange om ugen og er obligatorisk for alle som en del af afsnittets behandlingstilbud. Personalet deltager på lige fod med patienterne, og man kan i princippet aflåse afsnittet under træningen, da alle deltager i hallen eller i festsalen. Det er typisk en idrætslærer eller fysioterapeut, der har ansvar for træningen, mens personalet deltager og samtidig observerer (se boks) for at kunne inddrage observationerne i det terapeutiske arbejde og viderebringe dem til konferencerne.

Observationsområder

Den følelsesmæssige relation (fx glæde, sorg, aggression, irritation, overbærenhed)

Koncentrationsniveau (før, under og efter træningen)

Aktivitetsniveau (fx i træningssalen, i afdelingen, i efterfølgende aktiviteter – handling/inaktivitet).

Selvtillid (fx tage ansvar, nye initiativer, arbejdsopgaver i afdelingen)

Sociale relationer (fx gruppesamvær, samtaleemner, samarbejde)

Udtryksmåde (fx koordinationsmæssigt, fysiske ressourcer)

Bivirkninger (fx muskelstivhed, tremor, reaktionstid)



2.6 Fysisk aktivitet på afsnittet

Der er mange måder at få fysisk aktivitet integreret i dagligdagen og ugeskemaet på. Man kan fx forestille sig, at

- patienterne selv skal hente drikkevarer i køkkenet. Alle samtaler foregår et afsides sted på sygehusets område, således at alle skal gå dertil
- lægesamtaler og samtaler med kontaktpersoner foregår gående. Fjernsynet bliver flyttet ind i motionsrummet, eller kondicyklerne ind i TV rummet, så patienterne kan se tv samtidig med, at de benytter kondicyklen
- patienterne skal spise i kantinen i stedet for at få maden serveret på afsnittet

- rengøring i afsnittet bliver udført af patienter og personale i fællesskab
- man udnytter social- og sundhedsassistenternes viden om fysisk aktivitet bedre
- tidsrummet for fysisk aktivitet/faste aktiviteter bliver udvidet til fx kl. 21.00
- planlægge at aktivitetsmedarbejderen også arbejder eftermiddag/aften
- man skal udenfor for at ryge
- man indfører en synlig politik for fysisk aktivitet på afdelingen
- man cykler ind til byen for at leje en film eller hente afdelingens avis, går til svømmehallen osv.



2.7 Ansvaret for fysisk aktivitet i afdelingen

Det er væsentligt at overveje, hvem der skal varetage træningen eller planlægge de fælles fysiske aktiviteter i afdelingen. For år tilbage var det ofte fysioterapeuten eller ergoterapeuten, der stod bag, når der var tale om et tilbud om fysisk aktivitet. I takt med omstruktureringer og besparelser er der imidlertid sket en nedskæring af disse stillinger på mange afdelinger. På modelafdelingerne har man haft gode erfaringer med, at det er plejepersonalets ansvar at stå for den daglige fysiske aktivitet, mens fysioterapeuter og andre med særlige kvalifikationer på området snarere indtager en konsulentrolle over for personalet. Man kan ydermere overveje, at

- bruge fysisk aktivitet i forhold til rekruttering og fastholdelse. Fx kunne man skrive om afdelingens fysiske aktivitetspolitik i stillingsopslag og ved jobsamtaler lægge vægt på kandidaternes kvalifikationer, motivation og indstilling i forhold til fysisk aktivitet
- beskrive arbejdet med fysisk aktivitet i den enkeltes funktionsbeskrivelse og tage det op i medarbejderudviklingssamtaler (MUS)
- prioritere at sparre med en ekstern ekspert på området, fx en fysisk aktivitetskonsulent.

2.8 Veje til succes

For at det kan lykkes at indføre fysisk aktivitet i en psykiatrisk afdeling, kræves det, at

- ledelse og personalegruppe bakker aktivt op om projektet og deltager i praksis
- fysisk aktivitet skal prioriteres både mht. personaleressourcer og i forhold til andre behandlingstiltag i afdelingen
- fysisk aktivitet skal indgå som en naturlig del af ugeplanen i afdelingen og af patienternes individuelle behandlingsplan
- der skal skabes en naturlig bevægelseskultur i afdelingen, hvor alle bidrager og er engagerede
- andre behandlingstiltag eller aktiviteter ikke må medføre aflysning af den fysiske aktivitet
- der er en eller helst flere nøglepersoner (idrætslærere, fysioterapeuter, aktivitetsmedarbejdere eller specielt udpegede ildsjæle i plejepersonalet), som har ansvaret for og står for den fælles, organiserede fysiske aktivitet
- man sørger for regelmæssig 'gødning' af indsatsen fx i form af besøg af fysisk aktivitetskonsulenter, idrætsstuderende og aktivitetsmedarbejdere og ved at dele viden med andre afdelinger samt tage indsatsen op på temadage.



3 Fysisk aktivitet og idrætsliv efter udskrivelse

3.1 Fysisk aktivitet efter udskrivelsen

I det følgende er nævnt nogle eksempler på, hvordan man støtter patienten i at holde fast i de gode motionsvaner efter udskrivelsen. For at fastholde den sindslidende i en fysisk aktiv hverdag efter udskrivelse er det en god idé, at personalet på afdelingen søger oplysninger om idrætsstilbud og muligheder i det lokalområde, hvor den sindslidende bor. Ud fra den fysiske aktivitet på hospitalet laver personalet en fysisk aktivitetsplan sammen med patienten. Man kan fx lave en 30 minutters gå- eller løbetur sammen med patienten. Udpeg og indtegn evt. på kort en rute, som den sindslidende føler sig tryk ved. Afprøv turen og tag tid – hermed er der opnået tryk, struktur og overskuelighed. Indfør eventuelt gåturen som en vant rutine ved hjemmebesøg. Overvej muligheden for, at flere udskrevne patienter mødes og er fælles om aktiviteten, og tag ved samme lejlighed en snak om kost og væske i forbindelse med fysisk aktivitet, så ubehag kan undgås. Herudover bør den sindslidende motiveres til at deltage i et etableret idrætsstilbud. Familie og venner kan evt. inddrages i at støtte patienten omkring den fysiske aktivitet.



3.2 Lokalt idrætsliv for sindslidende

Flere steder i landet er der etableret idrætsforeninger for sindslidende. Nogle steder er sindslidende inddraget i bestyrelsesarbejdet – oftest i samarbejde med en eller flere ansatte i socialpsykiatrien, som arbejder målrettet med brugerindflydelse og -inddragelse. Enkelte steder indgår sindslidende selv som idrætsinstruktører eller som medhjælpende instruktører. Foreningerne er underlagt den almene folkeoplysning og skal dermed være åbne for alle, hvilket giver de sindslidende mulighed for at dyrke idræt med ansatte, pårørende, venner og ligestillede. Foreningerne drives på almene vilkår, og dermed betales kontingent. De fleste steder er kontingentet lavt og overkommeligt for de fleste, og på mange institutioner købes et antal kon-

tingentpladser til medarbejderne. Nogle få steder i landet er idræt for sindslidende finansieret af kommunen og dermed gratis for brugerne, mens andre kommuner har prioriteret at ansætte en idrætsmedarbejder/-koordinator, som sammen med de sindslidende står for driften af foreningen.

Dansk Arbejder Idræt, DAI, (www.dai-sport.dk), har i samarbejde med Danmarks Idræts Forbund, DIF, ansat en landskonsulent, og her kan man altid få hjælp til at komme i gang, hvor der ikke findes et tilbud i området, eller hvis man ønsker hjælp til udvikling og inspiration (se webside bagest i materialet). DAI har gode erfaringer med afvikling af idrætsfaglige kurser, hvor der deltager både sindslidende og medarbejdere/personale.

De fleste foreninger for sindslidende har et bredt udbud af motionsidrætter, og mange deltager i stævner uden for kommunen eller afholder egne idrætsdage. Det styrker netværket for deltagere og ansatte og giver motivation til den ugentlige træning. De sindslidende får via idrætsforeningen mulighed for at knytte venskaber med ligestillede og danne netværk på tværs af institutioner og væresteder.



3.3 Støtte til at holde fast i motionen

Mange foreninger oplever, at de sindslidende ikke dukker op til træning, selvom de giver udtryk for, at de gerne vil. Her spiller medarbejderne en vigtig rolle, idet de ved egen aktivitet er gode rollemodeller. Som beskrevet ovenfor ligestilles man i idrætsaktiviteten, hvor det ikke altid er kontaktpersonen eller den ansatte, som har den største kompetence. Støtte-/kontaktpersonen bør deltage kontinuerligt i træningen, indtil den sindslidende føler sig stærk nok til selv at tage af sted. I startfasen kan medarbejderen hjælpe den sindslidende til at få lavet aftaler med andre sindslidende, så de kan følges ad til træning og tage kontakt, hvis nogen udebliver. Hjælp evt. den sindslidende med at få betalt kontingent via betalingsservice, og husk at indregne det i forbindelse med budgetlægning som en naturlig og højt prioritet udgiftspost. Betragt fysisk aktivitet som en vigtig investering. Husk at uddele ros, når

ting lykkes, og at få talt om evt. negative oplevelser i forbindelse med træningen. Hvis motivationen er alt for dalende, kan det være, at man har valgt en forkert idrætsgren – spørg altid ind til, hvorfor motivationen og lysten er dalende, og hvad der skal til, for at motivationen kommer tilbage. Det kan være småting som rammerne, transporten, omklædningen, for store krav, for små krav osv.

4 Implementering af fysisk aktivitet på afdelingen

At implementere målrettet fysisk aktivitet på en afdeling kræver en god organisering. Derudover er det væsentligt at få omstruktureret afdelingens aktuelle døgn- og ugerytme, så der skabes plads til den fysiske aktivitet. Først herefter vil man kunne ændre rytmen, så motion fremover bliver en fast del af hverdagen på afdelingen. Når man går i gang med projektet omkring fysisk aktivitet, er det vigtigt at være realistisk. Det er væsentligt, at man som afdeling justerer projektets omfang og ambitioner efter de kræfter og ressourcer, man har til rådighed. Derudover skal man være forberedt på, at projektet vil fylde meget i begyndelsen.

I det følgende bedes I overveje, hvordan fysisk aktivitet bedst kan passes ind i afsnittets kultur og døgnrytme, så det bliver en integreret del af afsnittets rutiner og behandling, og normen går hen og bliver, at man er fysisk aktiv.

Spørgsmål 1: Fysiske rammer

Beskriv de fysiske rammer på sygehuset eller i nærmiljøet, hvor der kan etableres fysisk aktivitet for de indlagte patienter:
(fx gang, opholdsstue, gård, gymnastiksal, hal, festsal, fitnesscenter, træningssal, græsarealer, stisystemer, skov, sø, skole/hal i nærmiljøet).

Spørgsmål 2: Aktiviteter

Overvej, hvilke former for fysisk aktivitet I vil lave på jeres afsnit. Hvilke former for fysisk aktivitet kan I tænke jer i afdelingen? Hvilke aktiviteter er realistiske?
(fx gåture, løbegrupper, crolf, psykomotorisk træning).

Spørgsmål 3: Orientering af nye patienter og nyt personale om fysisk aktivitet og træning

Hvordan kan afsnittet sikre, at nye patienter, pårørende samt nyt personale er velorienterede om træningen og er fysisk aktive?

(fx orientering af læge ved indlæggelse/gennemgang, udarbejdelse af ugeskema for patienten, folder om motion, opslag på gangen, drøftelse på morgenmøde, kontaktpersonen henter patienter, udlevering af dette undervisningsmateriale til nyansatte).

Spørgsmål 4: Plan og mål

Hvor kan den enkeltes patients ugeplan/ugeskema og mål beskrives?

(fx beskrive træningen for den enkelte i sygeplejefjournalen/journalen, beskrive træningen i behandlingsplanen, lave ugeskema i forbindelse med patientinterviewet og konditest (se Testmanualen i Sundhedsstyrelsens serie om fysisk aktivitet i psykiatrien)).

Spørgsmål 5: Inddrage observationer i behandlingen

Hvordan sikrer man, at de observationer, der gøres under træningen, bliver inddraget i behandlingen?

(fx indføre observationer i journalen/sygeplejefjournalen, diskutere forskelle i adfærd i afsnittet og under træning og til den ugentlige lægekonference, inddrage erfaringer fra træningen i de terapeutiske grupper).

Spørgsmål 6: Træning efter udskrivelsen

Hvordan kan afsnittet sikre sig, at den enkelte får mulighed for at fortsætte træningen efter udskrivelsen?

(fx lave en liste over idrætstilbud i lokalområdet, kontakt til den lokale idrætsforening/idræt for sindslidende, henvisning til et socialpsykiatrisk tilbud med idræts- eller træningsgrupper, etablering af løbegrupper).

Spørgsmål 7: Hvad kan i øvrigt bidrage til at ændre kulturen på afdelingen til at blive mere fysisk aktiv?

Spørgsmål 8: Barrierer og løsningsmuligheder

Hvilke barrierer kan I tænkes at løbe ind i i startfasen og på længere sigt? Hvad er mulige løsninger til at overkomme problemerne?

8.a Barrierer og løsningsmuligheder i startfasen

Fx problemer med at motivere kollegaer og patienter, manglende respekt for alvoren i træningen, problemer med at prioritere de fysiske aktiviteter i forhold til fx samtidige samtaler og terapigrupper, utilstrækkelige fysiske rammer, mangel på kvalificerede trænere.

8.b Barrierer og løsningsmuligheder på længere sigt

Fx problemer med at få patienterne videre i tilbud uden for sygehuset/centeret, samarbejde med distriktpsychiatrien om opfølgning, fastholdelse af ledelsesopbakning, manglende forståelse fra kolleger på andre afsnit, når patienter overflyttes.

5 Litteraturhenvisninger

Litteratur, der er henvist til i undervisningsmaterialet

1. Fysisk aktivitet og sundhed - En litteraturgennemgang. Sundhedsstyrelsen. 2001.
2. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen 2003.
3. Sund hele livet. Regeringens Folkesundhedsprogram, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001.
4. Moe, T.: Resultater fra en spørgeundersøgelse om fysisk aktivitet ved de psykiatriske institutioner i Oslo. Præsentation ved konference i Vejle. Båndoptagelse. 1995.
5. Keldstrup, A.: Galskab, psykiatri, galebevægelse – en skitse af galskabens og psykiatriens historie. Amalie. 1983.
6. Svensson, J: Psykomotorisk træning i behandlingen af indlagte psykiatriske patienter - Ph.d.-afhandling. Institut for Idræt, Københavns Universitet. 2001.
7. Raglin, J.S.: Anxiety and sport performance. I Hollozy, J.O.: Exercise and sport science reviews. Vol 20. Baltimore: Williams & Wilkins. 1992.
8. Martinsen E.W.: I Moe T, Retterstøl N. og Sørensen M. (red.): Fysisk aktivitet - en ressurc i psykiatrisk behandling. Universitetsforlaget Oslo. 1998.
9. Chamove, A.S.: Exercise effect in psychiatric populations. A review. In Sport Health, Psychology and Exercise Symposium proceedings. London.: The Sports Council/Health Education Authority. 1988.
10. Falloon I.R.H. & Talbot, R.E.: Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. Psychol Med, 11:329-339. 1981.
11. Svensson, J.: Leg og idræt i behandlingen af psykiatriske patienter. DHL 1991.
12. Martinsen E. W. & Medhus, A.: Exercise adherence and patients' evaluation of exercise in a comprehensive treatment programme for depression. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 43, 411-415. 1989.

5.1 Supplerende litteratur

1. Danmarks Idræts Forbund: Idræt – også for sindslidende.
2. Dunn, A.L. et al 2002 og 2005: The Dose study: a Clinical Trial to examine efficacy and dose response og exercise as treatment for depression.
3. Handicapidrættens videnscenter. Temahæfte sept. 1999. Brug bolden – sindslidende er med på holdet.
4. Martinsen E.W.: Benefits of exercise for the treatment of depression. Sport Medicine 9(6): 380-389. 1990.
5. Moe T, Retterstøl N. og Sørensen M. (red.): Fysisk aktivitet - en ressurs i psykiatrisk behandling. Universitetsforlaget Oslo. 1998.
6. Sell, H.: Effekten af fysisk aktivitet på hukommelsen. Sct. Hospital 1994.
7. Svensson, J.: Kroppen en bro til verden. Sport og psyke. 1995
8. Sørensen, M.: Valg av fysiske aktiviteter ut fra ulike målsætninger og problemer. I: Psykiatri og fysisk aktivitet, Del 1. STUI. 1986.

5.2 Hjemmesider

1. Dansk Arbejder Idræt: www.dai-sport.dk
2. Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk