

Fysisk aktivitet – et nyttig behandlingsverktøy?

Toril Moe



Toril Moe, cand.scient. med hovedfag fra Norges Idrettshøgskole, er ansatt som helse-sportspedagog

ved klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus.

Hun er opptatt av at mennesker med psykisk lidelser er fysisk aktive i hverdagen og var i 1984 en av initiativtakerne til Gaustadløpene og har siden vært med å lede arrangementet.

Moe har også engasjert seg i Aktiv på dagtid og opprettet i 2000 videreutdanningen Fysisk aktivitet som integrert behandling i psykisk helsearbeid.

Hun er bidragsyter til tipsheftet Fysisk aktivitet og psykisk helse og undervist både pasienter/brukere, personale, pårørende og treningskontakter innen tema fysisk aktivitet og psykisk helse.

Allerede 300 år f. kr. uttrykte lege-kunstens far, Hippokrates, følgende: ”– det som brukes, utvikles. Det som ikke brukes forfaller.” Fra gammelt av er det kjent at mennesker måtte leve som jegere og samle mat for å overleve. Vi er programmert til å være fysisk aktive. Helt frem til innledningen av den industrielle revolusjonen var de fleste avhengig av sin muskelkraft for å overleve. De siste 50 årene har det skjedd store endringer. Utviklingen i samfunnet har redusert behovet for menneskelig muskelkraft. Når våre gener, vårt skjelett og våre muskler ikke har forandret seg på tusenvis av år, er det en utfordring når kunnskapen vi har, bekrefter at muskler som ikke brukes, forsvinner og skjelett som ikke belastes, blir skjørt. Som menneske må vi bevege oss for at kroppen skal fungere.

I etterkrigstiden var det spesielt Rolf Hofmo som var talsmann for at folkehelseidrett ble et viktig virkemiddel for sosial utjevning, i tillegg til bedre folkehelse, personlig

hygiene og mentalhygiene. Målsettingen med folkehelseidrett var ifølge Hofmo at den skulle være et hjelpemiddel for alle – unge som gamle, friske som syke, kontor mannen som tømmerhoggeren, yrkeskvinnen som husmoren. Idretten kunne gi sol, frisk luft og bedre hygiene (Elvbakken & Stenvoll red., 2008).

Mange velger imidlertid å være fysisk inaktive. Fysisk aktivitet kan oppleves fremmed og til og med skremmende. Dette er fremtidens store helseutfordring. Inaktivitet gir negative konsekvenser både fysisk, psykisk og sosialt.

Psykisk helse og fysisk aktivitet

Psykisk helsearbeid har i mange år bidratt til å opprettholde fysisk inaktivitet. Det er kjent at mennesker med psykiske problemer er mindre aktive enn andre, og mange har store utfordringer både når det gjelder fysisk, psykisk og sosial helse (Martinsen 2004). Et velkjent tema i denne sammenheng er motivasjon. Mange vil hevde at mennesker med psykiske problemer mangler motivasjon for å drive fysisk aktivitet.

I 1988 gjennomførte jeg en undersøkelse av pasienter som var innlagt over tid på psykiatrisk institusjon. De fleste var i utgangspunktet lite motivert for fysisk aktivitet. De var mer opptatt av det de oppnådde

gjennom å være i fysisk aktivitet enn aktiviteten i seg selv. De fleste oppga at de fikk bedre sosial kontakt både med personalet og medpasienter. Helsen ble bedre og muligheten for å gjøre noe meningsfullt, morsomt og avkoblende økte. Videre oppga de at fysisk aktivitet var en arena for å oppleve noe spennende. De kom seg bort og fikk et positivt avbrekk fra rutiner i avdelingen. Mange følte også at de fikk brukt sine ressurser og oppnådde mer oppmerksomhet fra personalet i sammenheng med fysisk aktivitet.

Min oppfatning er at de fleste som deltar i tilrettelagt aktivitet, har minst en, og gjerne flere gode opplevelse under og etter trening. Det bør få konsekvenser for behandlingstilbudet, og her hviler et stort ansvar på personalet.

Forskning og offentlige dokumenter knyttet til fysisk aktivitet

Forskning viser at fysisk aktivitet er viktig for folkehelsen. Det gjelder også mennesker med psykiske lidelser. Noen vil hevde at det er for få forskningsresultater, og at de vi har, ofte er metodisk svake (Martinsen 2004). Det må imidlertid fremheves at resultatene i de fleste studiene indikerer bedring av mental helse. Det gjelder både på positive og negative schizofrenisymptomer og generell livskvalitet. Fysisk aktivitet

er i tillegg en godt likt mestringsstrategi (Bjørnstadjordet 2009). Som et resultat av forskningen står det i de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet (2009) at behandling av depresjon bør gjøres ved bruk av fysisk aktivitet kombinert med antidepressive medikamenter. Ved milde depresjoner skal fysisk aktivitet tas i bruk før man setter i gang med medikamenter. Ved tyngre depresjoner bør medikamenter brukes sammen med fysisk aktivitet.

Konklusjonen ved ulike studier viser at fysisk aktivitet har en positiv effekt på symptomer som angst, depresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger, sosiale evner og kroppsbilde. Når det gjelder hygiene, humør, imøtekommenhet og oppmerksomhet har fysisk aktivitet også vist seg å ha en positiv virkning. Fysisk aktivitet påvirker også søvn, mellommenneskelige ferdigheter og økt motivasjon for å delta i annen aktivitet/behandling (ibid 2009).

Fra Helsedirektoratet kommer det jevnlig offentlige dokumenter som legger føringer for bruk av fysisk aktivitet både i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det skrives informasjonsmateriell, tipshefte (2010) og gjøres utredningsarbeid. Det holdes kurs og konferanser, og vi har etter hvert fått mye kunnskap.

Likevel er det ifølge tidligere helseminister Høybråten fortsatt for lite handling (personlig meddelelse). Åtte departement har gått sammen om å lage handlingsplanen *Sammen for fysisk aktivitet (2005-2009)*. Utfordringen er hvorvidt de 108 intensjonene i planen følges opp. Til nå har helsevesenet stått for store deler av behandlingen her i landet. Skal fysisk aktivitet inngå i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske problemer, er konklusjonen i handlingsplanen at helsevesenet ikke kan ta ansvaret alene. Spørsmålet er om noen skal eller kan ha monopol på å tilrettelegge fysisk aktivitet for mennesker med psykiske problemer, og i tilfelle hvem? Dette er også en økonomisk utfordring som etter min mening prioriteres for dårlig både av samfunnet, helsevesenet og den enkelte.

Helsepersonell, fysisk aktivitet og motivasjon henger sammen

Monopol eller ikke; helsepersonell vil alltid bli en viktig brikke i motivasjonsarbeidet for økt fysisk aktivitet innen psykisk helsearbeid. Alle som skal tilrettelegge fysisk aktivitet for denne gruppen, bør ha kunnskap om effekten av fysisk aktivitet og hva det kan bidra til. I tillegg bør de ha kjennskap til ulike motivasjonsstrategier. En tradisjonell, passiv behandlingkultur kan forsterke manglende motivasjon for

fysisk aktivitet. Pasienter, som ofte er i dårlig form når de søker hjelp, kan oppleve at formen forverres under behandlingsopplegget, dersom ikke behandlingen inneholder regelmessig fysisk aktivitet. Når vi vet hvilken helserisiko fysisk inaktivitet på sikt kan medføre, er det vanskelig å forsvare en passiv behandlingsskiltur.

Helsepersonells oppfølging av mål som er nedfelt i pasientens individuelle plan, er en viktig del av motiveringsarbeidet. Motivert og energisk helsepersonell som legger til rette for og selv deltar på aktiviteter, vil oppfattes som forbilder. Disse vil lettere oppnå motiverte deltakere. Positivt helsepersonell, som har realistiske forventninger og som tør å vise både hva de står for og ikke mestrer, gir grunnlag for økt tillit, bedre samarbeid og gode relasjoner.

Motivasjon smitter og praktiseres med andre ord best av de som selv er motivert. Kunnskap, erfaring, vilje, tro og engasjement er sentrale egenskaper for å oppnå respons hos de som skal motiveres. Et aktivt motivasjonsklima vil øke inspirasjonen både blant pasienter og helsepersonell. Mange responderer på gode relasjoner, tillit og omsorg fra andre, og i motivasjonssammenheng har det sosiale stor betydning. Å delta i aktivitetsgrupper kan derfor bidra både til fellesskap og vari-

ge sosiale nettverk.

Deltakelse bør fremheves fremfor prestasjon, og følelse av medbestemmelse og medansvar bør stå sentralt. Utbytte og fremgang bør synliggjøres og markeres i riktige settinger og i passe doser. Eventuell progresjon bør legges opp i samarbeid med utøver og leder.

Å finne riktig motivasjonsstrategi kan være en utfordring og er spesielt viktig. Man utfordres til å tenke nytt og kreativt samt at det kan bryte ned fordommer som vi har. En aktuell tilnærming kan være å gjennomføre en motivasjonssamtale. Hensikten er å kartlegge hva den enkelte vil og kan ha glede av. Kontakt med pårørende og venner, samt observasjoner i ulike situasjoner, kan også gi nyttig informasjon. Med bakgrunn i personens ønsker, interesseområder og forutsetninger, samt behandlingsmål og økonomiske rammer, er det mulig å tilrettelegge aktivitetstilbud som kan justeres etter behov.

Jeg har vært syk i mange år og mangler energi til å gjøre ting. Når jeg er innlagt får jeg tilbud om morgentrim, ballaktiviteter, svømming og turer. Innerst inne har jeg lyst, men når alt er tungt og mørkt, er det så alt for lett å avslå og bli liggende i

sengen. Jeg er rett og slett ikke motivert, og personalet aksepterer det. Jeg har opplevd at personalet heller setter seg og leser avisen. Det kan oppfattes som om de er fornøyd med at jeg er spurt. Det de ikke forstår, er at jeg trenger mer enn å bli spurt! Som ambivalent til å røre meg, ofte etter en natt med dårlig søvn, med et hode fullt av vonde tanker og en kraftløs kropp, har jeg behov for en som snakker med og ikke bare til meg, en som har tro på meg og vilje til å bidra litt mer og gjerne overbevise meg om at tilværelsen kan bli lettere ved å gjøre noe. Når familien kommer på besøk eller jeg blir sittende å tenke på hvor avvisende jeg er, blir jeg skamfull og får dårlig samvittighet for min unnfalleshhet og manglende vilje, interesse og oppfølging. Hvordan skal jeg klare å formidle til personalet og mennesker rundt meg at jeg både har behov for og ønsker å være fysisk aktiv, men likevel er avvisende og velger det bort?

Dette er en situasjon flere kan møte i hverdagen, og det er viktig å tenke på hvilke motivasjonsstrategier som kan være aktuelle å benytte. Jeg tror ikke det finnes noen fasit, men har noen tanker og ideer som kan være

aktuelle å vurdere i forbindelse med motivasjonsarbeidet.

Helsepersonell er ofte for lite kjent med pasientenes ressurser og tidligere erfaringer, spesielt knyttet til forhold utenfor deres sykdom. Å bli bedre kjent med pasientens tidligere opplevelser gjennom gode, åpne samtaler og intervju, kan være et utgangspunkt for å kartlegge nyttig informasjon og fremme bevissthet om pasientens egne ønsker, interesser og behov. En slik samtale, også kalt motivasjonssamtale, er et verktøy som kan benyttes i en endringsprosess der målet er å oppmuntre pasienter til å bevege seg mot å ta en beslutning om å komme i gang og øke den fysiske aktiviteten.

Mer informasjon om motivasjonssamtalen, kan leses i boken *Motiverende samtale* av Barth & Näsholm (2007) og kapittel 7 i *Aktivitetshåndboken* (2008); - *Motiverende samtaler om fysisk aktivitet*.

Personen i caset er i utgangspunktet motivert for fysisk aktivitet, men personalet synes ikke å ha fanget det opp. Spørsmålet er om pasientens avslag eller manglende interesse skal tas bokstavelig, og resultere i at personalet som her setter seg og leser avisen. Å være i en mørk tunnel som en psykisk sykdom ofte kan forbindes med, innebærer at man er

negativ til det meste og derfor trenger ekstra oppmerksomhet og støtte til å gjøre ting. Pasientens autonomi og brukerperspektivet skal alltid tas på alvor, men kanskje forespørselen kan dreies mer bort fra selve aktiviteten? En forhåndssamtale kan avdekke om personen synes det skjer lite på avdelingen, om dagene blir lange og triste og vedkommende føler seg tung i kroppen. Fremfor å godta avslaget, kan personalet forlenge samtalen og trekke frem pasientens egne argumenter som kan få vedkommende til å endre syn. For personer som er uinteresserte, i dårlig form eller engstelige for å drive fysisk aktivitet, kan en legesjekk også bidra til en holdningsendring. Å avdekke uheldige helsemessige forhold hvor fysisk aktivitet kan være nyttig, er en motivasjonsfaktor i seg selv.

Å komme i gang med fysisk aktivitet

For mange er det vanskeligste steget å komme i gang. Utfordringen er derfor å hente frem og fokusere på ambivalente endringsprosesser. For noen vil motivasjonen og endringen først komme som et resultat og en belønning når de er i gang og mestrer en type fysisk aktivitet.

Et relevant spørsmål i denne sammenhengen er om personalet på noe tidspunkt kan være tilfreds med å

lene seg tilbake, uten virkelig å ha gjort sitt beste for at pasienten ikke fortsetter å være passiv. Å sette seg ned og lese avisen er vel et signal på resignasjon? Handlingen kan være berettiget i visse sammenhenger, og avgjørelsen kan være vanskelig å ta. Å jobbe i psykisk helsevern kan være en utfordring der vi som helsepersonell beveger oss mellom empati, press, mas og kanskje tvang. Noen ganger kreves det også at vi tar upopulære beslutninger. Topor (2006) hevder at helsepersonell som har tro på, ser og yter mer enn det pasienten kan forvente, skaper tillit og bidrar positivt i bedringsprosessen. Avgjørende for prosessen er at personalet kommer med konkrete forslag som DE kan gjøre sammen og følger opp disse (ibid 2006).

Involvering av familie og venner

Familie og venner er ofte viktige samarbeidspartnere og ressurspersoner i dette arbeidet. Hvis det finnes positiv vilje i miljøet, bør den utnyttes optimalt. Familien bør gjøres kjent med pasientens planer, og gjerne bli informert om aktuelle motivasjonsstrategier som vil gjøre det lettere å komme i gang med fysisk aktivitet. Familiemedlemmer kan også være med i samtaler og bidra til at gode opplevelser som pasienten hadde glemt, kommer frem. Videre kan familien stimule-

res til å følge opp den fysiske aktiviteten etter et institusjonsopphold, og hjelpe brukeren til å komme i gang etter en passiv periode. Det gjelder også å finne aktuelle arenaer hvor lavterskeltilbud som Aktiv på dagtid og frisklivssentraler tilbys.

Å være skamfull og å ha dårlig samvittighet er følelser som innhenter oss alle i perioder. Utfordringen er å ikke bli for lenge i disse negative fasene. Som pasient og psykisk syk trenger man ofte hjelp og støtte. Oppfølgingen bør vare over tid, spesielt i faser hvor det skjer endringer.

Videreføring av fysisk aktivitet

Det første skrittet er å komme i gang! Det andre skrittet er å gjøre aktiviteten til en vane på linje med andre rutiner som å spise og sove. Overgangen fra en passiv tilværelse til å være regelmessig aktiv må ikke bli for stor, spesielt i begynnelsen hvor det kan oppstå skader. Nøkkelen for å oppnå varig helsegevinst, "suksessfull aldring" og økt mulighet for et lengre og friskere liv, betinger at fysisk aktivitet opprettholdes uavbrutt på en eller annen måte gjennom hele livet.

For inneliggende pasienter kan terskelen for å fortsette den fysiske aktiviteten etter utskriving være høy. En viktig oppgave før utskriving er

derfor å kartlegge aktivitetstilbud og muligheter i pasientens nærmiljø. På bakgrunn av disse opplysningene og erfaringer fra den fysiske aktiviteten ved institusjonen, bør personalet og pasienten lage en aktivitetsplan sammen. Denne kan gjerne knyttes til en individuell plan. Med målbevisst oppfølging vil sjansen øke for at pasienten klarer å videreføre aktivitetsprogrammet sitt, og videreføre den gode prosessen som var i gang før utskriving.

Når beslutningen om endring er tatt og fysisk aktivitet skal være en del av den nye livsstilen, bør dette formidles til mennesker i nærmiljøet. Det gjør endringen mer forpliktende, og sjansen for å oppnå støtte vil øke. Å videreføre fysisk aktivitet kan også handle om prioritering av tid og økonomiske midler. Dessuten kan en som selv har endret livsstil, bli en pådriver for andre som sliter med skamfølelse og dårlig samvittighet fordi en ikke har kommet i gang.

Valg av aktivitet kan være avgjørende for videreføring. Man blir god på det man trener på, og det er alltid motiverende å registrere framgang. Helsemessig er det gunstig å drive ulike aktiviteter. En kombinasjon av utholdenhet og styrke er en god miks ved siden av å opprettholde

bevegeligheten.

Fysisk aktivitet er *god service* for kroppen, som også har behov for rekreasjon og hvile. Potensialet for hvile er imidlertid brukt opp av mange som sliter psykisk. Balanse er viktig. Kroppen kan ikke byttes ut, så det gjelder å stille godt med den man har. Regelmessig fysisk aktivitet er en billig og effektiv helseforsikring.

Undervisning i fysisk aktivitet

Undervisning er et nyttig motivasjonsverktøy. Det kan også forebygge negative tanker og følelser forbundet med fysisk aktivitet. I undervisningssammenheng kan det være aktuelt å trekke frem problemstillinger som:

- hvorfor det er viktig å drive fysisk aktivitet
- helsegevinster av fysisk aktivitet
- konsekvenser ved fysisk inaktivitet
- hva skal til for å få effekt
- hva kan oppnås med ulike aktivitetsformer
- fysisk aktivitet knyttet til kosthold
- informasjon om tilbud og muligheter

Undervisningen kan legges opp teoretisk og praktisk med bruk av varierte hjelpemidler for å fange tilhørernes oppmerksomhet og interesse.

Mer kunnskap bedrer forutsetningene for å forstå hensikten med og nytten av fysisk aktivitet. Det øker også betingelsene for å treffe egne beslutninger i endringsprosessen, fremfor mas og press fra andre.

Å ta opp hindringer som psykiske, fysiske og sosiale barrierer, skader, utbrenthet og andre utfordringer i undervisningen, kan forberede deltakerne på å takle uforutsette hendelser og dermed unngå langvarig opphold fra fysisk aktivitet.

Svikter motivasjonen, kan det være aktuelt å fylle på med ny kunnskap og gjerne bruke en aktivitets-/treningsdagbok hvor mål og positive resultater er notert. Positive tanker og bilder fra gode opplevelser virker alltid inspirerende. For øvrig er det viktig å bruke nettverket og be om hjelp og støtte som kan gi ny inspirasjon!

Videreutdanning i fysisk aktivitet og psykisk helsearbeid

Undervisning rettet mot helsepersonell er også nyttig. Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet tilbyr videreutdanningen *Fysisk aktivitet som integrert behandling i psykisk helsearbeid*. Studiet er rettet mot helsepersonell som jobber innen psykisk helsearbeid. Studentene får innsikt i fysisk aktivitet og helse generelt og

spesielt rettet mot psykisk syke. Of-
fentlige dokumenter, kroppsfilosofi,
forskning, prosjekt- og planarbeid,
kosthold, brukerperspektivet, moti-
vasjonsstrategier og helsesamtalen,
samt utprøving og tilrettelegging av
ulike aktiviteter, er emner som be-
røres i studiet. Ett mål bør være at
alle institusjoner og tilbud innen
psykisk helsearbeid har helseperso-
nell med faglig bakgrunn og utdan-
ning innen Fysisk aktivitet som in-
tegrert behandling. Mer informasjon
om studiet finnes på nettsiden
[www.oslo-universitetssykehus.no/
fysiskaktivitet](http://www.oslo-universitetssykehus.no/fysiskaktivitet) eller ved å sende en
mail til [toril.moe@oslo-univer-
sitetssykehus.no](mailto:toril.moe@oslo-univer-
sitetssykehus.no).

Historien på de neste sidene er hen-
tet fra virkeligheten. En person jeg
har kjent i mange år, har skrevet
kort om sitt liv og vektlagt hva fy-
sisk aktivitet og spesielt friluftsliv
og fiske har betydd for ham i til-
friskningsprosessen.

Fysisk aktivitet er sjelden tilstrekke-
lig som behandlingsform for alvor-
lig psykisk syke. Samtidig er denne
historien en bekreftelse på at fysisk
aktivitet er et nyttig redskap som
bør integreres på linje med andre
behandlingsformer.

Litteratur

Aktivitetshåndboken (2009) *Fysisk
aktivitet i forbygging og behandling*. Oslo:
Helsedirektoratet (IS-1592)

Barth, T & Näsholm, C. (3. opplag 2010)
Motiverende samtale. Bergen: Fagbokfor-
laget
Bjørnstadjordet, K. (2009) *Fysisk aktivitet
som behandling av mental helse ved schi-
zofreni*. I fysioterapeuten nr 5 (s 19 – 25)
Borg, M. og Topor, A. (2007) *Virksomme
relasjoner Om bedringsprosesser ved
alvorlige psykiske lidelser*.
Kommuneforlaget
Elvbakken, K.T. & Stenvoll D. red., (2008)
Reisen til Helseland. Bergen: Fagbokforla-
get
Fysisk aktivitet og psykisk helse (2010)
Tipshefte, Oslo: Helsedirektoratet (IS-
1670)
Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale
retningslinjer for diagnostisering og
behandling av voksne med depresjon i
primær- og spesialisthelsetjenesten*. (IS-
1561)
Martinsen, E.W. (2004) *Kropp og sinn.
Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen:
Fagbokforlaget
Ommundsen, Y. & Aadland, A. (2009)
Fysisk inaktive voksne i Norge. Helsedirek-
toratet m.fl.
Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). *Re-
sept for et sunnere Norge*. Folkehelsepoli-
tikken. Det kongelige helsedepartement.
Sammen for fysisk aktivitet (2005-2009).
Departementene
Topor, A., (2006) *Hva hjelper? Veien til
bedring fra alvorlige psykiske problemer*.
Kommuneforlaget

Toril Moe cand.scient/helsesportspedagog Klinikk psykisk helse og avhengig- het, Oslo universitetssykehus E-post: <a href="mailto:toril.moe@oslo-
universitetssykehus.no">toril.moe@oslo- universitetssykehus.no
--