

Det gør en forskel

Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien



Det gør en forskel

Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien



Kolofon

Titel:

Det gør en forskel
Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien

Copyright © 2013

Socialstyrelsen

Udgivet af:

Socialstyrelsen, 2013

1. udgave, 1. oplag

Trykt udgave: ISBN 978-87-93052-08-6

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-93052-09-3

Redaktion:

Jane Gullacksen, Line Hovind og Marie Herholdt Jørgensen,
faglige konsulenter, Socialstyrelsen

Layout: 4PLUS4

Tryk: Rosendahls Schultz Grafisk A/S

Socialstyrelsen

Videnscenter for Handicap, Hjælpedidler og Socialpsykiatri

Landemærket 9

1119 København K

Faghæftet kan bestilles via

www.socialstyrelsen.dk

Synspunkter, der kommer til udtryk i interview, artikler af eksterne skribenter samt kommentarer er ikke nødvendigvis dækkende for Socialstyrelsen.

Videnscenter for Handicap, Hjælpedidler og Socialpsykiatri

Videnscenter for Handicap, Hjælpedidler og Socialpsykiatri er en enhed i Socialstyrelsen, Socialministeriet. Videnscentrets opgave er at udvikle, indsamle, bearbejde og formidle viden om handicap, hjælpedidler og socialpsykiatri med henblik på at bistå kommuner, regionale og private tilbud med udvikling og kvalificering af de lokalt forankrede rådgivnings- og vejledningstilbud.





Indholdsfortegnelse

Forord	4
En styrket indsats for sundhedsfremme og forebyggelse til personer med psykiske vanskeligheder	6
Aktuelt bedste viden om livsstilsændringer på psykiatriområdet – Et forskningsoverblik	9
Idræt skal fremme sundhed på tværs af sektorer	14
Sund livsstil som en integreret del af botilbud	18
Ind fra ensomheden – Om idrætsdeltagelse blandt yngre brugere af socialpsykiatriske tilbud	23
Idræt som frivilligt tilbud – erfaringer fra Dansk Arbejder Idræt	31
Sundere liv i socialpsykiatrien – et eksempel fra Region Midtjylland	33
Mennesker med psykiske vanskeligheder vil gerne leve sundere	39
Livsstilscafé har sat spor	45
Litteratur til inspiration	50

Forord

Socialstyrelsen ønsker at formidle viden om indsatser, der har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. En viden, der tager højde for de specifikke udfordringer der er, når et menneske har psykiske vanskeligheder og samtidig gerne vil ændre livsstil.

En aktuel rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, "Psykisk sygdom og ændringer i livsstil", fortæller, at mennesker med psykiske vanskeligheder har en markant højere dødelighed i forhold til den generelle danske befolkning. Gennem de seneste år er det dokumenteret, at denne gruppe, foruden den højere dødelighed på 15-20 år i forhold til gennemsnitsdanskere, tillige slås med markant flere livsstilssygdomme.

Forskningen peger på, at denne målgruppe, i lige så høj grad som den øvrige del af befolkningen, er motiveret for livsstilsændringer. Rapporten fra Vidensrådet for Forebyggelse viser også, at det nytter med målrettede indsatser i forhold til livsstilsændringer. Det er vigtige aspekter, når der skal tænkes forebyggelse og sundhedsfremme for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Det øgede fokus på denne gruppes komplekse udfordringer i forhold til deres sundhed og trivsel, har de senere år resulteret i flere tiltag og indsatser, der lægger op til at tænke mere på tværs og utraditionelt i forhold til, at ændre den dårlige prognose på overdødelighed og livsstilssygdomme for mennesker med psykiske vanskeligheder.

I forhold til sundhedsfremme og forebyggelse er det nødvendigt også at medtænke begreber som recovery, deltagelse, fællesskaber og inklusion. Recovery handler om at komme sig og komme videre efter at have fået en psykiatrisk diagnose, og begrebet dækker over, at diagnosen ikke nødvendigvis er forbundet med kronicitet. Forskning viser, at recovery ofte optræder i relation til det at deltage og blive inkluderet i sociale fællesskaber; at være i relationer, som giver håb og tro på fremtiden; at man som menneske har mulighed for at (gen)opbygge en positiv identitet og overvinde den stigmatisering, man kan have oplevet, samt at genvinde magten over sit liv og få handlemuligheder og kompetencer, som kan skabe positiv forandring.

Det er både et individuelt og samfundsmæssigt anliggende. Personen skal selv ønske forandring, og samfundet skal give muligheder – og være inkluderende i forhold til tilgængelighed på områder som arbejdsmarkedet, fritidsaktiviteter og øvrige fællesskaber.

Ovennævnte rammer udgør nogle væsentlige forudsætninger i forhold til at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. I dette faghæfte har vi valgt at fokusere på den del af den recovery-understøttende indsats, der handler om at fremme mulighederne for et sundere liv, og dermed muligheden for en øget livskvalitet.

I faghæftet præsenteres aktuelt bedste viden i forhold til livsstilsinterventioner hos mennesker med psykiske vanskeligheder. Der er også en beskrivelse af, hvilke rammer kommunerne har i forhold

til at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse generelt, men også mere specifikt i forhold til målgruppen i socialpsykiatrien.

Faghæftet præsenterer praksiseksempler, der viser hvorledes regioner, kommuner og bosteder arbejder med sundhed og forebyggelse, der tager højde for de specifikke udfordringer som mange mennesker med psykiske vanskeligheder kan opleve. Vi har valgt at beskrive enkelte praksiseksempler, så det kan give en fornemmelse og illustration af de rammer og vilkår, som indsatserne skal folde sig ud i.

Det er vores håb, at præsentationen af artiklerne kan bidrage til at inspirere beslutningstagere, ledere og medarbejdere i kommuner og regioner på det socialpsykiatriske område til at tænke sundhedsfremme og forebyggelse ind som en naturlig og prioriteret del af hverdagen.

Socialstyrelsen vil gerne takke de personer, der har ydet bidrag og skrevet artikler til denne publikation.

*Jane Gullacksen og Line Hovind,
faglige konsulenter, Socialstyrelsen*

Begreber og sprogbrug

Socialstyrelsen anvender i dette faghæfte generelt begrebet psykiske vanskeligheder.

Begrebet psykiske vanskeligheder dækker over når en person for en kortere eller længere periode oplever vanskeligheder, som påvirker personens psykiske, fysiske, og sociale liv, samt funktionsevne.

Faghæftets eksterne bidragsydere kommer blandt andet fra psykiatrien, hvor man har forskellige tilknytninger til det psykiatriske område. Derfor forekommer udtrykkene psykisk syg, sindslidende, psykisk lidelse, psykiske vanskeligheder, psykiske funktionsvanskeligheder og psykisk sårbar også i dette faghæfte. Det er udtryk for, at målgruppen i (social)psykiatrien er en bred og varierende målgruppe, der kan have brug for meget differentierede tilbud og støtte.

En styrket indsats for sundhedsfremme og forebyggelse til personer med psykiske vanskeligheder

Mange med psykiske vanskeligheder er motiverede for at ændre livsstil. Endda i højere grad end den øvrige befolkning.

Af Eva Michelle Burchard, konsulent i Center for Forebyggelse i praksis, KL

Borgere med psykiske vanskeligheder udvikler, ligesom den øvrige befolkning, i stigende grad livsstilssygdomme. Denne stigning i livsstilssygdomme er i vid udstrækning resultat af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Undersøgelser viser, at mennesker med psykiske vanskeligheder generelt har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end den øvrige befolkning. Borgere med psykiske vanskeligheder dør i gennemsnit 20 år tidligere end landsgennemsnittet. En del af overdødeligheden kan tilskrives selvmord, mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme. Mennesker med psykiske vanskeligheder har fx en overdødelighed af livsstilssygdomme som diabetes, hjertekarsygdomme og kræft.

Kommunerne har mulighed for at påvirke befolkningens dagligdag og nærmiljø.



Stort forebyggelsespotentiale blandt borgere med psykiske vanskeligheder

Mange mennesker med psykiske vanskeligheder er motiverede for at ændre livsstil og endda i højere grad end den øvrige befolkning. Det viser tal fra den nationale sundhedsprofil fra 2010, hvor det blandt andet ses, at syv ud af ti borgere med psykiske vanskeligheder ønsker at kvitte cigaretterne, mens tre ud af fire mennesker med psykiske vanskeligheder ønsker at være mere fysisk aktive og over halvdelen med psykiske vanskeligheder ønsker at spise sundere.

Kommunerne i Danmark har et stort ansvar for forebyggelsen, idet kommunerne ifølge sundhedsloven har ansvaret for at skabe sunde rammer og etablere sundhedsfremmende tilbud. Kommunerne har mulighed for at påvirke befolkningens dagligdag og nærmiljø både i de kommunale institutioner; daginstitutioner, skoler, plejecenter og botilbud og igennem indsatsen på beskæftigelsesområdet, den fysiske planlægning osv. Der er et stort potentiale i at arbejde sundhedsfremmende i hele kommunen.

Sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet fordrer en tværfaglig indsats og opmærksomhed og bør ses som en del af kerneydelsen. Det gælder også i socialpsykiatrien, hvor der skal arbejdes

med sunde rammer i botilbud og væresteder, og hvor medarbejderne skal kunne indgå i nye samarbejdsformer med de borgere, der ønsker hjælp og støtte til at ændre sundhedsadfærd. Indsatsen understøttes af politikker og handleplaner samt ledelsesmæssig opbakning, men det er naturligvis især vigtigt, at medarbejderne har den nødvendige viden på området.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række forebyggelsespakker, der indeholder faglige anbefalinger baseret på den aktuelt bedste viden om effektiv forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelsespakkerne retter sig mod de kendte risikofaktorer bl.a. rygning, alkohol, motion og mental sundhed, men pakkerne har også et nyt og stærkere fokus på, hvordan kommunerne kan reducere ulighed i sundhed. Anbefalingerne i forebyggelsespakkerne skal bidrage til prioritering og kvalitetssikring af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne.

Sundhedsloven §119

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgeren.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sundhedsvæsenet og i praksissektoren med videre samt rådgivning i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

I forebyggelsespakkerne indgår der 4 typer af indsatser:

- Rammer (kommunale planer, politikker).
- Tilbud (rådgivning, træning, behandling af borgere).
- Informationsindsatser og undervisning (oplysning, markedsføring af kommunale forebyggelsestilbud, understøttelse af nationale initiativer).
- Tidlig opsporing (opsporing af borgere med risiko for udvikling af sygdom).

Der er ikke udarbejdet en forebyggelsespakke specifikt til socialpsykiatrien, men der er i alle pakkerne en række anbefalinger, der retter sig mod kommunens institutioner og botilbud, og anbefalinger der retter sig mod særlig sårbare grupper, herunder borgere med psykiske vanskeligheder.

I forhold til sunde rammer anbefales det blandt andet, at kommunale sundhedspolitikker (om mad og måltider, rygning, motion og alkohol- og rusmiddelbrug) skal udmøntes som handleplaner i de kommunale institutioner, herunder i socialpsykiatrien, mens det i forhold til forebyggelsestilbud anbefales, at der på nogle områder etableres særligt tilrettelagte tilbud til sårbare grupper, der ligesom den øvrige del af befolkningen har gavn af fx hjælp til at stoppe med at ryge. I relation til tidlig opsporing kan det i socialpsykiatrien handle både om opsporing af tidlige tegn på somatisk sygdom og om tidlig opsporing af risikoadfærd som fx alkohol- eller rusmiddelmisbrug.

Med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker kan kommunerne sikre en systematisk sundhedsfremme og forebyggelsesindsats i hele kommunen og skabe det fundament, der er nødvendigt for at mindske den sociale ulighed i sundhed. Ved at sikre sunde rammer og målrettede tilbud til borgere med psykiske vanskeligheder understøttes socialpsykiatriens arbejde med rehabilitering og recovery.

Fra forebyggelsespakke til forebyggelse i praksis

Flere kommuner rundt om i landet arbejder i disse år aktivt på at arbejde med forebyggelse som en integreret del af den socialpsykiatriske indsats. Nogle steder ansættes udviklingskoordinatore, der arbejder med at skabe sunde rammer i botilbud, væresteder og aktivitetscentre i hele kommunen, andre steder arbejder man med afprøvning af nye metoder til at styrke sundheden blandt borgere med psykiske vanskeligheder på enkelte af kommunens institutioner. Erfaringerne viser, at målrettede og vedholdende sundhedsfremmesatsninger kan gøre en forskel - også for disse borgers sundhed og livskvalitet.

Det er dog ikke altid lige let at gå fra anbefalinger om, hvad der bør gøres, til faktisk at integrere nye måder at arbejde på i daglig praksis. For at understøtte systematik og kvalitet i kommunernes forebyggelsesarbejde har regeringen bevilget midler til et nyt center, Center for Forebyggelse i praksis, der gennem rådgivning og afholdelse af temadage mv. skal hjælpe kommunerne med implementering af forebyggelsespakkeres anbefalinger.

Vi vil tydeligt vise, at det her område er noget, som kommunerne skal tage ejerskab til.

Astrid Kragh



”Vi vil tydeligt vise, at det her område er noget, som kommunerne skal tage ejerskab til. Det er en afgørende kommunal dagsorden, og kommunerne har heldigvis meldt sig stærkt på banen. Kommunerne har en særlig mulighed for at tænke på tværs, helt fra daginstitutioner til ældreplejen. Derfor er det godt, at centret holder til i KL,” siger Astrid Kragh.

Alle kommuner er velkomne til at kontakte Center for Forebyggelse i praksis med ønsker til nye aktiviteter på områder, hvor de har brug for rådgivning, sparring, ny viden eller anden bistand i forbindelse med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Centeret prioriterer aktiviteter, der kan komme flere kommuner til gavn, og vil i planlægning og gennemførelse af aktiviteter samarbejde med andre relevante aktører på forebyggelsesområdet.

For yderligere oplysninger, kontakt:
forebyggelseipraksis@kl.dk



Aktuelt bedste viden om livsstilsændringer på psykiatriområdet – Et forskningsoverblik

Mennesker med psykisk sygdom har en markant lavere levetid end mennesker, der ikke er ramt af psykisk sygdom. Denne artikel ser på, hvad der findes af viden om årsager til denne forskel.

Af Merete Nordentoft, professor i psykiatri

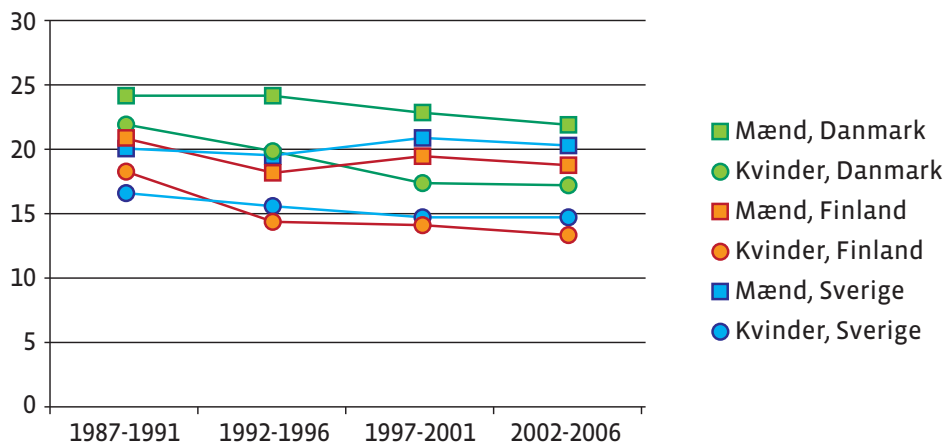
Der er overdødelighed og oversygelighed for mennesker med psykisk sygdom. Den forventede levetid er cirka 20 år kortere for mænd og 15 år kortere for kvinder med bipolar sygdom og skizofreni, mens antallet af tabte leveår er lidt mindre ved depression (1;2).

Der er overdødelighed ved samtlige sygdomskategorier både for mænd og kvinder. Overdødeligheden ved hjertekarsygdomme er mere end

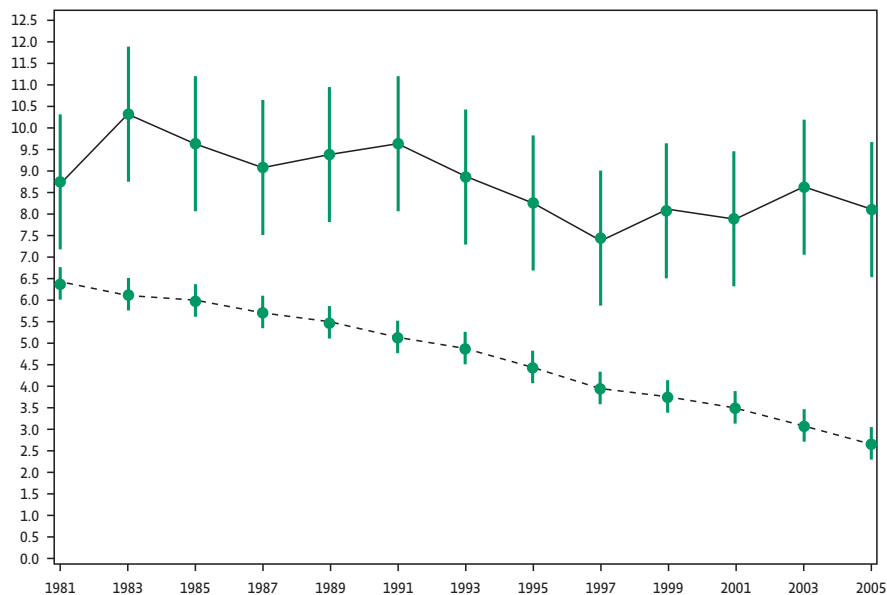
fordoblet, og denne dødsårsag spiller kvantitativt den største rolle. Selvmord og ulykker spiller en betydelig rolle for den nedsatte livslængde, men hovedårsagen er tidlig død på grund af somatisk sygdom, og kvantitativt spiller hjertekarsygdom den største rolle (3).

I de seneste årtier er dødeligheden ved hjertekarsygdomme i befolkningen faldet dramatisk, men hos patienter med skizofreni har man ikke kunnet

Tabte leveår sammenlignet med baggrundsbefolkningen



Figur 1: Tabte leveår blandt psykiatriske patienter i Danmark, Finland og Sverige, sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Patienterne har mindst en gang været indlagt på psykiatrisk afdeling. Kilde: Wahlbeck et al, Br J Psychiatry, 2012.



Figur 2. Udviklingen i hjertekarsygdom for mænd, 1981-2005 per 1000.
Kilde: Det Psykiatriske Centralregister og Dødsårsagsregisteret (8).

finde denne positive udvikling. Den vigtigste årsag er formentlig, at patienter med skizofreni ofte har en meget usund livsstil, og har været svære at nå med kampanjer for sundere livsstil (for eksempel ryggestop og fysisk aktivitet). Hertil kommer at patienter med skizofreni ikke i tilstrækkelig grad undersøges og behandles for somatiske sygdomme (for eksempel diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol) (4;5), og formentligt er bivirkninger ved nyere antipsykotisk medicin i form af øget risiko for vægtøgning og forstyrret hjerterytme også en del af forklaringen (6;7).

Data fra det Nationale Indikator Projekt (NIP¹) viser, at der blandt patienter med skizofreni er en større andel, der har risikomarkører for diabetes og hjertekarsygdom (Body Mass Index (BMI) > 30, taljeomfang > 88 cm for kvinder og 102 cm for mænd, forhøjet blodsukker, forhøjede blodlipider og blodtryk > 130/95 mm Hg). Blandt de 5.000

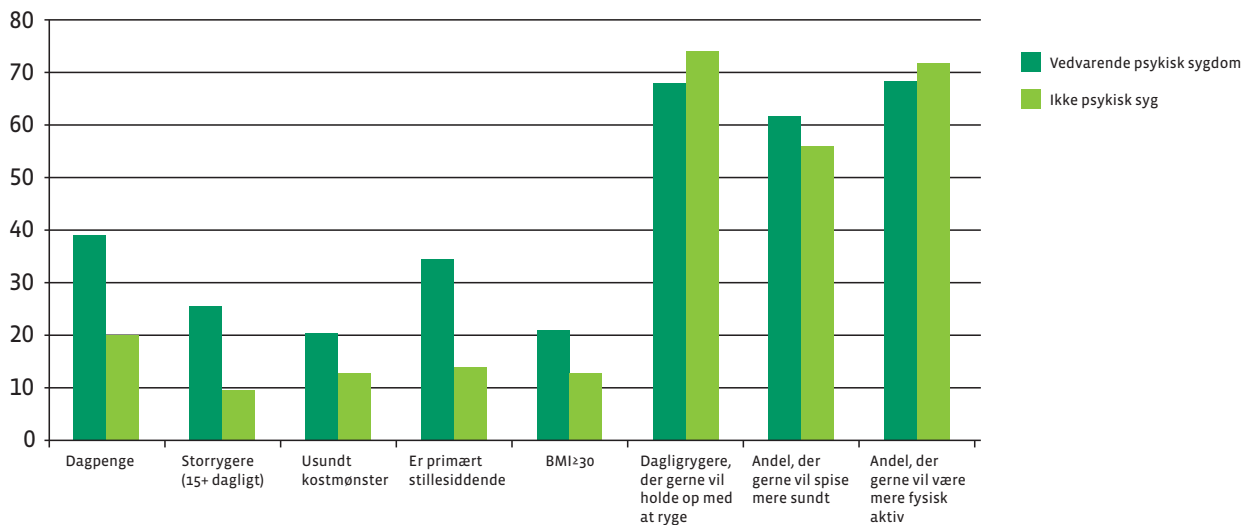
patienter med skizofreni, som i 2011 fik rapporteret data til NIP havde 18 % forhøjet blodsukker, 35 % havde BMI over 30, 57 % havde taljeomfang der oversteg de af Sundhedsstyrelsen anbefalede grænser, 59 % havde forhøjede blodlipider og 61 % havde forhøjet blodsukker. For alle patienter med skizofreni, indlagt på psykiatrisk afdeling eller i ambulant behandling, skal der mindst en gang årligt indrapporteres oplysninger, der dokumenterer kvaliteten af den behandling, de har modtaget. Der findes ikke tilsvarende oplysninger for depression og bipolar sygdom.

Årsager til overdødelighed

Oversygelighed og overdødelighed kan have flere årsager. For det første er der meget der tyder på, at mennesker med psykiske lidelser har en mere usund livsstil end baggrundsbefolkningen, og det er dette forhold denne artikel tager udgangspunkt i. For det andet er visse psykofarmaka forbundet med øget risiko for hjertekarsygdom og diabetes. For det tredje er det også vist at somatiske sygdomme underdiagnosticeres og underbehandles hos mennesker med psykiske lidelser. Endelig er

1 NIP er en landsdækkende kvalitetsdatabase, som har eksisteret siden 2001. NIP har fra 2012 skiftet navn til Den Nationale Skizofrenidatabase. (<http://www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/skizofreni>).

Dobbelt så usund, men ligeså motiveret



Figur 3: Andel med vedvarende psykiske problemer der har usund livsstil og som ønsker at ændre det. Kilde: Vidensråd for forebyggelse (11).

der en fælles genetisk disposition til visse psykiske og somatiske lidelser (9;10).

En betydelig andel af overdødeligheden skyldes somatisk sygdom forårsaget af usund livsstil. Nye landsdækkende tal fra Sundhedsprofiler 2010 viser, at svær overvægt, rygning, usund kost og stillesiddende adfærd forekommer ca. dobbelt så hyppigt hos personer, der angiver, at de har en psykisk sygdom, som i baggrundsbefolkningen. Personer, der angav at de havde vedvarende psykisk sygdom, havde dobbelt så ofte et usundt kostmønster (20,9 % vs. 12,9 %), en stillesiddende adfærd (34,7 % vs. 14,5 %) eller var daglige rygere (38,8 % vs. 19,8 %) i forhold til den generelle befolkning. Der var også langt flere storrygere (25,9 % vs. 10,1 %) og svært overvægtige (20,9 % vs. 12,9 %), men til gengæld har personer med vedvarende psykisk sygdom samme høje interesse som den generelle befolkning for at ændre livsstil, hvad angår rygning (68,3 % vs. 74,5 %), kost (62,2 % vs. 56,4 %) og fysisk aktivitet (68,7 % vs. 72,2 %) (www.vidensraad.dk/nyhed/ny-rapport-om-psykisk-sygdom-og-%C3%A6ndringer-i-livsstil).

Alkohol spiller en rolle

Alkoholforbrug indgår også som en livsstilsfaktor, der spiller en stor rolle. Således viste en nylig dansk undersøgelse (1), at overdødeligheden var værst blandt personer, der havde været indlagt med en alkohol eller stofrelateret sygdom, og også blandt de, som havde været indlagt med sygdomme i skizofrenispektret, eller i det affektive spektrum, var alkoholrelaterede dødsfald øget med en faktor 3-5. Forebyggelse af alkohol og stofrelaterede dødsfald må derfor have høj prioritet.

Der er behov for at etablere et bedre overblik over sundhedstilstand og livsstilsforhold hos personer med psykisk sygdom i Danmark og for at forske i hvilke interventioner, der er effektive og holdbare i forhold til livsstilsændringer. International forskning tyder på, at mennesker med psykiske lidelser, som indgår i undersøgelser om rygestop, har lige så gode resultater, som mennesker uden psykisk lidelse. Litteraturen tyder også på at kostomlægning kan mindske vægtøgning, eller give vægttab, og at fysisk aktivitet forbedrer kondition og muskelstyrke.

Tilbud og indsatser

Der er betydelig uklarhed om, hvem der har ansvaret for indsatser i forhold til livsstilsforhold blandt mennesker med psykisk sygdom. Som det aktuelt er, er det de regionale sundhedsmyndigheder, der ved mest om livsstilsforhold blandt mennesker med psykiske lidelser, mens det er kommunerne, der har forpligtelsen til at etablere tilbud. Erfaringen er, at det er meget ujævnt hvad der er af tilbud i kommunalt regi. I Sundhedscentre er der en del tilbud rettet mod mennesker med livsstilsproblemer, men disse tilbud er sjældent specielt målrettet og ej heller velegnede for mennesker med psykiske lidelser. Der er i forbindelse med sociale tilbud til mennesker med psykisk sygdom en del tilbud, der inkluderer fysisk aktivitet, men mange mennesker med psykisk sygdom opfatter ikke sig selv som nogen, der skal benytte sig af særlige tilbud for sindslidende. I den ambulante psykiatri har man tidligere haft en del tilbud om fysisk aktivitet, men med den tiltagende fokusering på direkte behandlingsarbejde har man mistet en del af disse tilbud. Det er således de færreste ambulante enheder, der har tilbud om fysisk aktivitet, kostvejledning og madlavning. Blandt personalet i såvel regioner som kommuner er der et stort behov for uddannelse i livsstilsforhold og i effektive interventioner, og der er brug for at de aktuelle personalegrupper suppleres med personalegrupper der har specifik viden på disse områder så som fysioterapeuter, diætister, idrætsuddannet personale.

Sårbar gruppe med særlige behov

Patienter med skizofreni udgør en sårbar gruppe med komplekse behov, og gruppens ringe fysiske helbredtstilstand er med til at fastholde den sociale ulighed i sundhed. Der er behov for at udvikle og afprøve interventioner, der har en effekt på de risikofaktorer for tidlig død, som er overrepræsenterede hos disse patienter. For at have effekt må interventionerne omhyggeligt og fleksibelt forankres i patienternes dagligdag. Indsatsen skal være af en konkret, umiddelbart anvendelig karakter og varigheden af indsatsen skal være så lang, at alliance, motivation, kortlægning af livsstil, identi-

fikation af handlemuligheder, afprøvning, konsolidering og forankring kan finde sted.

En nyligt udkommet rapport fra Vidensråd for Forebyggelse beskriver effekterne af en lang række livsstilsinterventioner. Rapporten konkluderer, at der er moderat evidens for, at nikotinsubstitutionsbehandling og rygestoprådgivning fremmer rygestop hos mennesker med tidligere eller pågående depression, mens lægemidlet bupropion kan forbedre chancen for rygestop hos personer med skizofreni. Den konkluderer også, at der stærk evidens for, at tilbud om superviserede motionsprogrammer til personer med depression vil forbedre deres kondital og muskelstyrke. Og endelig giver forskningen moderat evidens for, at det er muligt at gennemføre tiltag, der fører til vægttab eller til forebyggelse af vægtøgning, samt til positive forandringer i andre risikomarkører, herunder niveauet af kroppens fedtprocent, fasteglukose, blodets indhold af fedt samt taljemål. Andre typer af livsstilsinterventioner er også fundet at forbedre livsstilen hos forskellige psykiatriske patientgrupper, men her er der behov for mere forskning før noget sikkert kan konkluderes. Rapporten viser, at det i forbindelse med planlægningen af konkrete livsstilsinterventioner kan betale sig at have fokus på de særlige barrierer og motiverende faktorer, der er til stede, når mennesker med psykisk sygdom vil ændre livsstil. De væsentligste barrierer omfatter deres sygdomssymptomer, de medicinske bivirkninger og deres livssituation. Individuelle hensyn og støtte fra det professionelle og personlige netværk er derfor af stor betydning i forbindelse med planlægningen og gennemførelsen af livsstilsinterventioner og aktiviteter.

På baggrund af den viden, der er præsenteret i indeværende artikel, kan jeg komme med følgende anbefalinger:

1. Det anbefales at registrering af livsstilsforhold (KRAM) indgår systematisk i klinisk praksis.
2. Det anbefales, at der i regioner og kommuner etableres tilbud, der understøtter rygestop, fysisk aktivitet, sund kost og begrænsning af alko-

holforbrug. Det skal afklares, hvordan tilbud om støtte til livsstilsændringer kan implementeres både i kommunale og regionale tilbud og hvilket samspil, der kan etableres.

3. Der skal arbejdes med afklaring af de barrierer der er for ændringer af livsstil og den viden man opnår, skal bruges i implementeringen af tilbud.
4. De pårørende skal inddrages i arbejdet med at ændre livsstilsforhold. Erfaringer viser, at det er svært at ændre sine kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner alene. Er man tillige belastet af psykisk sygdom bliver det ikke nødvendigvis nemmere. Til gengæld, når der er trykke rammer, de rigtige motivationsfaktorer, tid, tålmodighed og et engageret netværk, øger det mulighederne for at indarbejde ændrede kost- og motionsvaner.
5. Alkohol og stofmisbrug er stærkt medvirkende faktorer til overdødelighed blandt mennesker med psykiske lidelser. Behandlingstilbud bør indeholde tilbud om hjælp til håndtering af misbrug sideløbende med behandling for psykisk lidelse.

Referencer

- (1) Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in denmark, Finland and sweden. *PLoS One* 2013;8(1):e55176.
- (2) Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011 May 18.
- (3) Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011 Sep;131(1-3):101-4.
- (4) De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011 Jun;10(2):138-51.
- (5) Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009 Jul;66(7):713-20.
- (6) De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011 Feb;10(1):52-77.
- (7) Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 4:8-13.
- (8) Laursen TM, Nordentoft M. Time trends of heart disease treatment, and mortality, from 1994 to 2006 among persons with schizophrenia or bipolar disorder. *Psychiatry Research*. In press 2010.
- (9) Chen X, Lee G, Maher BS, Fanous AH, Chen J, Zhao Z, et al. GWA study data mining and independent replication identify cardiomyopathy-associated 5 (CMYA5) as a risk gene for schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2011 Nov;16(11):1117-29.
- (10) Hansen T, Ingason A, Djurovic S, Melle I, Fenger M, Gustafsson O, et al. At-Risk Variant in TCF7L2 for Type II Diabetes Increases Risk of Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011 Mar 15.
- (11) Vidensråd for forebyggelse. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Copenhagen: Vidensråd for forebyggelse; 2013.

Idræt skal fremme sundhed på tværs af sektorer

Med afsæt i idræt og foreningsliv forsøger socialpsykiatrien i tre sjællandske kommuner sammen med regionspsykiatrien at skabe en sundhedsfremmende indsats, der hænger sammen på tværs af fag og sektorer. Det storstilede projekt rummer et tæt parløb mellem tre idrætsforeninger og psykiatri, en opkvalificering af medarbejderne og udvikling af et nyt tværfagligt uddannelsesmodul.

Af Lotte Edberg Loveless, freelance journalist

”Bevægelse, krop og sind”. Det er titlen på et treårigt udviklingsprojekt mellem Slagelse, Sorø og Ringsted kommuner og Psykiatrien Vest under Region Sjælland. Projektet, der blev skudt i gang foråret 2012, skal opkvalificere nuværende og kommende medarbejdere og sætte fokus på krop og motion som et gennemgående perspektiv i indsatsen over for psykisk sårbare.

Udover at bruge idræt som løftestang for sundhedsfremme, ligger der bag projektet et ønske om at skabe større sammenhæng mellem de regionale behandlingstilbud og kommunernes socialpsykiatri. Målet er, at styrke kvaliteten og den fælles forståelse, og skabe helstøbte idrætstilbud, der matcher borgernes behov.

Centralt i projektet står samarbejdet med tre idrætsforeninger for mennesker med psykiske vanskeligheder. Foreningerne i Slagelse og Ringsted var allerede etableret før projektstart. Hertil er kommet endnu én i Sorø.

Idrætsforeningerne er etableret og understøttet i samarbejde med Dansk Arbejder Idræt (DAI), der sammen med University College Sjælland og Gerlev Idrætshøjskole også er samarbejdspartner i projektet. Så godt som alle idrætsaktiviteter i projektet afvikles i forenings-regi, og langt de fleste er understøttet af medarbejdere fra socialpsykiatrien.

”Samarbejdet med idrætsforeningerne giver inklusions- og udslusningsperspektiver, fordi vi laver

en kobling mellem den frivillige og den offentlige sektor. I stedet for eksempelvis at bage boller med borgeren kan man tage til badminton i idrætsforeningen hver mandag klokken 13,” siger projektleder Jim Toft, der er cand. mag. i idræt og psykologi og har en ph.d. i psykologi.

Frivillige får back-up

Et af målene for projektet er at modne idrætsforeningerne, og allerede det første år har man set en udvikling. For eksempel er antallet af betalende medlemmer i foreningen Trelleborg IF i Slagelse steget fra 7 til 35, og der udbydes langt flere aktiviteter end tidligere.

”Medlemmerne er ambassadører for foreningslivet. De og den udbyggede tilbudsvifte giver positiv synergi, og forhåbentlig stiger antallet yderligere i projektperioden,” siger Jim Toft.

Ideelt set skal foreningernes drift og bestyrelsesarbejdet varetages af frivillige blandt medlemmerne. Men grundlaget er skrøbeligt, for aktiviteterne kræver, at faste personer tager ansvar for at afvikle dem.

”Mange har det dårligt i perioder, og er en frivillig væk et par måneder, kommer aktiviteten ikke op at køre igen. Foreningerne er derfor meget afhængige af, at medarbejdere fra socialpsykiatrien tager ejerskab og kan tage over og understøtte

aktiviteterne, når frivillige må melde fra. DAI's erfaringer på landsplan viser også, at de steder, hvor man ikke afsætter timer til det, falder foreningerne fra hinanden," siger Jim Toft.

"Det er vigtigt for projektet, at medarbejderne mødes på tværs af fag og sektorer og tager ansvar for de fysiske aktiviteter med borgerne. Der er stor vilje blandt medarbejderne til at arbejde tværsektorielt. Men det er en ny opgave, der skal presses ind i en i forvejen travl hverdag. Derfor er det en vigtig ledelsesopgave at vise, at man prioriterer indsatsen, og sørge for, at der bliver frigivet tid og skabt rammer for de fysiske aktiviteter. Meget handler om omstillingsparathed. Idrætstilbuddene erstatter bare andre aktiviteter i hverdagen."

Koordinatorer sikrer sammenhæng

De tre projektkommuner har for eksempel prioriteret indsatsen ved at udpege en idrætskoordinator hver. Udover at koordinere aktiviteterne er idrætskoordinatoren drivkraft for modning af initiativer på bevægelsesområdet og bindeled mellem idrætsforeninger, socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. De tre medarbejdere er frikøbt fra deres normale funktion 20 timer ugentligt i en periode på to år. Halvdelen af timerne finansieres af Sundhedsstyrelsen under forudsætning af egenfinansiering af den anden halvdel. I regionspsykiatrien har man udnævnt en ansvarsperson.

Den manglende idrætskoordinator i behandlingspsykiatrien gør det ekstra vigtigt, at der er tæt kontakt mellem projektlederen og afdelings-sygeplejerskerne på de to åbne afdelinger på Dianalund, som er tilknyttet projektet.

"De skal vise vejen og give grønt lys for, at målrettet information om aktiviteterne i foreningerne implementeres i hverdagen. Det behøver ikke være særligt tidskrævende, men projektet kræver, at nogen tager ansvar for det. Allerede ved udskrivelsen skal borgeren have et billede af, hvilke idrætstilbud der er relevante for ham eller hende," siger Jim Toft, som håber, at det på sigt også vil være muligt, at medarbejdere fra hospitalet kan følge med borgere til idrætsaktiviteter under indlæggelsen.

"Skal vi nedbryde sektorsøjlerne, skabe sammenhæng i indsatsen og vedligeholde kontakten efter projektet, kræver det, at vi får etableret et medarbejdernetværk og en kommunikation mellem de regionale behandlingssteder, distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien."

Bevægelsesambassadører får inspiration

Et af de tiltag, der gøder jorden for mødet på tværs af sektorer, er et kompetenceudviklingsforløb på seks kursusdage fordelt over et halvt år. Her uddannes i alt 30 medarbejdere fra de socialpsykiatriske enheder og regionspsykiatrien til såkaldte

Det er vigtigt for projektet, at medarbejderne mødes på tværs af fag og sektorer og tager ansvar for de fysiske aktiviteter med borgerne.

Jim Toft



Fakta om projektet:

- Projektperiode: 1. april 2012 – 1. maj 2015.
- Deltagere: Socialpsykiatrien i Sorø Kommune, Ringsted Kommune og Slagelse Kommune samt Psykiatrien Vest under Region Sjælland.
- Samarbejdspartnere: University College Sjælland, Dansk Arbejder Idræt og Gerlev Idrætshøjskole.
- Tilknyttede idrætsforeninger: IF Sorø, IF FRISK og Trelleborg IF.
- Styregruppen består af: Socialpsykiatricheferne fra Ringsted, Sorø og Slagelse kommuner, en repræsentant fra regionspsykiatrien og projektleder Jim Toft.

bevægelsesambassadører. Forløbets indhold er udviklet i samarbejde med DAI, University College Sjælland og Gerlev Idrætshøjskole.

”Deltagerne får viden og praktisk erfaring i forhold til, hvor differentieret man kan arbejde med kroppen. De præsenteres for en bred vifte af bevægelsestilbud og tilgange til idræt og lærer, hvad de enkelte aktiviteter kan befordre hos mennesker med psykisk sårbarhed,” fortæller Jim Toft.

Han håber, at man mod slutningen af projektet vil kunne rejse penge til at uddanne yderligere et hold bevægelsesambassadører.

”Kompetenceforløbet giver medarbejderne inspiration og ruster dem til at tilrettelægge aktiviteter og tage faglige diskussioner om bevægelse med kollegerne. Foreløbig har vi afviklet to kursusdage, og tilbagemeldingerne har været utroligt positive.”

På næste kursusdag vil der blandt andet være et oplæg om frivillighed, og om hvordan man kobler civilsektoren og den offentlige sektor. I forløbet trækker man også på undervisere fra samarbejds-

partneren University College Sjælland. En fysioterapeut-lærer, der har stor erfaring med crossfit i naturen, vil dele faglig viden og erfaring i forhold til, hvordan man tænker det fysiske aspekt ind i rehabiliteringen af psykisk sårbare mennesker. Og en ernæringsterapeut fra professionshøjskolen vil give en socialpsykiatrisk indgang til sit område.

Modul målrettet praksis

Sidste ben i projektet er skabelsen af et tværfagligt modul for studerende på de social- og sundhedsfaglige uddannelser under University College Sjælland. Fokus er på krop og motion, psykosocial rehabilitering og frivillighed.

Valgfaget er på seks uger og vil blive udbudt i løbet af de kommende måneder med opstart i efteråret 2013. Det tværprofessionelle forløb er udviklet i samarbejde med undervisere fra henholdsvis sygeplejerske-, fysioterapeut-, ergoterapeut-, ernæringsterapeut-, socialrådgiver- og pædagoguddannelsen.

”Socialpsykiatrien fylder meget lidt på professionshøjskolerne, og uddannelserne efterspørger en tværfaglig og fysisk tilgang. Alene derfor er modulet banebrydende, og resultatet er i al beskedenhed blevet rigtig fint. Vi har styrket netværket mellem uddannelserne og de fremtidige aftagere og skabt et modul målrettet behovene ude i praksis,” siger Jim Toft, der også håber på at få oprettet en diplomuddannelse, inden projektet udløber.

Udbytte på mange niveauer

Jim Toft mener, at brugerne både på det fysiske, psykiske og sociale plan kan profitere af idrætstilbuddene i det sjællandske udviklingsprojekt. Og der er god brug for indsatsen.

”Sygdom og medicinering betyder, at mange bliver passive. Middelalderetiden for psykisk syge er 15-20 år kortere end for andre borgere. Det er et enormt sundhedsproblem,” siger han.

Udover at give motion fremkaldes de fysiske aktiviteter kropslige erindringer.

”Alle har leget som børn og haft positive oplevelser med bevægelse. Der ligger store ressourcer

i at aktivere indlejrede kropserfaringer fra tiden før, sygdommen brød ud,” siger Jim Toft.

Det så han blandt andet under arbejdet med sin ph.d., hvor han med udgangspunkt i meget syge patienter med en skizofren lidelse undersøgte idræts indvirkning på symptomer og bevidsthed.

”Uanset hvor dybt psykotiske patienterne var, så blev de nærværende og tilstede, når de deltog i en fysisk aktivitet, der relaterede sig til deres kropserfaringer. Det åbnede op for en helt anden kommunikation,” fortæller han og fortsætter:

”Idræt handler ikke bare om sundhed, men er et psykologisk og kulturelt begreb, som er vigtigt, når vi taler rehabilitering og recovery. At være til stede i sin egen krop giver en oplevelse af mestring. Det er der, livet leves. Brugerne får det bedre, bliver nærværende og er bedre i stand til at være sammen med andre. Foreningslivet repræsenterer også en indgang til en tilværelse som aktiv borger på lige fod med alle andre og deltagelse i den demokratiske proces.”

Mange brugere har på grund af sygdommen mistet kontakten til deres netværk.

”Aktiviteterne i idrætsforeningen virker inkluderende. Deltageren oplever at være del af et fællesskab, som kan være med til at bryde isolationen og skabe nye netværk. Al socialpsykiatrisk forskning peger på, at det mest afgørende vendepunkt på vejen mod recovery er, at du får brudt isolationen og føler, at du er del af meningsfulde aktiviteter. Og her passer idræt perfekt ind,” siger Jim Toft.

Bred opbakning

Skal brugere tage første skridt ind i idrætshallen er det afgørende, hvordan medarbejderne sælger 'varen' til dem.

”Er de dygtige til at motivere og aktivere, får brugerne lyst til at deltage og komme igen. Ikke alle i personalegruppen har i forvejen et forhold til idræt, men vi udnytter det brændstof, der ligger hos medarbejdere, som er særlig tændte på projektets muligheder. Bevægelsesambassadørerne og ledelsens sikring af rammerne betyder meget for, om projektet bliver en succes,” siger projektlederen.

”Der er ingen tvivl om, at medarbejderne gerne vil den her tilgang. Den giver mening og korre-sponderer med den generelle recovery-orientering, man arbejder med i dagligdagen. De fysiske aktiviteter indebærer også social færdighedstræning, og brugerne lærer at møde op på faste tidspunkter et par gange om ugen – redskaber som er afgørende på vejen mod et mere selvhjulpent liv.”

Alt tyder på, at den tværsektorielle struktur og prioriteringen af idræt lever videre, når projektet udløber i foråret 2015.

”De tre kommuner har givet tilsagn om, at idrætskoordinator-funktionen fortsætter. Uden den ville det også blive meget vanskeligt at sikre forankringen af idrætten og kontakten mellem region og kommune,” siger Jim Toft.

Sund livsstil som en integreret del af botilbud

Socialstyrelsen har i 2012, via en spørgeskemaundersøgelse, undersøgt, hvorvidt man på bostederne i Danmark arbejder med områderne kost og motion. Der er en markant overdødelighed og overrepræsentation af livsstilssygdomme forbundet med psykiske vanskeligheder. Sunde kost- og motionsvaner kan således være særlig vigtige for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Af Jane Gullacksen og Line Hovind, faglige konsulenter, Socialstyrelsen

Vi har i denne artikel valgt at sætte fokus på undersøgelsens hovedformål: at afklare hvorvidt man arbejder med sunde kost- og motionsvaner på bosteder i Danmark, og i givet fald hvilke udfor-

dringer og barrierer, man oplever. Vi har valgt dette fokus, da vi mener det er et godt udgangspunkt for det videre arbejde i forhold til at skabe en sund livsstil hos beboerne på bostederne i Danmark.

Spørgeskemaundersøgelsen

I undersøgelsen er både ledelse og medarbejdere blevet adspurgt om deres erfaringer med at få implementeret sunde kost- og motionsvaner på bostederne. Mange har givet supplerende oplysninger og fortalt om deres erfaringer med at implementere nye sunde vaner. Svarprocenten ved undersøgelserne var henholdsvis 59 % for lederne af bosteder og 65 % for medarbejderne. Svarprocenten for medarbejdere er udtryk for et estimat, da medarbejderne har fået skemaet videresendt fra deres leder.

I undersøgelsen har vi defineret sund kost således: at beboerne til måltiderne tilbydes en fedt- og sukkerfattig, varieret kost, med grøntsager til hvert måltid, samt at frugt og grønt tilbydes i stedet for slik og kage. Motion er defineret således: at beboerne 2 gange ugentlig tilbydes at deltage i f.eks. gåture, løbeture, cykelture, svømning, tur i motionscenter, gymnastik osv.

Vi har ved definitionen af sunde kostvaner taget afsæt i sundhedsstyrelsens 8 kostråd, men valgt at gøre rådene mere enkle – og har bl.a. dermed lagt vægt på, at der skal tilbydes en sund og varieret kost som et alternativ til slik og kage. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man dyrker motion dagligt. I forhold til beboerne, fandt vi, at det i nærværende undersøgelse var relevant, at der som minimum skulle tilbydes motion 2 gange ugentligt, da vi skønnede det var realistisk.

Bostederne vil gerne sund kost og motion

Cirka 1/3 af lederne oplyser, at de har formuleret en strategi for at øge fokus på sund og varieret kost samt motion. Lidt over halvdelen af de adspurgte oplyser, at de har afsat midler til at få prioriteret hhv. en sund og varieret kost samt motion. Lederne oplyser, at det er vigtigt med et specifikt og prioriteret fokus – gerne med løbende faglig inspiration. En leder påpeger, ”Tænk sundhed ind som en integreret del af tilbuddet – og ikke som noget særligt”.

Mange medarbejdere peger på, at kost og motion er et prioriteret område, og at de har haft glæde af ekstern ekspertise. Cirka halvdelen af lederne peger på, at det i nogen grad kunne få betydning, hvis der kom overordnede strukturelle retningslinjer. Flere har fremhævet, at beboerne gerne vil have sundere vaner, men understreger samtidig, at man skal have god tålmodighed i implementeringsfasen. En leder har denne erfaring: ”For 1½ år siden startede vi en palet af forskellige tilbud indenfor motion/bevægelse, og i begyndel-

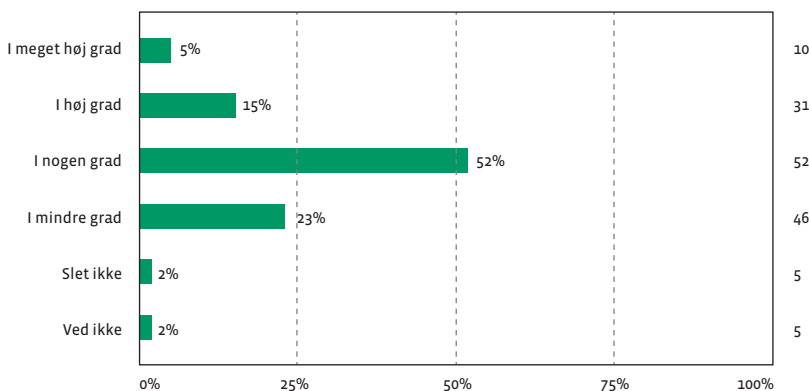
sen var det personalet, der opfordrende beboerne til at deltage, men nu er det beboerne, der efterspørger de forskellige tilbud.”

Erfaringer med implementering af sund mad og motion

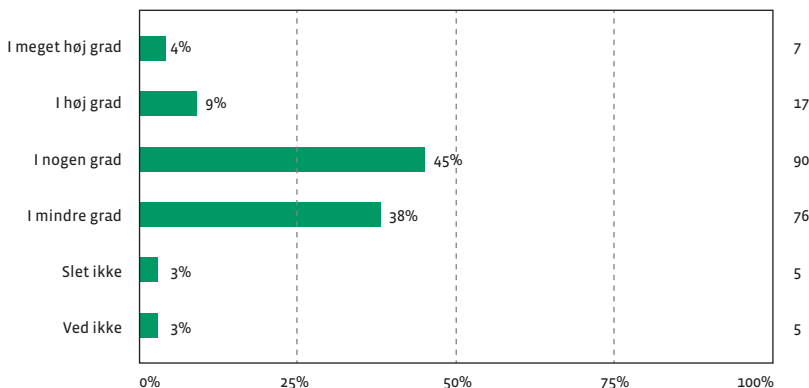
Figur 1 viser at 20 % af medarbejderne i meget høj grad eller i høj grad oplever, at bostedet har succes med at få beboerne til at spise en sund og varieret kost og over halvdelen af medarbejderne oplever det i nogen grad,

Herunder viser figur 2 i hvor høj grad medarbejderne oplever, at bostedet har succes med at få beboerne til at deltage i motion på bostedet.

Lidt over halvdelen af medarbejderne, som har deltaget i undersøgelsen, vurderer, at bostedet i nogen grad har succes med at implementere sund kost. Når det gælder implementering af motion er det 45 % af medarbejderne der vurderer, at bo-



Figur 1: Bostedets succes med at integrere sund kost.



Figur 2: Bostedets succes med at få deltagerne til at dyrke motion.

stedet i nogen grad har succes hermed, mens 38 % påpeger, at de har oplevet det i mindre grad.

Figur 1 og Figur 2 viser sammenfattende, at medarbejderne oplever, at det er nemmere at implementere sunde kost vaner hos beboerne i forhold til at få beboerne til at deltage i dyrke motionsaktiviteter.

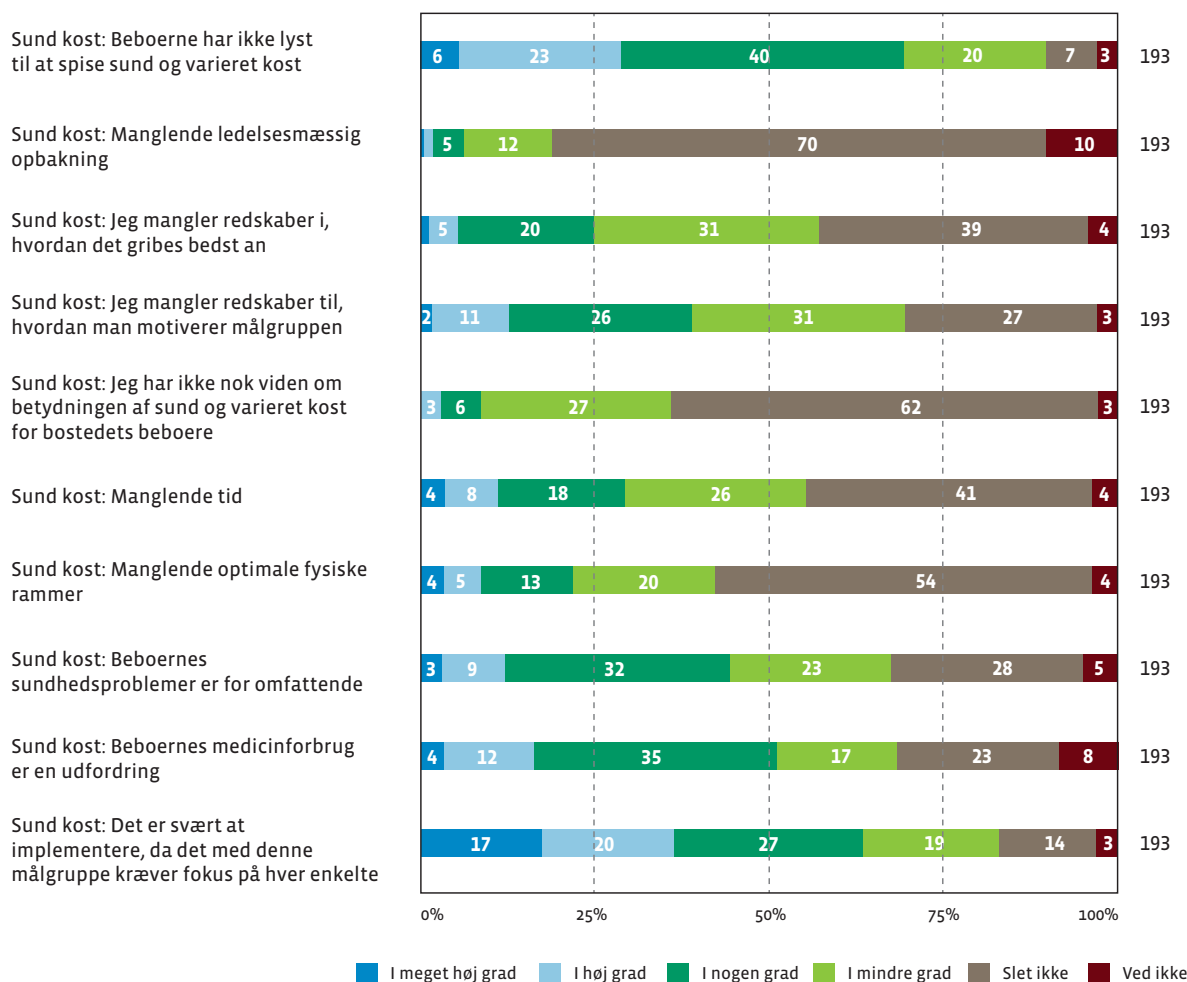
En medarbejder oplyser supplerende: ”Sund kost er nemt at implementere, men motion er ikke så lige til, da de fleste af vores beboere er overvægtige pga. medicin og forkert kost privat, når vi som personale ikke ser det”.

Udfordringer og barrierer

Som det fremgår af ovenstående figurer 1 og 2 peger cirka halvdelen af medarbejderne på, at de i nogen grad oplever succes i forhold til at få etableret sunde vaner. Der opleves en vis grad af succes, men både ledere og medarbejdere påpeger, at det er svært at implementere en sund og varieret kost og motion som en aktiv del af hverdagen, idet beboernes samlede situation er for kompleks.

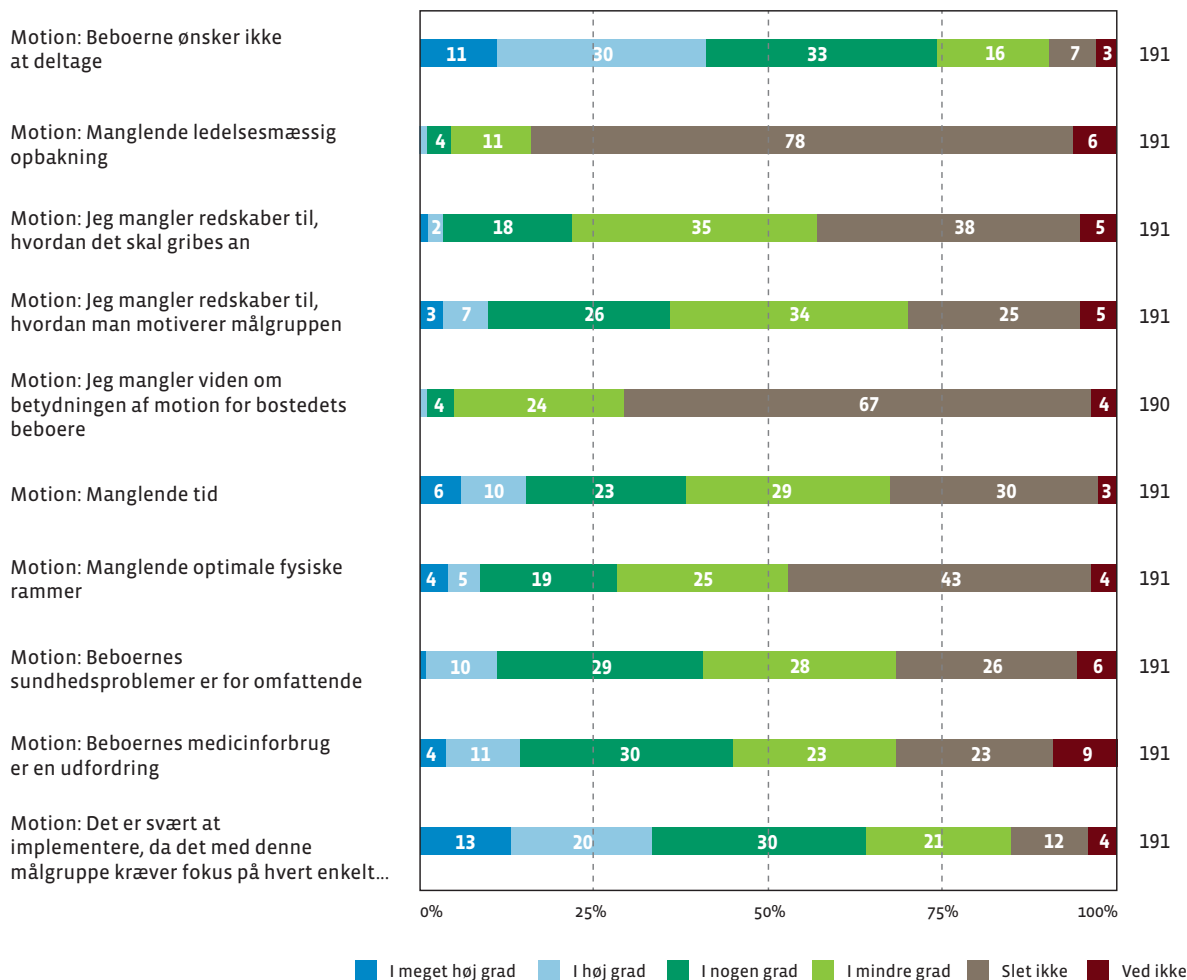
I Figur 3 kan man se, at medarbejderne i overvejende grad oplever udfordringer i forhold til at implementere sund og varieret kost.

Figur 3: Udfordringer i forhold til at implementere sund og varieret kost.



Ligeledes peger de på udfordringer i forhold til at implementere motion, som en aktiv del af hverdagen på bostedet:

Figur 4: Udfordringer i forhold til at implementere motion, som en aktiv del af hverdagen.



En medarbejder har eksemplificeret hvordan kompleksiteten ved at indføre sunde vaner for beboerne kommer til udtryk:

”Jeg håber, der kommer mere fokus på recovery via sport i form af økonomisk støtte. Og hjælp til at kunne udarbejde individuelle kostplaner m.v., løbeklubber for sindslidende m.v., spinning for mennesker, der har siddet i sofaen og drukket kaffe og røget 60 smøger hver dag de sidste 8 år.”

I tråd med dette advokerer en leder for at: ”En fælles løsning er svær. Beboerne er dobbeltdiagnosticerede og ofte meget kaotiske.”

Især medarbejderne peger på, at fx beboernes medicinforbrug kan være en udfordring i forhold til at indføre sunde kost- og motionsvaner.

Både medarbejdere og ledere peger på, at det kan være svært at ændre beboernes livsstil, da mange holder fast i gamle forbrugsmønstre. En leder påpeger:

”Beboerne tilbydes en god og alsidig kost, udfordringen er det de køber ved siden af. De har øget appetit og uregelmæssig døgnrytme, som gør at de ofte køber usund mad, slik og alkohol”.

Flere nævner også økonomi som en udfordring, og det handler om prioritering. En leder deler her sit bud på, hvordan man kan komme omkring dette:

”Vi prøver at tænke ud af boksen. Mange af vore brugere har meget få penge. Så nogle gange kan det give mening, hvis vi betaler det første par løbesko eller det første medlemskab af fitness[centret], så de kommer i gang...”

Ledere og medarbejdere peger på, at det er nødvendigt, men ikke uden udfordringer, at indføre sunde kost og motionsvaner. Deres erfaringer er, at man må tage individuelle hensyn på grund af beboernes komplekse situation, og at beboernes medicinforbrug kan være en udfordring ift. livsstilsændringer.

Ønsker mere viden om livsstilsændringer

Såvel ledere som medarbejdere vil gerne have inspiration til at få implementeret sundere vaner på bostederne. Ledere og medarbejdere finder det ifølge undersøgelsen således relevant at implementere sunde vaner hos beboerne på bostederne i Danmark, og ønsker at arbejde endnu mere fokuseret med området i fremtiden. I praksis påpeger de, at beboerne er de vigtigste samarbejdspartnere, når bostedet skal indføre nye sundhedsrelaterede tiltag. En leder pointerer:

”... tag beboerne med i alt: undervisning, møder, kostgrupper mv.”

Undersøgelsen har efterladt et tydeligt aftryk af relevansen i forhold til at arbejde med livsstilsinterventioner og at det kræver et langt sejt træk, hvilket såvel ledere som medarbejdere er enige om.

Yderligere information

Kontakt Jane Gullacksen, jap@socialstyrelsen.dk eller Line Hovind, lho@socialstyrelsen.dk.

Ind fra ensomheden

Om idrætsdeltagelse blandt yngre brugere af socialpsykiatriske tilbud

Der er megen fokus på individuelle livsstilsændringer på baggrund af en usund omgang med kroppen i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (de såkaldte KRAM-faktorer). Men også social isolation og ensomhed er en ganske betydelig risikofaktor for tidlig død. Idrættens sociale kapital tiltrækker sig derfor opmærksomheden i et udviklingsprojekt, som Dansk Arbejder Idrætsforbund har gang i for yngre brugere af socialpsykiatriske tilbud.

Af Ejgil Jespersen, Lektor, centerleder, cand. psych., Center for Handicap og Bevægelsesfremme, Syddansk Universitet

Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI) har siden 1996 beskæftiget sig med at sikre idrætsstilbud for sindslidende og har opnået megen praktisk kundskab på området. I kommunerne er der også kommet særlig fokus på, hvor socialpsykiatrien bedst mulig kan støtte mennesker med psykisk sygdom i at mestre deres liv. Støtten ydes efter principper om recovery, rehabilitering, inklusion og nærhed i såvel de sociale tilbud som på beskæftigelses- og uddannelsesområderne (Kommunernes Landsforening 2011, 2012). Ved at samarbejde med den kommunale socialpsykiatri vil idrætten kunne opnå kendskab til brugerne og til mulighederne for at engagere dem i foreningerne.

Et udviklingsprojekt

Udviklingsprojektet, der støttes af Danmarks Idræts-Forbund og Landsforeningen SIND, gennemføres for tiden i fem kommuner i samarbejde med Center for Handicap og Bevægelsesfremme, Syddansk Universitet og medarbejdere i socialpsykiatrien i Københavns, Roskilde, Odense, Varde og Frederikshavn Kommune. Projektet har til formål:

- At rekruttere flere unge voksne med sindslidelser som medlemmer af idrætsforeninger og fastholde deres deltagelse både som udøvere og som ledere eller instruktører.
- At fremme idrætten som en ressource i rehabilitering af unge voksne med psykisk sygdom.
- At synliggøre og profilere idrættens potentiale på det sociale og det sundhedsmæssige område.

Udviklingsprojektet tager udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført blandt 222 unge voksne (18-30 år), som har tilknytning til socialpsykiatrien i de fem kommuner. I undersøgelsen spørges der ind til følgende forhold:

- Baggrundskarakteristika: Alder og køn, brug af diverse socialpsykiatriske tilbud samt selvrundet helbredstilstand og fysisk form.
- Deltagelse i sport/motion: omfang, form, sammenhæng, årsag.

- Barrierer og incitamenter for deltagelse i sport/motion.
- Fysisk aktivitet i hverdagen.
- Udførelse af frivilligt arbejde i en idrætsforening.

I denne artikel redegøres for undersøgelsens hovedresultater.¹

Dårlig helbredstilstand og fysisk form

Langt hovedparten af den voksne befolkning vurderer, at de har et fremragende, vældig godt eller godt helbred, og at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til (SUSY 2010). Disse selvurde- ringer viser sig at være gode prædiktorer for sår- barhed og sygelighed forstået på den måde, at jo dårligere en person vurderer sin helbredstilstand og fysiske form jo større er sandsynligheden for, at vedkommende pådrager sig fx livsstilssygdomme med påfølgende øget sygelighed og dødelighed over tid (SUSY UDSAT 2007).

Til sammenligning er det kun en tredjedel (32 %) af de 18-30 årige i nærværende undersøgelse, der vurderer deres nuværende helbredstilstand som værende 'Virkelig god/God'.

Hvordan ser billedet så ud med hensyn til selv- vurdering af fysisk form? Under en femtedel (17 %) vurderer deres nuværende fysiske form (konditi- on) som værende 'Virkelig god/God', mens halvde- len (49 %) af den voksne befolkning, at de har en 'Virkelig god/God' fysisk form (Sundhedsstyrel- sen 2003).

Det viser således med al tydelighed, at et bredt udsnit af danske borgere vurderer deres fysiske form betydeligt mere positivt sammenlignet med de 18-30 årige i nærværende undersøgelse. Denne

negative vurdering giver dermed undersøgelsens gruppe af unge voksne en dårlig prognose set i et fremtidigt sundhedsperspektiv, idet personers egen vurdering af helbredstilstand og fysisk form, som nævnt er gode prædiktorer for sårbarhed, sygelighed og ikke mindst tidlig død.

Idrætsdeltagelse – drøm eller virkelighed?

Siden 1964 har der været foretaget kortlægninger af danskernes idrætsdeltagelse (sport/motion), både i og uden for idrætsforeningerne, samtidig med idrætsbegrebet er blevet stadig mere udvidet med motion, fitness, fysisk aktivitet og almindelig bevægelse i hverdagen. Desuden er fysisk aktivi- tetsdeltagelse i sundhedsøjemed kommet i fokus, jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at voksne bør være fysisk aktive mindst 30 min. om dagen med moderat til høj intensitet.

Den meget positive værdisætning af idræts- og fysisk aktivitetsdeltagelse og forventningen om, at man bør være (mere) aktiv i idræt og andre former for bevægelse er givetvis en del af forklaringen på, at andelen af idrætsaktive i befolkningen er steget fra 20 % i 1964 til knap 80 % i 2011 (Pilgaard 2009; Laub 2013).

I sammenligning hermed er de yngre brugere af socialpsykiatriske tilbud i denne undersøgelse ikke så idrætsaktive, omend halvdelen af dem (51 %) angiver at dyrke regelmæssig sport/motion.

Den klare tendens til, at halvdelen af de 18-30 årige i undersøgelsen svarer 'Nej' til at dyrke re- regelmæssig sport/motion, bekræfter i nogen grad, hvad SUSY UDSAT fandt frem til i 2007. Ifølge denne undersøgelse udgjorde andelen af de 15-34 årige, 'der ikke dyrker nogen form for motion' 67 % (SUSY UDSAT 2007).

Omvendt er det kun en meget lille del af de unge voksne (6 %) i undersøgelsen, der angiver, at 'de ikke er interesseret i sport/motion', mens knap en tredjedel (31 %) af de 18-30 årige 'Nej-sigere' oply- ser, at 'de gerne vil dyrke sport/motion', ligesom

1 Jvfr. undersøgelsesrapporten af Kurt Lüders og Ejgil: Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslid- delser. Movements 2013:4 fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

mere end en fjerdedel (28 %) oplyser, at 'de tidligere har dyrket sport/motion'.

Dette svarmønster kan vendes positivt i forhold til at stimulere de 18-30 årige 'Nej-sigere' til at dyrke sport/motion i fremtiden, idet næsten 60 % altså svarer, at de gerne vil dyrke mere motion, eller at de tidligere har dyrket motion. At gruppen af 18-30 årige 'Nej-sigere' på sigt muligvis kan motiveres til at dyrke sport/motion kan i nogen grad understøttes af resultater fra SUSY (2010), der viser, at omkring 80 % af 16-34 årige mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktiviteter gerne vil være mere fysisk aktive. Også personer med vedvarende psykisk sygdom har faktisk samme høje interesse for at ændre livsstil som den generelle befolkning, ikke blot hvad angår fysisk aktivitet, men også i forhold til rygning og kostvaner (Nordentoft m.fl. 2012).

Idrætsdeltagelse for sig selv

Selvom foreningsidrætten stadig fylder en væsentlig del i det samlede danske idrætsbillede, har foreningerne langt fra monopol på danskernes idrætsdeltagelse. Nye organiseringsformer har udviklet sig til væsentlige arenaer for befolkningens idrætsaktiviteter. Der er også en tendens til en mere alsidig og afvekslende idrætsdeltagelse, og de idrætsaktive knytter sig ikke i samme grad til én bestemt aktivitet, som det tidligere var tilfældet (Pilgaard 2009).

Denne undersøgelse bekræfter disse resultater, idet de yngre brugere inden for socialpsykiatrien klart foretrækker individuelle aktivitetsformer, der især knytter sig til fitness- og motionsområdet. "TOP-5" listen over, hvilke aktivitetsformer de 18-30 årige har dyrket regelmæssigt inden for det seneste halve år i de 5 kommuner, udgøres af 'Styrketræning' (26 %), 'Jogging/motionsløb' (19 %), 'Konditionstræning' (14%), 'Vandretur' (13 %) og kørsel på 'Spinning-/konditionscykel' (11 %).

Umiddelbart springer det således i øjnene, at de unge voksnes valg af aktivitetsformer helt entydigt peger på, at de foretrækker individuelle akti-

De idrætsaktive knytter sig ikke i samme grad til én bestemt aktivitet, som det tidligere var tilfældet.



vitetsformer fremfor deltagelse i holdaktiviteter. Spørgsmålet gav også mulighed for at krydse af ved 3 holdaktiviteter (fodbold, floor-ball og bowling). Her angav henholdsvis 9 %, 2 % og 2 %, at de dyrkede nævnte boldaktiviteter.

Det tydelige mønster i de unges valg af individuelle aktivitetsformer understøttes ligeledes af de åbne svar, de unge voksne angiver som eksempler under svarmuligheden 'Andet'. Her angiver 18 % af de unge klart, at de foretrækker individuelle sports- og motionsformer, og at de kun i et meget lille omfang dyrker holdaktiviteter.

Pilgaards og nærværende undersøgelses klare tendenser peger i retning af, at unge voksne markant foretrækker individuelle sports- og motionsformer, bekræftes i flere andre undersøgelser, der har beskæftiget sig med, hvad det er for motionsformer, der hitter blandt danskerne (se fx KRAM undersøgelsen 2003).

Valg af aktivitetsformer hænger sammen med de steder og arenaer, som de 18-30 årige i undersøgelsen opsøger, nemlig først og fremmest fitnesscentre, svømmehaller og især udendørsrummet med

henblik på jogging, vandreture etc. Her kan de selv dyrke deres individuelle aktivitetsformer og foretrækker således tilsyneladende at dyrke sport/motion i mere uforpligtende sammenhænge end under de mere forpligtende forhold, de normalt vil møde i ordinære klubber/foreninger – og ikke mindst i IFS-foreninger under DAI.

Sundhed og velvære på toppen

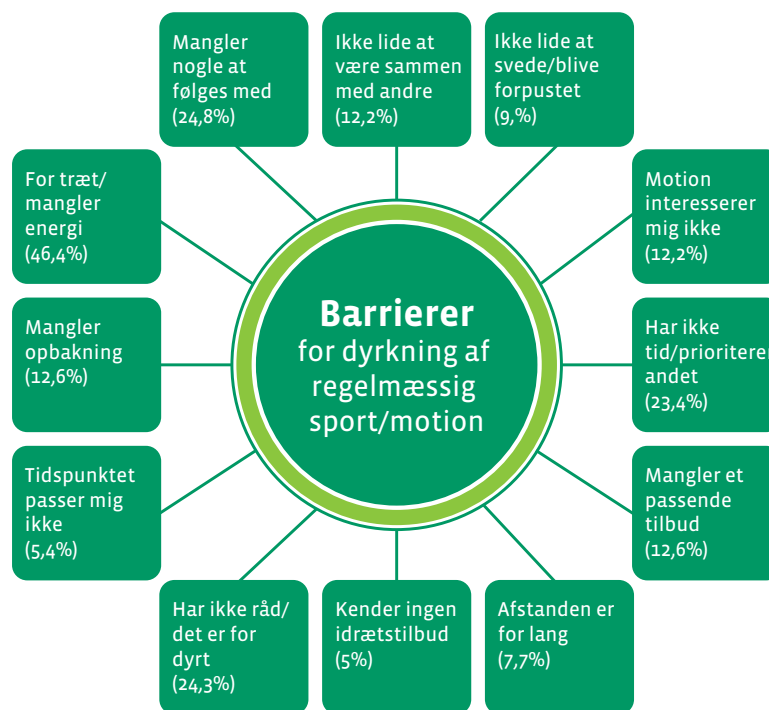
Idræt handler traditionelt om at blive bedre til idræt i forening, men med den megen fokus på ændringer af livsstil i sundhedsøjemed rykker individuel fysisk aktivitet mere i forgrunden og afspejles også i de motiver, som deltagerne angiver de har til at bevæge sig. Blot 17 % af de unge voksne i undersøgelsen angiver, at de dyrker sport/motion på grund af 'Det sociale samvær' og endnu færre (12 %) 'For at blive bedre til idræt'. Langt flere gør det 'For at få velvære, energi og overskud' (40 %), 'Fordi det er sundt' (38 %) og 'Fordi det er sjovt' (29 %).

Andre undersøgelser viser noget lignende, bortset fra befolkningen ligeledes vægter 'det sociale samvær' (56 %) meget højt (Sundhedsstyrelsen 2003). Det er imidlertid ikke fordi vor undersøgelsesgruppe 'ikke kan lide at være sammen med andre'. Det angiver nemlig kun 12 % som barriere for at dyrke sport/motion.

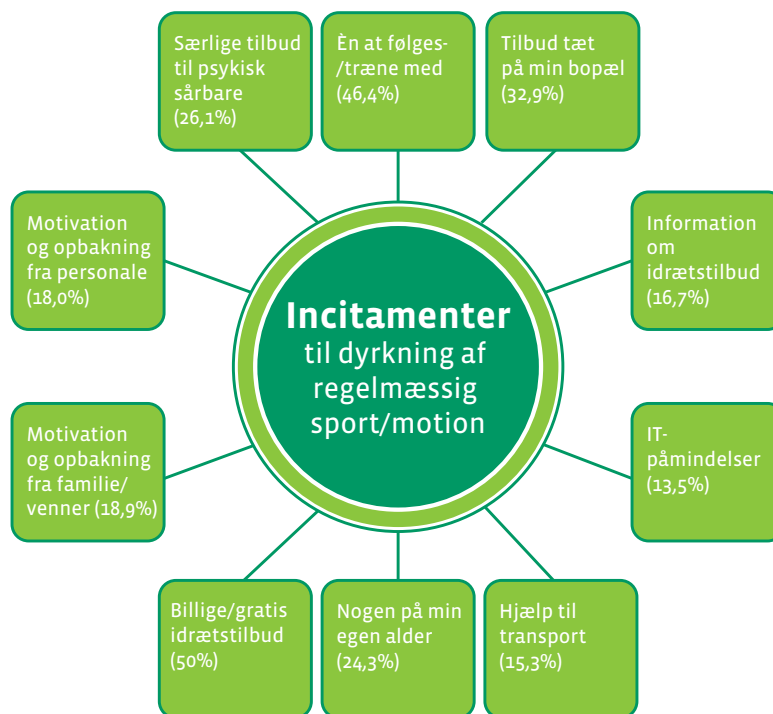
Barrierer for idrætsdeltagelse

Lad os derfor nu se nærmere på de barrierer for idrætsdeltagelse, som vor undersøgelsesgruppe oplever. Der blev spurgt ind til, hvad der har afholdt de 18-30 årige 'fra at dyrke sport/motion det seneste halve år'.

Der er flere faktorer, der i større eller mindre grad kan virke som barrierer for de 18-30 åriges deltagelse i sport/motion. Men som det fremgår af figur 1, er der ét svar, der træder tydeligere frem end andre, idet 46 % af de unge angiver, at de det sid-



Figur 1. Figuren viser de barrierer, der har afholdt de 18-30 årige fra at dyrke regelmæssig sport/motion det seneste halve år (Lüders, Kurt og Ejgil Jespersen: *Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser*. Movements 2013:4 fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet).



Figur 2. Figuren viser, hvad de 18-30 årige har brug for, hvis de gerne vil dyrke regelmæssig sport/motion (Lüders, Kurt og Ejgil Jespersen: *Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser*. Movements 2013:4 fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet).

ste halve år har været for 'trætte/mangler energi' til at dyrke sport/motion. Det er betydeligt flere end i den inaktive normalbefolkning, hvor kun 28 % angiver, at de 'ikke har overskuddet' (Sundhedsstyrelsen 2003).

Derudover betyder det især noget, at de 'Mangler nogen at følges med/træne med' (25 %), at de ikke 'Har råd/det er for dyrt' (24 %) eller at de ikke 'Har tid/prioriterer andet' (23 %).

Alt i alt peger de 18-30 åriges svar på, at der i deres omgivelser forekommer en lang række forhold, hvoraf nogle er mere væsentlige end andre, der kan virke som barrierer for regelmæssig deltagelse i sport/motion.

I lighed med Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger Pilgaard (2009) i øvrigt på, at der kan være mange årsager til ikke at dyrke sport eller motion

regelmæssigt, og at nogle af de ikke-idrætsaktive måske slet ikke har en forklaring på, hvorfor de ikke dyrker sport eller motion. Det enkelte menneske har ikke nødvendigvis truffet et bevidst, aktivt fravalg af sport eller motion. Det kan også bare være, at omstændighederne ikke har ført til deltagelse.

Incitamentter for idrætsdeltagelse

I undersøgelsen spørges der desuden ind til, hvad de 18-30 årige har brug for, hvis de gerne vil dyrke regelmæssig sport/motion.

Som det fremgår af figur 2 peger de 18-30 årige på flere forhold, der kan virke fremmede for deres deltagelse i sport/motion. To faktorer skiller sig dog markant ud fra de øvrige svarafgivelser, idet ca. halvdelen af de unge giver udtryk for, at der skal være 'Billige/gratis tilbud' (50 %), og at der

skal være 'Én at følges/træne med' (46 %). Dernæst spiller det en væsentlig rolle, at idrætstilbuddet er 'tæt placeret min bopæl' (33 %), og at der er 'Særlige tilbud til psykisk sårbare' (26 %).

Barrierer og incitament kan betragtes som sider af samme sag under synsvinklen indre og ydre motivationsfaktorer, idet nogle underkategorier fortæller noget om, hvilke indre faktorer der knytter sig til barrierer som fx de unges manglende energi, prioriteringer, manglende motivation mv., mens de ydre faktorer fortæller noget om, at de unge mangler nogen at følges med, ikke har råd, mangler passende tilbud mv.

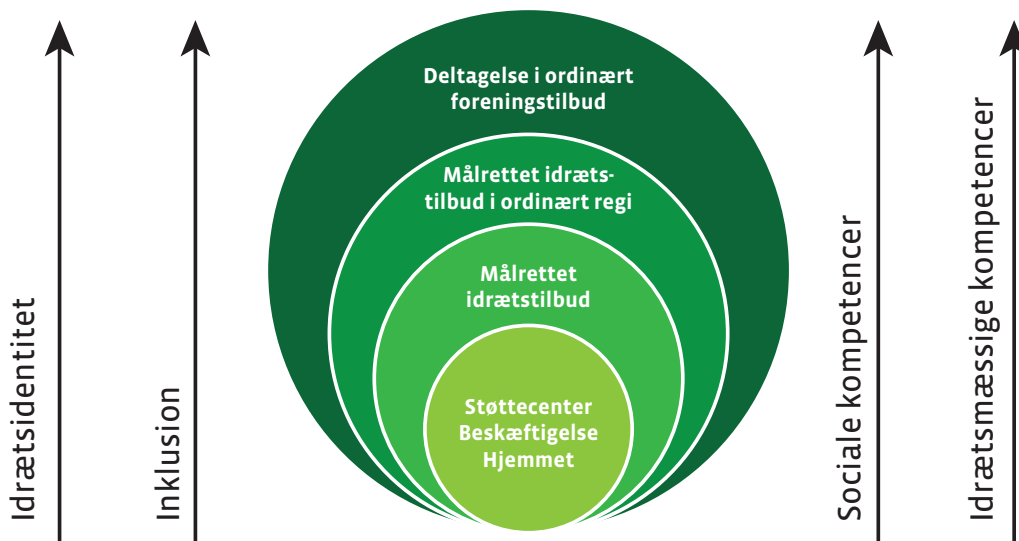
Potentiel deltagelse i frivilligt idrætsarbejde

I spørgeskemaet spørges respondenterne mere konkret om, hvorvidt de kan tænke sig at udføre frivilligt arbejde i en idrætsforening fx som instruktør/træner, holdleder, i bestyrelse og udvalg, hjælpe til ved arrangementer, hjælpe andre med

at deltage i idræt mv. Det viser sig, at godt 2 % af de 18-30 årige, der har svaret på spørgeskemaet, allerede 'Udfører frivilligt arbejde' i en idrætsforening. På positiv-siden er der desuden 13 %, der svarer 'Ja' og endnu flere (20 %), der svarer 'Måske senere' til at udføre frivilligt idrætsarbejde.

Samlet set er der med andre ord et potentiale på 33 % af de unge voksne i de 5 kommuner, der måske – under de rette omstændigheder – kan motiveres til at udføre frivilligt arbejde i en idrætsforening. Ifølge Pilgaard (2011) er der en positiv sammenhæng mellem selv at dyrke idræt og så deltage i frivilligt foreningsarbejde af en eller anden karakter, så her er der altså mulighed for at tilvejebringe en win-win situation for de involverede.

Blandt de 18-30 årige i undersøgelsen og især blandt dem, der aktuelt dyrker sport/motion, findes altså rigtig mange, der vil påtage sig forskellige frivillige funktioner og poster i foreningsregi.



Figur 3. Firetrins modellen, der arbejdes med i Frederikssund Kommune.

Når langt hovedparten ikke har noget imod andre eller gerne vil være sammen med andre, ligesom en ganske betydelig del endog vil gøre noget for andre ved frivilligt idrætsarbejde, så må der være uanede muligheder for rehabilitering og recovery ved etablering af sociale relationer i idræts- og foreningsmiljøer.



I forlængelse heraf kan det også tænkes, at flere end de 6 % af undersøgelsesgruppen, der allerede er medlem af en ordinær idrætsforening, vil kunne finde samme vej i takt med udvikling af sociale og idrætsmæssige kompetencer samt en idrætsidentitet, jvf. firetrins model fra 2012 (figur 3), som der arbejdes med i Frederikssund Kommune.

Orienteringen mod inklusion i ordinært idrætsforeningstilbud er også i overensstemmelse med FNs Handicapkonvention, som slår til lyd for foranstaltninger, der tilskynder til og fremmer, at personer med handicap i videst muligt omfang deltager i almene idrætsaktiviteter på alle niveauer.

Ind fra ensomheden

Langt de færreste i undersøgelsen angiver som en grund til at afholde sig fra at dyrke sport/motion, at de ikke kan lide at være sammen med andre. Der er derfor god grund til at hæfte sig ved de pejlemærker i undersøgelsen, som vægter betydningen af de sociale relationer.

Eller sagt på en anden måde: Når langt hovedparten ikke har noget imod andre eller gerne vil være sammen med andre, ligesom en ganske betydelig del endog vil gøre noget for andre ved frivilligt idrætsarbejde, så må der være uanede muligheder

for rehabilitering og recovery ved etablering af sociale relationer i idræts- og foreningsmiljøer.

Kommer der mere fokus på idrættens sociale kapital og et bedre psykisk idrætsmiljø, vil idrætten givetvis kunne bidrage med andet og mere end det der i fysisk sundhedsøjemed lægges op til gennem ændringer af livsstil på det individuelle plan.

Blandt personer med psykisk sygdom er der en betydelig oversygelighed og overdødelighed. Selvmord og ulykker spiller en vis rolle for den nedsatte livslængde, men den væsentligste grund til tidlig død er angiveligt somatisk sygdom relateret til en usundere livsstil (Nordentoft m.fl. 2012).

Det kan dog også være, at der lægges overdreven vægt på betydningen af individuelle livsstilsfaktorer og for lidt vægt på levekår, såsom indkomstillighed, opvækstvilkår, arbejdsløshed, arbejdsmiljø og segregation. Alternativt kunne der fokuseres på fattigdom, social marginalisering og ensomhed som problemforhold, der kunne gribes fat i for at gøre en forskel til det bedre.

Eksempelvis viser det sig, at ensomhed (social isolation) øger risikoen for tidlig død ligeså meget som cigaretrykning og mere end fysisk inaktivitet eller overvægt (Holt-Lunsta m.fl. 2010). Betydning-

en af idræts- og fysisk aktivitetsdeltagelse i sundhedsøjemed skal bestemt ikke underkendes, men det kan faktisk være nok så væsentligt at fokusere på de psykosociale forhold i idrætten i rehabiliterings- og recoveryøjemed.

For mennesker med psykisk sygdom kan vejen til bedring og heling foregå ved at få del i og bidrage til den sociale kapital, som flourer i idrætten, men som netop undermineres af en individualiseret omgang med kroppen. Frem for individuel frigørelse fra snærende bånd i idræt kan der fokuseres på værdier og kvaliteter såsom tillid, retfærdighed og samarbejdsevne, som også gør sig gældende i idræt.

Ibsen og Ottesen (2001) har i en undersøgelse af idræt, motion og hverdagsliv belyst spørgsmålet om idrætten og især idrætsforeningerne i særlig grad egner sig til at generere social kapital og fremhæver værdien af den gensidigheds- og tillidsskabende sidegevinst, der kan være forbundet med det konkrete, aktivitetsbaserede fællesskab i idræt.

Hvis idrætten vil være en ret forbindelse for de unge voksne, som i særdeleshed er ramt af psykisk sygdom og marginaliserede, vil idrætten kunne blive en ressource for rehabilitering på lokalsamfundsbasis – det som i WHO sammenhæng hedder *Community Based Rehabilitation (CBR)* – og samtidig udgøre en mulighed for recovery på individuelt plan.

Referencer

Holt-Lunstad, Julianne .fl. (2010): Social Relationships and Mortality Risks. A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine* 7 (7).

Ibsen, Bjarne og Laila Ottesen (2001): Idræt, livsform og social kapital. I Ove Korsgaard m.fl. *Idræt, krop og demokrati*. Gads Forlag.

Kommunernes Landsforening (2011). *Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats* (2011).

Kommunernes Landsforening (2012). *Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri*.

KRAM-undersøgelsen i tal og billeder (2009). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Trygfonden, København.

Laub, Trygve Buch (2013). *Danskernes motions- og sportsvaner 2011*. Idrættens Analyseinstitut.

Lüders, Kurt og Ejgil Jespersen: *Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser*. *Movements* 2013:4 fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

Nordentoft, Merete m.fl. (2012) *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. København, Vidensråd for Forebyggelse.

Pilgaard, Maja (2009). *Sport og motion i danskernes hverdag*. Idrættens Analyseinstitut, København K.

Pilgaard, Maja (2011). *Det frivillige arbejde under forandring*. Idrættens Analyseinstitut

Sundhedsstyrelsen (2003). *Befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet – BILAGSRAPPORT*. PLS Rambøll Management.

SUSY 2010 (2012). *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen i Danmark siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

SUSY UDSAT 2007 (2008). *Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

SUSY UDSAT 2012 (2012). *Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Idræt som frivilligt tilbud – erfaringer fra Dansk Arbejder Idræt

Idræt indeholder overordnet set væsentlige elementer i borgerens recoveryproces. Idræt kan betragtes som behandling og indgå i de pædagogiske handleplaner, og det kan også betragtes som et middel til inklusion i det store samfundsfællesskab.

Af Lisbeth Crafack, Dansk Arbejder Idræt

Idræt og sundhed er alment og anerkendt som noget alment nyttigt, der knytter bånd og netværk mellem mennesker. Socialiseringen sker i mødet mellem krop til krop, hvor vi aktivt giver udtryk for handlinger i vores hverdagsliv og livsmønstre. Gennem idrættens fællesskab oplever vi at tilhøre en gruppe. Det giver identitetsfølelse, det er socialiserende og giver livskvalitet at deltage i meningsfulde fællesskaber. Idræt indeholder mulighed for netværk, mestring og selvoplevelse. Bevidsthed og psyke er integreret og repræsenteret i kroppen. Derfor spiller kropslighed en stor rolle i rehabilitering, habilitering og recovery.

Gennem handling og i aktiviteten styrkes jefornemmelsen og dermed identiteten. Forskning viser, at tidligere indlejrede idrætsfærdigheder og idrætskulturer fra før sygdomsperioden ligger subtilt i kroppen og bevidstheden, som et ressourcereservoir der er adgang til og dermed motivation for bevægelse og fysisk aktivitet. Derfor falder idræt i naturlig forlængelse af indsatser for øget fysisk og psykisk sundhed.

Tilpasset idræt og bevægelse (TIB) er blevet en fagdisciplin, som tilpasser aktiviteten (idrætten). Netop den tilpassede idræt viser, at have en positiv effekt på mennesker med psykiske vanskeligheder, idet tilrettelæggelsen sikrer en helhedsorienteret bevægelsesaktivitet /idrætsaktivitet, som under-

støtter udviklingen med at arbejde rehabiliterende og recovery-understøttende.

Social kapital i trygge rammer

I Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI), arbejder vi først og fremmest på at gøre idræt og idrætskulturen endnu bedre til det, som idrætten i forvejen er god til. DAI føjer ressourcer og netværk til allerede eksisterende foreninger og opretter nye foreninger, hvor der er behov for at starte en foreningskultur. På den måde kan borgere med psykiske vanskeligheder møde idrætskulturen i trygge rammer. Vi kalder det den rummelige forening, hvor borgeren mødes med andre med psykiske sårbarheder, for at udvikle ressourcer og styrker til at bevæge sig videre i mødet med den almene forening. Det er også legalt at forblive i den trygge IFS forening og bidrage med social kapital til fællesskabet.

Idrætsforeningerne er som små uddannelsesprogrammer, hvor det handler om at turde tage ansvar, lederskab og handle i forhold til dem, der står ved siden af. Det handler også om anerkendelse af andre kompetencer end de kendte, og det at kunne begå sig i de forskellige kulturer der findes i henholdsvis individuel sport og holdsport.

Idrætsforeninger for mennesker med psykisk sårbarhed

Flere steder i landet er der allerede etableret idrætsforeninger for mennesker med psykisk sårbarhed. Foreningerne er underlagt den almene folkeoplysning og er dermed åben for alle, hvilket giver mennesker med psykisk sygdom mulighed for at dyrke idræt med ansatte, pårørende, venner og andre med psykiske sårbarheder. Foreningerne drives på almentillid, og har kontingentbetaling, dog er kontingentet oftest lavere, end det man betaler i de ordinære foreninger, for at sikre plads til alle.

Flere institutioner køber således medlemskaber, for på denne måde at motivere nye til at deltage i foreningsfællesskabet. Nogle få steder i landet er idrætstilbudene for mennesker med psykisk sygdom finansieret af kommunen og dermed gratis for brugerne, som dermed heller ikke har indflydelse eller medbestemmelse, mens andre kommuner har prioriteret en idrætsmedarbejder/koordinator, som netop sammen med mennesker med psykisk sygdom står for driften af foreningen.

De fleste foreninger for mennesker med psykisk sygdom har et bredt udbud af idrætstilbud, og mange deltager i stævner uden for kommunen eller afholder egne idrætsdage. Flere og flere af idrætsforeningerne deltager også i almene motionsarrangementer og events. Det styrker netværket mellem deltagerne, de ansatte og giver motivation til den ugentlige træning. Erfaringen viser at motivationen øges, når træningen har et mål – indenfor en overskuelig tidshorisont. Dette uanset sportsligt niveau. Det giver mennesker med psykisk sygdom mulighed for at knytte venskaber på tværs af institutioner, professioner og væresteder.

Støtte til at holde fast i idrætslivet og motionen

Mennesker med psykisk sygdom giver ofte udtryk for, at de meget gerne vil dyrke idræt, men at der er forskellige barrierer, der forhindrer dem i det. F.eks. at komme ud af døren, overholde tiden eller det at få pakket sportstasken. Hvis vejen til

idrætten er for lang og fyldt med forhindringer, bustransport, ventetider, busskifte, osv. er dette ofte forhindringer, som i sig selv er barrierer for, at kunne overskue at komme af sted. Her spiller medarbejderne en vigtig rolle. Senere i forløbet kan ledsager-opgaven overtages af en motionsven, eller en der kender til psykisk sårbarhed.

Medarbejderen spiller også en vigtig rolle ved selve idrætsaktiviteten. Hvis mennesket med psykisk sygdom ser, at medarbejderen deltager aktivt, øger det motivationen for at deltage. I idræt oplever man ofte, at man ligestilles, og mennesket med psykisk sygdom har måske større idrætskompetencer end medarbejderen. Medarbejderen eller motionsvennen bør deltage kontinuerligt i aktiviteten, så længe der er behov, og, herefter kan den ansatte stille og roligt trække sig og motivere på distance.

Medarbejderen bør betragte idræt som en investering på niveau med andre livsnødvendige investeringer.

Yderligere information

Ønskes der yderligere oplysninger om projektet, kontakt: Lisbeth Crafack, Idrætskonsulent/master i idræt og velfærd, Dansk Arbejder Idrætsforbund
E-mail: lisbeth@dai-sport.dk
Tlf direkte: 2045 9169

For yderligere materialeinformation
www.dai-sport.dk

Sundere liv i socialpsykiatrien – et eksempel fra Region Midtjylland

Alle vil gerne, men for få gør det. For mennesker med psykiske sygdomme er det en særlig stor udfordring at leve sundt. Derfor er det vigtigt, at rammerne for hverdagslivet ikke gør det mere besværligt, men tværtimod fremmer de sunde valg.

Af Lise Arnth, projektleder, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Det skal være lettere for mennesker med psykiske vanskeligheder at træffe sunde valg i deres dagligdag. Socialpsykiatriske tilbud i Region Midtjylland og fire af regionens kommuner arbejder med at gennemføre praksisforandringer, der støtter sund mad, bevægelse og rygebegrænsning.

Behandlings- og socialpsykiatrien i det midt- og vestjyske har de sidste år med succes igangsat aktiviteter, der skal føre til sundere livsstil og dermed færre sygdomme blandt psykisk syge. Den udvikling styrkes i et nyt projekt organiseret af Psykiatri og Social i Region Midtjylland og CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, der har fået bevilget SATS-puljemidler. Midlerne er bevilliget af Sundhedsstyrelsen og det økonomiske fundament er endvidere båret af, at botilbuddene bidrager med en egenbetaling i form af at afsætte personaletimer til kurser.

Målet for projektet er at videreudvikle kompetencer der øger borgernes mulighed for at forstærke og fastholde gode sundhedsvaner. Det handler eksempelvis om at fysisk aktivitet bliver en del af dagligdagen. Bevægelse skal være en naturlig del af samværet i socialpsykiatriske tilbud.

I projektet bygges der videre på de bedste erfaringer, således at gode praksisser forstærkes og spredes til alle enheder i partnerskabsgruppen.

Fysisk sygdom blandt mennesker med psykisk sygdom

Baggrunden for projektet er Region Midtjyllands befolkningsundersøgelse *Hvordan har du det?* fra 2010¹. Den viste, ligesom andre undersøgelser (se artikel side 9), at mennesker med psykisk sygdom har signifikant flere somatiske sygdomme end den øvrige befolkning. Tre ud af fire har mindst én somatisk sygdom, halvdelen har to sygdomme eller mere, og mere end hver anden er behandlet på et somatisk sygehus indenfor et år.

Forebyggelse har været et underprioriteret område i psykiatrien. Der er et stort behov, og resultater fra *Hvordan har du det?* Viser, at der er høj motivation blandt mennesker med psykiatriske diagnoser

1 Finn Breinholt Larsen og Louise Nordvig: Hvordan har du det? Online nr. 4. "Fysisk sygdom hos psykisk syge" Center for Folkesundhed, Region Midtjylland 2008. <http://www.rm.dk/sundhed/folkesundhed/folkesundheds-unders%c3%b8gelse+-+hvordan+har+du+det>

for livsstilsændringer, selv om overskuddet til håndtering af livsstilsfaktorer og sygdom er lavere. Der er et massivt behov for tiltag der imødegår de særlige belastninger og vanskeligheder, der knytter sig til forandring af livsstil, når man har psykiske vanskeligheder.

Målet for projektet er at videreudvikle kompetencer der øger borgernes mulighed for at forstærke og fastholde gode sundhedsvaner.



Strukturel forebyggelse

Strukturel forebyggelse gennem praksisforandringer i de organisationer, som mennesker med psykisk sygdom opholder sig i, er en af de mest effektive enkeltmetoder til at understøtte forandring af livsstil der kan føre til kroniske livsstilsbetingede sygdomme. Forandring af rammer for sund mad, bevægelse og rygebegrænsning har en selvstændig effekt på livsstil blandt sårbare grupper, og effekten kan potenteres ved individuel rådgivning eller gruppeforløb. Dette er dokumenteret i en litteraturgennemgang udarbejdet til Fødevareministeriet i 2010, med det formål at "identificere interventioner, der motiverer til adfærdsændringer for sund mad og fysisk aktivitet blandt mindre ressourcestærke mennesker"².

2 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. "Sund livsstil – hvad skaber forandring?" Region Hovedstaden 2010. <http://www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/C34E3D09-A50A-4F21-A5D8-71183470587B/0/Sundlivsstil.pdf>

Sundhedspakker

Projektet arbejder målrettet med strukturel forebyggelse for at gøre det sunde valg til det lette valg. Hvert regionalt botilbud og hver kommune har ved projektstart udviklet en lokal Sundhedspakke, der beskriver, hvordan de vil arbejde med politik, rammer, regeldannelser og aktiviteter som støtter samme mål om sundhedsfremme og forebyggelse. Flere steder har man således tilføjet indsatser i forhold til helbredstjek og medicinpædagogik.

Sundhedspakkerne har fire aktivitetstyper:

- **Politikker** – kan udmønte sig på alle niveauer eksempelvis bevægelsespolitikker, madpolitikker og rygepolitikker.
- **Rammer** – fysiske rammer, social støtte og støttende miljøer, eksempelvis bevægelsesvenlige miljøer i og omkring bo- og aktivitetstilbud.
- **Regeldannelse** – kan være en udmøntning af politikken, eksempelvis f.eks. at personalet deltager i beboernes bevægelsesaktiviteter 30 minutter om dagen.
- **Aktiviteter** – med fokus på motion og sunde måltider og rygevaner, eksempelvis gå- og løbegrupper, madlavningsgrupper.

Sundhedspakkerne danner grundlaget for de lokale specifikke praksisforandringer medarbejderne efterfølgende udvikler og implementerer.

Personalekurser støtter implementering af Sundhedspakker

Medarbejderne deltager i kurser som følger og støtter arbejdet med implementering af praksisforandringer. Kurserne afholdes af Center for folkesundhed og kvalitetsudvikling. Kurserne er bygget op omkring forskellige faglige inspirerende oplæg. Kurserne medvirker til at udvikle personalets sundhedspædagogiske kompetencer, og giver redskaber til lokalt at fremme sunde valg for borgere tilknyttet socialpsykiatrien.

Fra hvert tilbud deltager medarbejdere og ledere i tværfaglige team og sørger efterfølgende for at inddrage kolleger, beboere og pårørende i at løfte sundhedspakkerne ind i hverdagens praksis.

Mange steder er man allerede godt i gang med implementering af de lokale sundhedspakker. Eksempelvis har man på det regionale socialpsykiatriske botilbud Sønderparken omlagt individuelle kontakttider og tilbyder nu bevægelsesaktiviteter to timer dagligt.

Den strukturelle forebyggelse giver rammer for, at brugerne kan involveres i selv at lave aktiviteter eller indgå i aktiviteter sammen med personalet.

Kurser i sundhed og trivsel for psykiatribrugere

To-tre psykiatribrugere fra hver organisation tilbydes kursus i sundhed og trivsel hos Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Sammen med medarbejder(e) fra de socialpsykiatriske og sociale tilbud gives deltagere mulighed for at dele erfaring og bliver klogere på, hvad der påvirker deres mulighed at leve sundt i hverdagen.

Fra hvert tilbud deltager medarbejdere og ledere i tværfaglige team og sørger efterfølgende for at inddrage kolleger, beboere og pårørende i at løfte sundhedspakkerne ind i hverdagens praksis.



Der er stor efterspørgsel og engagement blandt psykiatribrugere og medarbejdere på kurserne. En medarbejder skrev efter første mødegang: ”Jeg har tre trøtte beboere med hjem. De fortæller alle, at de har fået noget godt med hjem, og glæder sig til at komme af sted igen.”

Personalekursus i Livsstilsvejledning af sårbare grupper

Det kan lade sig gøre at tilbyde kurser for sårbare grupper i livsstilsforandringer. Livsstilscafeen har undervisningsmateriale, som tilbyder psykiatri-, social- og sundhedspersonale et koncept, der favner sårbare mennesker, som selv vil arbejde med deres livsstil. Der er vægt på oplevelser, brugerinddragelse, reflekterende og handlingsorienterede øvelser.

Dokumentation, forankring og spredning af indsatsen

Det søges at dokumentere, hvad der sker i projektet på flere måder.

Elektronisk fil- og vidensdelingsforum

Projektsekretariatet har etableret et internet-baseret kommunikationsforum for alle deltagere. På forummet er der mulighed for at hente informationer, arbejdspapirer m.m. samt at kommunikere med hinanden og derved dele erfaringer om forandringsarbejdet i projektet.

Månedsrappporter

Sundhedspakkerne indeholder en målbeskrivelse og en beskrivelse af lokale effekt- og procesmålinger. Teamene beskriver de konkrete forandrings tiltag samt læring og barrierer for processen i den pågældende periode. Månedrappporterne sendes til de lokale ledelser og uploades på projektets hjemmeside. På den måde bidrager de til både at dokumentere, forankre og sprede indsatserne.

Spørgeskemaundersøgelse af psykiatribrugernes sundhed og trivsel

Partnerskabsgruppen har ønsket at undersøge psykiatribrugernes sundhed og trivsel samt motivation for at ændre sundhedsvaner. Ved projektstart

Fakta om projektet

Projektstitel: Forebyggelse af multisygdom blandt psykisk syge – sundere liv i socialpsykiatrien – praksisforandringer der støtter sund mad, bevægelse og røgfrie miljøer løber fra 1. marts 2012 – 1. marts 2015.

Deltagere er 4 regionale socialpsykiatriske botilbud i Region Midtjylland og 4 kommuner, Syddjurs, Herning, Holstebro og Randers. Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Psykiatri og Social i Region Midtjylland.

Projektets overordnede mål

1. At fremme sundheden blandt mennesker med psykisk sygdom i socialpsykiatriske tilbud.
2. At forebygge udvikling af nye kroniske livsstilsbetingede sygdomme blandt mennesker med psykisk sygdom i socialpsykiatriske tilbud.
3. At understøtte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialpsykiatriske bo- og aktivitetstilbud gennem kompetenceudvikling i Livsstilscafeens redskaber samt beboerinvolvering.

Målgrupper

Den indirekte målgruppe i projektet er brugere af regionale og kommunale socialpsykiatriens bo- og aktivitetstilbud samt bostøtteordninger.

De direkte målgrupper er ledere og personale ved fire Regionale socialpsykiatriske botilbud, og fire kommuners socialpsykiatriske tilbud samt sociale tilbud i to kommuner – i alt ca. 20 underorganisationer i kommunerne. Hertil kommer medarbejdere fra kommunale sundhedscentre, der indgår i kompetenceudvikling.

220 ledere og medarbejdere er engageret i projektet.

Organisering

Projektet er organiseret med en styregruppe, to inspirationsgrupper og lokale projektteam/ arbejdsgrupper. Projektet koordineres gennem et projektsekretariat beliggende i CFK – Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.

Styregruppe

Styregruppen udgøres af ledelsesrepræsentanter fra deltagende psykiatriske organisationer samt to sundhedskonsulenter fra Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Styregruppen diskuterer og vedtager organisation af projektets opgaver.

Inspirationsgrupper

Der er etableret en faglig og en bruger/ pårørende inspirationsgruppe med repræsentanter fra de deltagende organisationer. Inspirationsgrupperne har til opgave at give inspiration til arbejdet undervejs i projektforløbet. Formålet er at få den særlige viden og erfaring, både psykiatribrugere, pårørende og fagpersoner har, aktiveret og inddraget.

Forventede resultater

I Sundhedspakkerne har hver organisation beskrevet deres mål for indsatserne på bruger-, medarbejder- og organisationsniveau.

På brugerniveau

Målet er at brugerne oplever, at det er blevet meget lettere at tage det sunde valg, at de både har følelsen af at have det bedre og at de fungerer bedre i hverdagen – samt at de har en bedre sundhedstilstand og bedre livskvalitet.

Det ventes, at brugerne oplever ejerskab til praksisforandringerne. Gennem dialog med hinanden, medarbejderne og ledelsen, har de medvirket til at implementere de lokale sundhedspakker. De har eksempelvis været inddraget i udvikling af nye mad- og bevægelsespolitikker.

På medarbejderniveau

Det forventes, at medarbejderne skaber rammer, hvor sund livsstil altid er tænkt ind. At det er naturligt, at tilføje en sundhedsfremmende vinkel på aktiviteter, på nuværende socialpædagogiske indsatser, så det også er realistisk at gennemføre i en travl hverdag.

Det forventes, at ledere og medarbejdere har fokus på at skabe et miljø, der gør det attraktivt, positivt og nemt at få et sundt hverdagsliv. At der er udviklet en fælles kultur som fremmer sundhed, hvor medarbejdernes normer, værdier og handlinger støtter brugerne i at arbejde med at bevare og styrke egen sundhed.

Botilbuddet Sct. Mikkel beskriver et mål i deres sundhedspakke således:

”Det er beboerne selv, der kender deres egne behov og udfordringer og det er også dem, der i sidste ende skal vælge at leve sundt. Men det sunde valg på bostedet skal gøres nemt, ligetil og attraktivt. Beboerne og medarbejderne skal arbejde sammen om at udarbejde og implementere politikkerne omkring sundhed, således det ikke bliver regler og bestemmelser, der ikke bliver ført ud i livet”.

På organisationsniveau

Det forventes, at hvert regionalt socialpsykiatrisk botilbud og hvert kommunalt bo- og aktivitetstilbud samt bostøtte ved projektafslutning har implementeret deres beskrevne Sundhedspakker med

understøttende praksisforandringer og forebyggende tiltag, således at brugerne har gode vilkår og betingelser for en sund livsstil.

Det ventes, at der arbejdes systematisk med indsatserne og at de dokumenteres, så der kan følges op, når en bruger eksempelvis flytter fra et regionalt til et kommunalt tilbud.

Det er forhåbningen, at region og kommuner samarbejder på tværs om projektet og udvikler praksis sammen. Ligeledes at kommunerne arbejder med at fremme sundheden i socialpsykiatrien på tværs af forvaltningsområder i kommunerne.

I Herning kommune er det eksempelvis målet at:

”Skabe mulighed for at mennesker med psykisk sygdom får større deltagelse i aktiviteter i lokalsamfundet.”

Det forventes, at der er udarbejdet en sundhedsplan i dialog med alle brugere, og at der er lagt individuelle planer for de konkrete indsatser.

er der således gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt borgere tilknyttet de deltagende socialpsykiatriske og sociale tilbud. Undersøgelsens resultater har givet de forskellige bo- aktivitets- og bostøttetilbud værdifuld viden i forhold til at kunne målrette den strukturelle forebyggelse.

Spørgeskemaundersøgelsen er tilrettelagt således, at resultaterne kan sammenlignes med den øvrige befolkning gennem resultater fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* eftersom hovedparten af spørgsmålene ligeledes indgår i *Hvordan har du det?*³

Resultater fra spørgeskemaundersøgelse

I alt 1.435 borgere tilknyttet de deltagende socialpsykiatriske og sociale tilbud har fået tilbudt at udfylde et spørgeskema, heraf har 449 besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en samlet svarprocent på 31 pct⁴.

Inspirationskatalog

I slutningen af projektperioden udarbejder teamene en kort statusrapport og en top 5 over de mest succesfulde sundhedsfremmende og forebyggende praksisnære arbejdsredskaber om sund mad, bevægelse, rygebegrænsning og medicinpædagogik samt helbredstjek. Inspirationskataloget vil blive tilgængeligt elektronisk via kommunernes hjemmeside og skal medvirke til at sprede den gode og velafprøvede praksis på området.

Resultatseminar

Projektet afsluttes med et resultatseminar for fagprofessionelle og brugere fra alle kommuner i Region Midtjylland samt indbudte fagfolk og ledere fra de øvrige regioner. Her inviteres til en "inspirationsrundfart" hvor samtlige kommunale

og regionale socialpsykiatriske tilbud præsenterer deres sundhedsfremmende og forebyggende praksisforandringer.

På seminaret vil deltagerne ligeledes blive inviteret til at medvirke i en cafedrøftelse med henblik på at udvikle konkrete ideer til at løfte de gode erfaringer ind i de kommunale sundhedspolitikker.

Hvordan ved vi Sundere liv i socialpsykiatrien hjælper?

I øjeblikket arbejder vi på at rejse midler til forskning i resultater af projektet Sundere liv i socialpsykiatrien. En følgeforskning vil være væsentlig for at undersøge effekterne af projektet og vurdere på hvilken måde, der kan arbejdes med strukturel forebyggelse i socialpsykiatrien.

Forskningsprojektet inkluderer undersøgelser af både psykiatribrugeren, interventionen og organisationen.

Yderligere information

Lise Arnth, projektleder, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, e-mail: lise.arnth@stab.rm.dk, tel. 7841 4314

3 Larsen F.B., Ankensen P.V. & Poulsen S. (2011). *Hvordan har du det?* 2010. Sundhedsprofil fore region og kommuner. Voksne. Aarhus: Center for Folkesundhed.

4 Spørgeskemaundersøgelsen kan læses vi hjemmesiden <http://www.cfk.rm.dk/projekter/multisygdom/forebyggelse+af+multisygdom+-+psykisk+syge>

Mennesker med psykiske vanskeligheder vil gerne leve sundere

Behovet for sundhedsfremme for borgere med alvorlige psykiske vanskeligheder er stort. Det samme gælder motivationen for at ændre livsstil. Det viser erfaringerne fra et udviklingsprojekt med afsæt i to vestjyske livsstilscafeer. Her har man arbejdet med at skabe et beskyttet overgangsrum, hvor sårbare borgere bliver rustet til at håndtere egen sundhed.

Af Lotte Edberg Loveless, freelance journalist

Mennesker med alvorlige psykiske vanskeligheder har ofte mange fysiske sygdomme. Det billede tegnede sig klart, da svarene fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra 2008 blev gjort op i Region Midtjylland. Tre ud af fire med en længe-revarende psykiske vanskeligheder havde mindst én somatisk sygdom, og hver anden led af flere sygdomme.

”Når vi kiggede på svarene, var det fuldstændigt overvældende, hvor mange somatiske sygdomme disse borgere led af. Vi var nødt til at tage det alvorligt og forsøge at gøre noget ved det,” fortæller chefkonsulent Lucette Meillier fra ’CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling’ under Region Midtjylland.

Hun har været projektleder på det tre-årige projekt ”Forebyggelse af multisygdom”, der voksede ud af erkendelsen og blev søsat i 2009¹. Målet har været gennem tværfagligt samarbejde at udvikle en tilgang til sundhedsfremme og forebyggelse blandt sårbare grupper. Projektet er finansieret gennem midler fra SATS-puljen og Region Midtjylland, og rammen for det blev livsstilscafeerne på de socialpsykiatriske tilbud Kafferisteriet i Holstebro og Skovlyset i Herning, som allerede havde

arbejdet med livsstilscafeen som en metode til sundhedsfremme i seks år.

”Medarbejderne i livsstilscafeerne var dygtige til at arbejde inddragende og deltagerorienteret, og det var naturligt at bygge videre på deres erfaringer og videreudvikle disse i projektet”, siger Lucette Meillier.

Livsstilscafeerne giver alle sårbare en mulighed for at arbejde med deres livsstil i et trygt miljø, hvor der bliver lagt særlig vægt på støttende gruppeprocesser.

Lucette Meillier

1 Multisygdom er, når to eller flere langvarige sygdomme forekommer hos den samme person.

Støtte og inklusion

Forløbene i livsstilscafeerne har været delt op på hold med 12-15 deltagere på hver. Heraf har tre været borgere med længerevarende psykiske vanskeligheder. De øvrige har været borgere med somatisk multisygdom, der var enlige eller havde en kort uddannelse.

”Omkring hver tredje blandt somatisk multisyge oplever også depression eller psykisk ubalance. Livsstilscafeerne giver alle sårbare en mulighed for at arbejde med deres livsstil i et trygt miljø, hvor der bliver lagt særlig vægt på støttende gruppeprocesser. Samtidig skaber de blandede hold rum for inklusion,” siger Lucette Meillier.

Udover gruppeforløbene har man tilbudt en mindre gruppe deltagere individuelle samtaler, fordi de af forskellige årsager (fx praktiske eller psykiske) ikke har kunnet være del af et af holdene.

Efter en afklarende samtale, der skulle afdække, om den enkelte var motiveret for forandring af livsstil og deltagelse i livsstilscafeen, startede i alt 141 af de henviste borgere i livsstilscafeerne. 31 har været igennem et kortere, individuelt samtaleforløb på tre til fem gange, og 110 har været tilmeldt et holdforløb. Over halvdelen af deltagerne er mødt op samtlige gange.

”Vi er virkelig blevet positivt overrasket over især deltagerne fra psykiatriens vilje til at arbejde med egen sundhed,” siger Lucette Meillier.

Opbakning fra nærmiljø

Projektet har beskæftiget sig med sundhedsfremme i bredeste forstand, og målene for forandringerne er blevet defineret af deltagerne selv. For at sikre sammenhæng med deltagerens hverdag, har man opfordret til, at de blev henvist sammen med et familiemedlem eller en ven, der også var indstillet på at ændre livsstil.

”At håndtere sin egen sundhed og lægge livsstilen om kræver mange strategier både praktisk, mentalt og socialt, og man har brug for opbakning fra nærmiljøet,” siger Lucette Meillier.

Til hvert hold har været tilknyttet en ankerperson fra psykiatrien med særligt fokus på de deltagere, der havde psykiske vanskeligheder. De har

sikret, at overgangen fra psykiatri til livsstilscafé har været tryk, sørget for at skærme, hvis det blev nødvendigt og fulgt op på eventuelle problemstillinger.

Udover ankerpersonerne har teamet omkring hvert hold bestået af to medarbejdere fra livsstilscafeen, der er eksperter i forandringsprocesser og specialiserede på henholdsvis mad- og bevægelsesområdet.

Gennem forløbet har livsstilscafeerne tilbudt erfaringsbaseret læring og øvelser. Man har arbejdet i dybden med livsstilsændringerne og

Livsstilscafeens metoder

Rækkefølgen af arbejdet med forandringsprocesser i livsstilscafeen er tilrettelagt efter teorier om faser i forandringsarbejdet og er tænkt som en fortløbende række af aktiviteter, der afløser og refererer til hinanden.

I gruppeforløbet arbejdes med:

- Overvejelse – afdækning af egen sundhed, motivation, ambivalens og vaner, der støtter eller hæmmer troen på egne evner til forandring.
- Planlægning og forberedelse - sætte realistiske mål og relatere forandring til hverdagsliv samt egne og andres ressourcer.
- Handling - afprøvning af hvad der fungerer og ikke fungerer i deltagerens forandringsarbejde og tilpasse forandringsmål hertil.
- Vedligeholdelse - arbejde med at holde fast, fejre succeser, håndtere risikosituationer og håndtere tilbagefald.

reflekteret over, hvad de på alle niveauer betød for deltageren. Afsættet har blandt andet været fysiske aktiviteter - for eksempel en 30 minutters gåtur, som deltageren først har skullet gå alene og efterfølgende med en partner. Undervejs har deltagerne observeret tanker og følelser i kroppen, og efterfølgende har man delt refleksioner på oplevelserne i gruppen.

Små skridt

Livsstilets gruppeforløb er detaljeret beskrevet i en pædagogisk tilrettelagt materialesamling, som CFK netop har udgivet. De består af 17 mødegange på hver tre timer, som er fordelt over halvandet år med faldende mødeintensitet. Alle gange arbejdes der praktisk, teoretisk, refleksivt og kreativt.

Forløbet er opdelt på tre faser. De første fem gange mødes gruppen hver uge. Fokus er på overvejelser omkring egen sundhed, og man forsøger blandt andet at afdække vaner samt fordele og ulemper ved at gøre op med en usund livsstil.

”I den indledende fase skal deltagerne frem for alt mærke efter og registrere. Vi beder ikke deltagerne ændre radikalt på vanerne, men bare om at pille lidt ved dem. Vi kan for eksempel foreslå en deltager at flytte kagerne til en anden skuffe,” fortæller Lucette Meillier.

Overvejelserne munder ud i, at deltagerne den femte mødegang sætter mål for de forandringer, den enkelte gerne vil opnå.

De følgende ni gange arbejder deltagerne i gruppen med deres forandringsmål, og mødefrekvensen falder til hver anden uge. Der er fokus på planlægning, forberedelse og handling, og deltagerne afprøver, hvad der fungerer og ikke fungerer for den enkelte i hverdagen, hvorefter målene løbende tilpasses i livsstilets cafeen.

”Det tager tid at ændre indgroede vaner, og det er nødvendigt løbende at justere kursen, reflektere og sammen finde nye strategier. Deltagerne støttes i at nærme sig deres mål med små skridt,” siger Lucette Meillier.

Et af de tilbagevendende redskaber i processen er et trappeskema, der hjælper med at anskueliggøre, hvad i hverdagen, der understøtter og van-

Livsstilets cafeens mål

- at deltagerne tager stilling til egen sundhed og livsstil
- at deltagerne får lyst til og mod på at skabe forandringer i egen livsstil, og at de tilegner sig redskaber til at kunne gennemføre dem
- at deltagerne finder ind til det, der giver glæde, energi og lyst
- at deltagerne lærer gennem praktiske aktiviteter, teori og erfaringsudveksling i et forpligtende fællesskab
- at deltagerne sætter sig forandringsmål
- at deltagerne ved en aktiv indsats opnår forandringer i egen livsstil

skelliggør opfyldelsen af deltagerens forandringsmål, og afdækker, hvad næste skridt kan være på vejen mod endnu et delmål.

Gruppeforløbets sidste fase er på tre mødegange fordelt over et år. Her er der henholdsvis to, fire og seks måneder mellem, at gruppen mødes. Denne fase er tænkt som en opfølgning på hovedforløbet, og man fokuserer på at støtte deltagerne i at fastholde de opnåede forandringer. Gruppen fejrer succeserne og taler om, hvordan man håndterer risikosituationer og tilbagefald.

Mange af de praktiske øvelser understøtter deltagerens oplevelse af, hvad der sker med dem under forandringsprocessen. En ’rygradsøvelse’, hvor deltagerne står ryg mod ryg, er blandt øvelserne i sidste del af forløbet.

”Deltagerne mærker, at de har en rygrad, at de kan læne sig op ad andre, og at de formår at stå fast, hvis nogen skubber lidt. Den fysiske oplevelse

overføres på den mentale overbygning og støtter deltagerne i at fastholde de ændrede vaner,” siger projektlederen.

Stærkt ønske om sundhed

Udover Lucette Meillier har projektgruppen bestået af en underviser i organisationsforandring, fire medarbejdere fra livsstilscafeerne og projektets fire ankerpersoner - to hentet fra socialpsykiatrien og to fra behandlingspsykiatrien. Gruppen har mødtes en gang om måneden, hvor man har taget skiftende temaer op, delt faglig viden og sammen udviklet metoderne bag livsstilscafeen.

”Forud for projektet var vi meget spændte på, hvordan vores forskellige fagligheder ville gå i spænd. Der var ingen garanti for, at vi kunne få dem til at spille sammen,” fortæller Lucette Meillier.

Et oplagt dilemma var at finde en fælles balance i forhold til deltagerne fra psykiatrien. De skulle skærmes, men heller ikke begrænses af overbeskyttende rammer.

”Vores bekymringer blev gjort til skamme. Tilbagemeldingerne fra ankerpersonerne har været rigtig gode, og de har været glade for at være med til at udvikle metoder, der er bredere end det rent psykiatrifaglige. For os i CFK er projektet gået nemmere end forventet. For eksempel viste det sig, at langt flere brugere fra psykiatrien kunne deltage. Men det har også været hårdt og udfordrende at skulle udvikle noget, vi ikke vidste, hvad var.”

De tilknyttede medarbejdere har under forløbet været på halv-årige kurser med eksterne undervisere – for eksempel en psykolog under temaet fastholdelse og modstand.

I dag har Lucette Meillier ingen betænkeligheder ved at tilbyde sundhedsfremme til mennesker med en alvorlige psykiske vanskeligheder og at blande hold på tværs af psykiatriske og somatiske diagnoser.

”Det er misforstået hensyn, hvis man forsøger at overbeskytte psykiatribrugere. Mennesker med psykiske vanskeligheder har nøjagtig samme ønsker som alle andre om at leve sundt, men for mange er det svært at komme i gang. De går ikke

bare lige ned i et fitnesscenter. Livsstilscafeen fungerer som en slags beskyttet overgangsrum. Over de 17 mødegange får deltagerne indarbejdet et mindset, der giver handlekompetencer. De bliver bedre rustet til at håndtere deres egen sundhed. Enten ved selv at finde deres vej eller ved at inddrage de mennesker fra deres netværk, som bedst kan støtte,” siger hun.

Gensidige aha-oplevelser

Deltagerne på holdene har ikke præsenteret sig for hinanden som for eksempel psykiatribrugere, lungepatient eller gigtplaget. I stedet for diagnoser har fokus under forløbet været på det, man var fælles om - nemlig ønsket om at ændre livsstil og gøre noget godt for sig selv.

”Medarbejderne i livsstilscafeen har set gensidige aha-oplevelser undervejs. Deltagere med psykiske vanskeligheder har oplevet, at de, der har somatiske sygdomme, har lige så meget at slås med som de selv.”

Psykiatriske diagnoser er ofte kommet bag på gruppen. Flere gange har deltagere med psykiske vanskeligheder været blandt de mest velfungerende og vedholdende i gruppen.

”Mange psykiatriske brugere har været i kognitiv terapi. De er trænet i at mærke sig selv og reflektere over det, de oplever. Det har givet dem en styrkeposition i gruppen og har været en sidegevinst for de andre deltagere, der har nydt godt af deres refleksioner,” fortæller Lucette Meillier.

Forud for projektet så man ellers en potentiel udfordring i forhold til, om de psykiatriske brugere ville få svært ved at rumme og fastholde gruppesammenhængen.

”Selvfølgelig har der været psykiatribrugere, som på grund af en dårlig periode ikke har kunnet fortsætte i livsstilscafeen. Men overordnet har de haft langt færre problemer end forventet. Deltagerne fra psykiatrien har været rigtig godt briefet på forhånd, og de har haft en løbende dialog med deres ankerperson. Faktisk har det i højere grad været blandt de somatiske brugere, at nogle har haft svært ved at fastholde deltagelse. Der har været sociale enspændere blandt deltagerne, som har været nervøse, intimiderende eller udadrea-

gerende. Kunsten for teamet omkring holdet er at skærme og sørge for, at alle kan være i rummet,” siger Lucette Meillier.

Aktiv læring

Før projektet gik i gang, mødte livsstilscafeens medarbejdere en del skepsis i forhold til, om man kunne holde gruppens interesse fanget tre timer træk.

”Men det har overhovedet ikke været noget problem. Deltagerne forholder sig hele tiden aktivt til sig selv eller de andre. De er i bevægelse, står op eller udfylder store plancher på gulvet. Og i stedet for eksempelvis at sidde omkring et bord og snakke om nøglehulsmærkning, mødes holdet i et supermarked og forholder sig til indkøbssituationen i praksis,” fortæller Lucette Meillier.

Mere viden

Livsstilscafeens materialesamling kan frit downloades på <http://www.cfk.rm.dk/projekter/sundhedsfremme+og+forebyggelse/forebyggelse+af+multisygdom>

I første halvår af 2013 følger en elektronisk metodebog, der går bag om argumentationen for de sundhedspædagogiske principper om læring og forandringsprocesser, som er anvendt i livsstilscafeens metoder. Bogen belyser blandt andet også mål, organisering og ankerpersonernes rolle mellem psykiatri og livsstilscafe.

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling under Region Midtjylland udbyder desuden kurser i Livsstilscafeens metoder. Kurset er sammensat af fem moduler fordelt over et år.

Hver mødegang har man taget et tema op, og udover de praktiske øvelser og oplæg, har man spurgt ind til, deltagernes viden og ting, der undrede dem.

”Vi har gjort rigtig meget ud af at opbygge en anerkendende kultur, hvor der var plads deltagernes forskelligheder. Vi har bestræbt os på at gøre viden om sundhed efterspurgt. For eksempel har vi bedt deltagerne opsummere deres formelle viden på et område og efterfølgende ryddet op i misforståelser for til slut at samle op med fælles refleksioner,” siger projektlederen.

Refleksionerne i gruppen har været med til at forstærke motivationen for forandring. Et konkret eksempel er en situation hentet fra en mødegang, hvor deltagerne individuelt skulle reflektere over, om de *gjorde* noget anderledes, *tænkte* anderledes og *havde* det anderledes. En deltager lagde ud med, at han ikke følte, han havde fået gjort så meget. De øvrige deltagere blandede sig og sagde, at de kunne se en stor forskel, og at han for eksempel var blevet helt klar i huden. Da deltageren efterfølgende skulle reflektere over sine tanker om forandringer, sagde han, at han overvejede et rygestopkursus. Han sluttede af med at sige, at han faktisk havde det bedre og oplevede, at han kunne klare det meste selv.

”Gruppeforløbet giver deltagerne mulighed for at danne nye netværk. I begyndelsen er strukturen stram, men i den sidste del er det meget gruppen, der definerer aktiviteterne. Det peger frem mod, at de selv arrangerer aktiviteter, og vi ved, at flere deltagere bruger hinanden efter forløbets afslutning,” siger Lucette Meillier.

Alle deltagere har tre gange undervejs i forløbet udfyldt spørgeskemaer om deres sundhed – i forbindelse med den afklarende samtale, midtvejs og ved afslutningen. Svarene er endnu ikke behandlet.

Erfaringer lever videre

De fysiske livsstilscafeer i Herning og Holstebro lukkede i sommeren 2012. Men erfaringerne lever videre. Blandt andet i projektet ”Sundere liv i socialpsykiatrien”, som er et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland og kommunerne Ran-

Vi ved, at flere deltagere bruger hinanden efter forløbets afslutning.



Lucette Meillier

ders, Syddjurs, Herning og Holstebro (se artiklen *Sundere liv i socialpsykiatrien* s. 33).

Den netop udgivne materialesamling fra projektet kan frit downloades og anvendes af medarbejdere på psykiatri-, sundheds- og socialområdet. CFK håber, at metoderne vil blive anvendt bredt i hele landet.

Om nogle måneder følges materialesamlingen op af en elektronisk metodebog, der går bag metoderne i livsstilscafeen. Her finder man argumentation for de sundhedspædagogiske principper om læring og forandringsprocesser, som er anvendt. CFK udbyder desuden kurser i livsstilscafeens metoder til medarbejdere inden for psykiatri-, sundheds- og socialområdet.

Nedbryd siloerne

”Der er kommet en øget bevidsthed omkring, at man er nødt til også at forholde sig til de mange somatiske sygdomme, mennesker med psykiske vanskeligheder lider af. Det er for dyrt at lade være, og hidtil har tilbuddene ikke været gode nok,” siger Lucette Meillier, der mener, at det vil være oplagt at etablere livsstilscafeer i sundhedscentrenes regi.

Men hun oplever nogen modstand på medarbejderplan.

”Når jeg introducerer livsstilscafeens metoder i socialpsykiatriske sammenhænge, er der en tendens til, at man gerne vil lave egne forløb for at skærme brugerne. Jeg tror, det er misforstået hensyn.

Sundhedssystemet har i alt for mange år været opsplittet. Somatikken har ikke taget borgere med psykiske vanskeligheder alvorligt, men ment, at det nok var hovedet, det var galt med. Og psykiatrien har omvendt haft tendens til kun at fokusere på brugernes mentale helbred,” siger Lucette Meillier.

Stod det til hende, nedbrød man silotænkningen.

”Livsstilscafeens metoder lægger op til et tæt samarbejde mellem psykiatri, kommuner og sundhedscentre. Det befordrer inklusion og afstigmatisering. Men medarbejderne kan selvfølgelig bruge metoderne i materialesamlingen, som de vil. De er et redskab, alle kan frit kan lade sig inspirere af,” siger hun.

Livsstilscafé har sat spor

En leder, en medarbejder og en bruger fra det socialpsykiatriske tilbud Skovlyset i Herning fortæller om deres udbytte af livsstilscafé-projektet og den udvikling, det har sat i gang.

Af Lotte Edberg Loveless, freelance journalist

Sundhedsfremme er blevet en del af hverdagen

DORTE PÅSKESEN, FORSTANDER PÅ SKOVLYSET: Skovlyset har gennem flere år arbejdet med recovery og havde allerede inden livsstilscafé-projektet forsøgt at sætte fokus på forebyggelse og sundhedsfremme - blandt andet med rygestopkurser for beboerne.

”Projektet passede lige ind i den udvikling, vi havde gang i,” siger forstander Dorte Påskesen, og fortæller at ankerpersonen har haft en central position i projektet.

”Ikke bare på holdene, men også i kraft af den viden og erfaring, hun har bragt med tilbage til Skovlyset fra udviklingsarbejdet. Det har haft stor betydning for kvaliteten af vores faglige diskussioner og har gjort det lettere at fastholde fokus på arbejdet med sundhedsfremme.”

Ankerpersonen har også været brugernes sikkerhedsnet.

”Selvom du har stor lyst til at blive sundere, kan det være svært at overskue, fordi der pilles ved trygge vaner. Ankerpersonen har gjort meget ud af at forberede og motivere brugerne. Bevidstheden om, at de hele tiden kunne trække på hende, har givet ro, og vores brugere har været blandt de mest stabile i gruppen.”

En beboer med selvskadende adfærd fra Skovlyset valgte at have sin kontaktperson med som ledsager i livsstilscaféen.

”Uden det tætte samarbejde mellem ankerperson og kontaktperson havde beboeren ikke kunnet deltage i gruppen. Samarbejdet understøttede også forandringsprocessen i hverdagen.”

Stor idérigdom

Motionsrummet på Skovlyset bliver efter projektet brugt mere end før. Der er blandt andet også kommet løbehold og ind i mellem arrangerer man en skridttæller-dag, hvor brugerne kan tjekke, hvor meget de egentlig bevæger sig. Det giver konstruktiv dokumentation.

Selv om en bruger er psykisk skrøbelig, kan han/hun godt deltage og opøve nye færdigheder.

Dorte Påskesen



”Hvis en bruger kun bevæger sig 2-300 skridt i løbet af et døgn, er der stort udviklingspotentiale. En anden bruger finder måske ud af, at hun går rigtig meget, og får mod på at bevæge sig endnu mere.”

Bevægelse kan også være praktiske gøremål som tøjvask eller rengøring.

”Selv om en bruger er psykisk skrøbelig, kan hun godt deltage og opøve nye færdigheder. Hun bliver mere selvstændig, får anerkendelse og oplever måske at kunne mere, end hun troede.”

Dorte Påskesen har set stor idérigdom blandt personalet i forbindelse med livsstilscafé-projektet. Før havde Skovlyset faste indkøbsture, hvor 5-6 brugere og 1-2 medarbejdere sammen kørte ind til centrum i stedets minibus. I dag er der indkøbt trolleyer til brugerne, som selv tager bussen ind til byen.

”Det giver nye handlekompetencer. Vi arbejder i det hele taget på at omlægge vores organisering af arbejdet, så det udvikler den enkeltes kompetencer. Individuelle sundhedsmål defineret i samarbejde med beboeren er i dag skrevet ind i alle handleplaner, og vi tænker sundhed langt bredere end tidligere. Fysisk sundhed og psykisk velbefindende hænger sammen.”

”Kombinationen af vores recovery-tilgang og livsstilscafé-projektet har givet en anderledes faglig bevidsthed, hvor vi stopper op og for eksempel spørger os selv, om det er hensigtsmæssigt, at vi kører beboerne. Det nemmeste er at gøre, som man plejer, men det risikerer at blive en faglig sovepude.”

Sundhed på Skovlyset handler også om trivsel for den enkelte, og hvilke relationer og interesser, der befordrer den. Et godt eksempel er en beboer med en passion for fiskeri. Der er ingen offentlig transport til åen, så skulle drømmen om fisketurne realiseres, krævede det, at han lærte at cykle.

”Det tog et halvt år og kostede ham mange skrammer undervejs, men i dag tager han selv ud at fiske og er tryk ved det.”

Målrettede aktiviteter

Mange ting har i det hele taget ændret sig på Skovlyset.

”Vi sætter os ikke længere bare ned ved et bord, når vi skal have en samtale med for eksempel en beboer med en skizofren lidelse. Det fungerer langt bedre at tage snakken, mens vi går en tur eller vasker op sammen. Vi har fået blik for ting, som understøtter vores praksis.”

Tidligere havde Skovlyset et åbent dagtilbud i tidsrummet 8.30-15.30. I dag tilmelder brugerne sig specifikke, skemalagte aktiviteter.

”Hvert halve år får de et aktivitetskatalog, der blandt andet indeholder tilbud som mindfulness, rygestopvejledning, motionshold og individuel hjælp til udarbejdelse af træningsforløb. Strukturen ligner konceptet for aftenskoler, og brugerne foretager et aktivt tilvalg, når de melder sig til en aktivitet. Det motiverer og giver ansvar, for det forpligter at være del af et hold. Valget af aktiviteter giver både os og brugerne et klarere fokus på relevante indsatsområder, og vi bruger i det hele taget ressourcerne mere optimalt end før.”

To fuldtidsansatte medarbejdere er i det nye dagtilbud erstattet af timelønnede eksterne undervisere og en aktivitetskoordinator, der arbejder 17 timer om ugen. Det har halveret udgifterne på trods af, at Skovlyset i dag udbyder 33 konkrete aktiviteter mod tidligere 10. Holdene er populære og næsten alle fyldt op. De eksterne undervisere befordrer brugernes oplevelse af at være helt almindelige kursister – perspektiver, der også peger frem mod recovery.

Fakta om Skovlyset

Skovlyset er et socialpsykiatrisk bo- og aktivitetstilbud under Herning Kommune. Der er 21 beboere i døgnafdelingen og 60 brugere i dagafdelingen. Skovlyset har i alt 39 medarbejdere.

Projekt har givet legalitet

Det øgede fokus på sundhed har også affødt debat i personalegruppen. Flødeskumskage til fødselsdage og salg af kakao i cafeen er blandt de emner, man har vendt. Ingen af delene serveres i dag på Skovlyset.

”Hvis en beboer vil have flødeskumskage, skal hun eller han selv købe den hos bageren. Så får vedkommende i det mindste en gåtur ind til byen. Nogle medarbejdere synes, det er synd, at beboerne ikke får lagkage på fødselsdagen eller pizza til hyggeaftenen, men det harmonerer ikke med vores praksis.”

På personalemøderne er der heller ikke længere kage til kaffen. Og det er slut med at have en stor pose slik liggende på hylden på en aftenvag.

Mens brugerne generelt har været motiverede for de sundhedsfremmende omstillinger, har det været sværere for nogle ansatte at vænne sig til ændringerne i praksis og organisation.

”Der har været medarbejdere, som fra starten var totalt tændte på projektet, mens andre har været mere træge eller håbet på, det nok gik over igen, hvis de gemte sig længe nok. Forandringerne griber ind i medarbejdernes personlige vaner og værdier. Det er vanskeligt for nogle og tager tid at ændre.”

Til august åbner Skovlyset et nyt livsstilshus. Her vil socialpsykiatriske brugere i Herning Kom-

mune kunne få hjælp til en sundere hverdag med afsæt i erfaringerne fra livsstilscafeen.

”For mig som leder har livsstilscafé-projektet været et fantastisk redskab til at få implementeret forandringer. Det har givet en legalitet i personalegruppen, og vores deltagelse har gjort det mere synligt for os, hvad vi vil – både som organisation og i praksis.”

Frugtbar tværfaglig udveksling

LOTTE MORTENSEN, ERGOTERAPEUT PÅ SKOVLYSET OG ANKERPERSON I LIVSSTILSCAFEEN:

”Det har været meget lærerigt og berigende at være med i projektet,” siger Lotte Mortensen, der som ankerperson har fulgt Skovlysets deltagere i livsstilscafeen og været del af det tværfaglige team, der har videreudviklet konceptet.

”Vi ville gerne give vores brugere bedre mulighed for at arbejde målrettet med deres sundhed og tilbyde et sundt hverdagsliv til beboere. Vi har forsøgt at tage det bedste fra de ’gamle’ livsstilscafeer og tilpasse konceptet til psykisk sårbare brugere.”

Et af fokuspunkterne har været gruppedynamik.

”Relationsarbejdet og kommunikationen deltagerne imellem har været i centrum. Vi har forsøgt at skabe struktur og forudsigelighed i de enkelte undervisningsgange. Hvis du er psykisk sårbar, er det vigtigt, at elementerne er genkendelige, og at du ved, hvad der venter forude.”

Invitation til inklusion

Inklusionsperspektiverne i, at livsstilscafeens hold har været blandet på tværs af somatiske og psykiatriske sygdomme, tiltaler Lotte Mortensen.

”Selvom vi i psykiatrien arbejder med recovery og inklusion, kan det ofte være svært for brugerne at finde nogle at blive inkluderet sammen med. Derfor var det dejligt, at vi i projektet blev inviteret inden for i en sammenhæng på tværs af diagnoser.”

”Vores brugere har været meget dedikerede, og når deres øvrige liv ellers ikke har forhindret dem i det, har de været gode til at møde op. Nogle har

Hvis en beboer vil have flødeskumskage, skal han eller hun selv købe den hos bageren. Så får vedkommende i det mindste en gåtur ind til byen.

Dorte Påskesen



Vi har haft et meget frugtbart samarbejde og har alle øst ud af vores faglige kompetencer og erfaringer fra hvert vores område.

Lotte Mortensen



endda klaret at komme selv under en indlæggesse. De er blevet rigtig fint modtaget af de andre i gruppen og har selv ydet en flot indsats for at blive inkluderet.”

De blandede grupper har også været med til at afmystificere nogle ting.

”Rigtig mange af deltagerne med somatisk baggrund kendte også til depression og angst. Vores brugere har bare været mere åbne om det.”

Fælles ejerskab

Lotte Mortensen har befundet sig godt i det tværfaglige team bag livsstilscafeen. Før projekt-start tilbragte gruppen et par dage sammen, hvor de blev præsenteret for teoretiske oplæg og udvekslede forventninger og erfaringer.

”Vi har haft et meget frugtbart samarbejde og har alle øst ud af vores faglige kompetencer og erfaringer fra hvert vores område. Det har været spændende og udfordrende at videreudvikle konceptet. Vi fra psykiatrien har budt ind med, hvad der skulle skrues op for i pædagogikken, for at livsstilscafeen kunne rumme psykisk sårbare mennesker. Det har givet fælles ejerskab. Alle kan stå inde for det endelige koncept og anbefale det til brugerne.”

”Projektet har givet mig stor viden om forandringsprocesser. Jeg har løbende videregivet mine

erfaringer på Skovlyset og fortalt om, hvad holdet og den enkelte deltager arbejdede med. Det har gjort det muligt at støtte den enkelte deltager i forandringerne. I dag er projektet en implementeret del af hverdagen, og vi tænker sundhedsfremmende aspekter ind i alle aktiviteter.”

Også brugerne har været med til at bane vejen for større fokus på sundhed.

”Deltagerne har været ambassadører for projektet og har delt deres erfaringer. De ændringer, livsstilscafeen har affødt på Skovlyset, havde været svære at løbe i gang uden projektet.”

Små skridt mod realistiske mål

KIRSTEN NIELSEN, BRUGER PÅ SKOVLYSET:

”Efter at have levet et helt almindeligt liv, er det svært at erkende, at der er mange ting, jeg ikke længere kan. Det er også derfor, jeg kommer på Skovlyset. Ellers ville jeg bare ligge hjemme på sofaen,” siger Kirsten Nielsen, der tog imod tilbudet om et forløb i livsstilscafeen, fordi hun gerne vil leve sundere.

For seks år siden brød hun sammen, blev indlagt og efterfølgende diagnosticeret med en skizotypisk sindslidelse. Indtil da havde hun haft fast job som pædagog. I dag har 50-årige Kirsten Nielsen et 20 timers skånejob på et plejehjem. Et par

gange om ugen benytter hun aktiviteter på Skovlyset. Hun får meget medicin og har taget godt 30 kilo på, siden sygdommen brød ud. Hendes kolesteroltal og blodtryk er højt og reguleres også med medicin.

Nogle elementer i livsstilscafeen overraskede Kirsten Nielsen.

”I flere øvelser skulle vi reflektere over, hvad vi oplevede i kroppen. Det var lidt grænseoverskridende, og i starten havde jeg svært ved at se, hvad mine fornemmelser i kroppen havde med livsstil at gøre. Men hen ad vejen kunne jeg godt se meningen.”

Justering af mål

Undervejs i forløbet kørte Kirsten Nielsen sur i et delmål om at løbetræne både i livsstilscafeen og derhjemme.

”Først følte det virkelig som et nederlag, at jeg ikke kunne gennemføre det, jeg havde sat i gang. Men alle i gruppen måtte undervejs justere mål i forhold til deres ressourcer. Jeg lærte at finde veje, der passede til det, jeg magtede, og fik hjælp til at afdække, hvorfor løbeturene ikke fungerede for mig. Jeg behøver ikke at piske af sted. Det er lige så fint at cykle på arbejde eller gå en tur – bare jeg bevæger mig en halv time om dagen.”

Kirsten Nielsen begyndte at spise flere grøntsager og droppede fede ting som remoulade og mayonnaise. Også omkring kosten fik hun støtte til løbende at tilpasse ændringerne og sætte realistiske mål.

”Det, der kan virke nemt for andre, er helt uoverskueligt for mig. Jeg laver for eksempel aldrig varm mad. Damebladernes slankekur kræver alt muligt fancy. Livsstilscafeen har gjort det enklere for mig at forsøge at leve sundt. Der tages hensyn til min virkelighed og de ressourcer, jeg har.”

I dag varmer Kirsten Nielsen blandt andet frosne grøntsager i mikroovnen, putter fisk på rugbrødet og spiser masser af frugt.

”Før tænkte jeg ofte: Nu skal det hele bare laves om! Men hvis jeg for eksempel skulle bruge Vægtkonsulenterne, ville jeg knække halsen fuldstændig. Små omlægninger, der holder, er meget bedre.

Og når de gode vaner er indarbejdet, kan man supplere med flere. Selvom jeg ikke har tabt mig så meget, lever jeg et sundere og mere aktivt liv.”

Støtte og anerkendelse

Holdenes blandede sammensætning med både psykiatribrugere og borgere med somatisk multisygdom har givet ny indsigt.

”Vi har fået et indblik i hinandens verdener. Nogle problemer ligner, men har en anden ’lyd’. Stærke gigtsmerter kan for eksempel begrænse et menneske, gøre det svært at komme ud af døren og nemt at forfalde til søde sager. Vi har støttet hinanden i gruppen – for eksempel når nogen har måttet erkende, at et mål var sat for højt.”

”Det har betydet meget, at jeg ikke var den eneste fra Skovlyset, og at vi kunne hente støtte fra vores ankerperson. Hun har været meget opmærksom på, hvordan vi havde det i gruppen, og om vi forstod tingene.”

”Nogle deltagere gennemførte langt større ændringer af kost og motion end jeg, men der har været stor anerkendelse for det, vi hver især har gjort og opnået. Livsstilscafeen har givet mig sundere vaner, jeg kan tage med på alle niveauer af mit liv.”

Kirsten Nielsen er efterfølgende blevet henvist til en diætist.

”Den viden og erkendelse, jeg har med fra livsstilscafeen, spiller rigtig godt sammen med det individuelle forløb hos diætisten. Forløbet understøtter det, jeg var på vej imod, og flytter meget for mig.”

Litteratur til inspiration

- Danske Fysioterapeuter: Det er lettere at slippe de negative tanker, når man burger kroppen – Fire anbefalinger fra Danske Fysioterapeuter om brugen af fysioterapi og superviseret fysisk aktivitet i psykiatrien. 2013. www.sst.dk/publ/Publ2012/BOFO/FysiskAktivitet/FysiskAktivitet-Haandbog.pdf
- Det sunde valg – om at prioritere sundhedsarbejdet. Sundhedsstyrelsen. 2010. www.sst.dk/Udgivelser/2010/Det%20Sunde%20valg%20-20Om%20at%20prioritere%20sundhedsarbejdet.aspx
- Forsberg KA, Björkman T, Sandman PO, Mikael S. Physical health: a cluster randomized controlled lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability and their staff. *Nordic Journal of Psychiatry*. – Vol 62, nr. 6 (2008).
- Forebyggelse af psykisk sygdomme. Redaktør: Merete Nordentoft; redaktør: Poul Videbech; diverse: Anne Sofie Steens. København. Munksgaard Danmark, 2010.
- Fremme af mental sundhed i kommunerne: eksempler, muligheder og barrierer. Redaktør: Anna Paldam Folker. København. Sundhedsstyrelsen. Rosendahl-Schultz Distribution, 2009. www.sst.dk/Publ/Publ2009/CFF/Mental_sundhed/Mental_Sundhed.pdf
- Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Udarbejdet af Bente Klarlund Petersen, Københavns Universitet og Lars Bo Andersen, syddansk universitet. Sundhedsstyrelsen 2011. www.sst.dk/publ/Publ2012/BOFO/FysiskAktivitet/FysiskAktivitetHaandbog.pdf
- Habersaat, Katrine Bach. Et sundt liv for udsatte borgere: erfaringer fra 13 indsatser, der har focus på sundhed for misbrugere, alkoholikere, hjemløse og psykisk syge mennesker. København. Sundhedsstyrelsen, 2012. www.sst.dk/publ/Publ2012/sura/SocialtUdsatte/EtsundtLiv.pdf
- Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Sundhedsstyrelsen 2012. www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf
- Kommunernes Landsforening. Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats. 2011. www.kl.dk/ImageVault/Images/id_50757/scope_0/ImageVaultHandler.aspx
- Kommunernes Landsforening, Investeringer før det sker, 2013. www.kl.dk/ImageVault/Images/id_60895/scope_0/ImageVaultHandler.aspx
- Kommunernes Landsforening. Strategiske pejlemærker for den kommunale socialpsykiatri. 2012. www.kl.dk/ImageVault/Images/id_52316/scope_0/ImageVaultHandler.aspx
- Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011 sep;131(1-3):101-4.

- Lüders Kurt, Eigil Jespersen. Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser. Movements. Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet. 2013: 4
- Michael Davidsen, Pia Vivian Pedersen, Maria Holst og Knud Juel. Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012 – overdødelighed midllevetid og dødsårsager. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2013. www.udsatte.dk/dyn/resources/News_Content/file/6/116/1363262053/doedelighed-blandt-socialt-udsatte-2007-2012.pdf
- Moltke, Ane. Kroppens ambivalens: skizofreni, fysisk aktivitet og motivation. København, Frydenlund, 2010. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270, 770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. Plos One 2013;8 (1):e55176.
- Oeland Anne-Marie m.fl. Impact of exercise on patients with depression and anxiety. Nordic Journal of Psychiatry. Vol. 64, nr. 3 (2010).
- Projekt Lighed I Sundhed: Evaluering 2007-2009-Gladsaxe Kommune, 2009. <http://www.gladsaxe.dk/Default.aspx?ID=47927>
- Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme – for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark. 2013. www.bing.com/search?q=region+syddanmark+strategi+for+behandling+og+forebyggelse+af+livsstilssygdomme&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC
- Sundhed i sociale tilbud – til voksne med særlige behov. København, sundhedsstyrelsen, 2010. www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/LighediSundhed/SundhedSocialeTilbud.pdf
- Taube, Jill. Själ og kropp: Rörelse för psykisk välbefinnande. Stockholm, Bromberg, 2011.
- Toft, Jim. Fysisk aktivitet som behandlingsmetode for skizofrene patienter. Ph.d afhandling, det Samfundsvidenskabelige Fakultet, København. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2011.
- Tænk Sundhed. Inspiration og idéer til mere lighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2010. www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/LighediSundhed/TaenkSundhed-magasin.pdf
- Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. Rapport. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celine Manuel. Sundhedsstyrelsen, 2011 www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf
- Vidensråd for Forebyggelse. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Vidensråd for Forebyggelse; 2013. www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_psykisk-sygdom_digital_1.pdf
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorders. Br J Psychiatry 2011.



Socialstyrelsen er en central medspiller, når det drejer sig om at nedbringe den høje dødelighed og forekomst af livsstilssygdomme for mennesker med psykiske vanskeligheder.

Det gør en forskel – Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien

ser på baggrund, rammer og eksempler på hvordan der kan arbejdes med livsstilsændringer i socialpsykiatrien, hvor trivsels- og deltagelsesaspektet samtidig er et vigtigt fokus.