

Kosthold og fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner

Sammendrag

De fleste psykiatriske sykehus i Norge serverer standard normalkost levert fra sentralkjøkken med liten tilpasning med tanke på å forebygge uønsket vektøkning. Heller ikke tilrettelegging for økt fysisk aktivitet er spesielt vektlagt. I denne artikkelen beskrives ulike tiltak som kan bidra til bedre vekthåndtering i norske psykiatriske sykehus.

Vi gikk gjennom erfaringsrapporter innhentet fra 16 ulike poster ved norske psykiatriske sykehus. Alle postene har deltatt i et prosjekt som satte søkelyset på uønsket vektøkning hos psykiatriske pasienter, og å prøve ut ulike forebyggende tiltak. Rapportene omfatter en gjennomgang av tiltak og resultater etter ca. ett års intervensjon på postene.

Samtlige poster benyttet prosjektperioden til å foreta endringer i kostforpleiningen. Overgang fra helfete og standard søtede matvarer til lettere varianter, økt fokus på frukt og grønt og utelatelse av kaker og desserter på hverdagene var de tiltakene som syntes mest effektive. Faste rutiner for fysisk aktivitet og regelmessig veiing ble også innført. Det generelle inntrykket var at vektøkning var et mindre problem etter at tiltak ble iverksatt.

Forebygging og behandling av uønsket vektøkning hos pasienter med psykiske lidelser er krevende, men ikke umulig. Både kostholdsintervensjon, økt fokus på fysisk aktivitet og innføring av faste veierutiner vil kunne redusere problemet. Felles satsing blant personalet er viktig for at tiltakene skal få ønsket effekt.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Maria Hjort Thommessen

maria@nutricom.net
NutriCom AS
Grefsenveien 49
Postboks 37 Grefsen
0409 Oslo

Egil W. Martinsen

Forskningsinstituttet
Modum Bad

Gunn Helene Arsky

NutriCom AS

Vektøkning hos pasienter med psykiske lidelser er velkjent. Årsaken til vektøkningen er ofte multifaktoriell, der både medikamentell behandling og livsstilsfaktorer spiller inn. Bruk av psykotrope legemidler som antidepressiver, antipsykotika, antiepileptika og litium kan føre til vektøkning (1, 2). Introduksjonen av nyere atypiske antipsykotika har satt ytterligere fokus på dette fenomenet. Det er lett å få det inntrykk at vektøkning hovedsakelig er en bivirkning av medikamentell behandling, mens livsstilsfaktorer ofte glemmes i den daglige behandlingssituasjonen. Pasientgruppen får sjelden spesialtilpasset kosthold når de er lagt inn for behandling, og fysisk aktivitet er ofte basert på frivillighet og lite vektlagt som en del av behandlingen.

Forebygging og behandling av uønsket vektøkning hos pasienter med psykiske lidelser er utfordrende og innebærer dilemmaer. Det er viktig å finne balansen mellom adekvat medikamentell behandling og ev. risiko for vektøkning som bivirkning. Dernest er det en utfordring å gjennomføre en kostholdsintervensjon og å stimulere til økt fysisk aktivitet. Så lenge pasienten er innlagt på institusjon ligger hovedansvaret hos helsevesenet, mens for polikliniske pasienter ligger ansvaret i større grad hos den enkelte pasient. Selv om forebygging av uønsket vektøkning kan være vanskelig selv med aktiv intervensjon over flere år (3), viser flere studier at det nytter (4–8). Både kostrestriksjon, deltakelse i vekt-reduksjonsgrupper, opplæring og økt fysisk aktivisering er tiltak som kan hjelpe pasientene til å kontrollere vekten.

Det finnes oss bekjent ikke noen publiserte studier som har sett på tiltak for å forebygge uønsket vektøkning hos psykiatriske pasienter i Norge. I denne artikkelen presenteres erfaringer innhentet fra 16 poster

ved ulike psykiatriske institusjoner. Disse har deltatt i et prosjekt med fokus på å forebygge uønsket vektøkning hos psykiatriske pasienter.

Opphold i sykehus utgjør for de fleste pasienter bare en liten del av deres livsløp. Kosthold og mosjon utenfor institusjonen vil dermed være av vesentlig større betydning for de fleste pasienter. Sykehusoppholdet har sterk signaleffekt og virker opplærende, noe som har vært vesentlig ved intervensjonen som ble gjort i 2002.

Prosjektet

20 ulike psykiatriske poster ved 18 norske psykiatriske og somatiske sykehus ble våren 2002 invitert til å delta i prosjektet *Vekthåndtering i psykiatrien*. Invitasjonene ble sendt til sengeposter over hele landet for å få en best mulig geografisk spredning. De inviterte postene ble valgt fordi de hadde tilstrekkelige personalressurser. En poliklinikk deltok også for å gi innsyn i deres spesielle problemstillinger. Delta-kerpostene måtte motta besøk av en ernæringsfysiolog, iverksette relevante tiltak i prosjektperioden og skrive en sluttrapport. Enda flere poster ønsket å delta, men måtte avvise av kapasitetshensyn. Tre poster avbrøt prosjektet underveis og én sendte ikke inn rapport, og er dermed ikke inkludert videre i artikkelen. Pasienttilfanget ved oppstart beskrives i tabell 1.

Fordi postene som deltok er geografisk spredt og henter pasienter fra store områder, og fordi postene i flere tilfeller er en av flere psykiatriske poster ved samme institusjon, mener vi at funnene våre kan generaliseres til andre norske psykiatriske sengeposter.



Hovedbudskap

- Forebygging av uønsket vektøkning hos psykiatriske pasienter er vanskelig, men ikke umulig
- Omlegging av kostholdsrutiner, matvareutvalg og tilrettelegging av faste fysiske aktivitetstilbud kan bidra til mindre ufrivillig vektøkning
- Rutiner, struktur og enighet i personalgruppen når det gjelder prioriterte satsingsområder er en forutsetning for at intervensjon skal lykkes

Tabell 1 Kjønn- og aldersfordeling ved de ulike postene ved oppstart

Post-nummer	Antall pasienter	Antall kvinner	Antall menn	Aldersspenn i år
1	7	1	6	25–45
2	7	3	4	18–30
4	8	3	5	20–44
8	7	3	4	23–60
9	15	5	10	20–43
10	12	–	–	20–53
11	9	5	4	18–40
12	5	2	3	34–50
13	9	3	6	34–50
14	15	9	6	25–60
15	9	1	8	25–50
16	8	3	5	–
17	5	2	3	20–24
18	15	–	–	25–83
19	28	–	–	18–35
20 ¹	–	–	–	–
Sum	157	40	64	18–83

¹ Poliklinisk post med varierende antall pasienter

Tabell 2 Mattilbud før intervensjon

Mattilbud	Antall poster
Fem måltider per dag	13
Fire måltider per dag	3
Regelmessig nattmatmåltid	2
Fast kaffe- og kakemåltid	11
Dessert hver dag	15
Søtpålegg hver dag	5
Meierismør hver dag	4
Frukt tilgjengelig hele dagen	16
Begrenset kakeservering til kun helg	3
Vitamintilskudd tilgjengelig	3
H-melk kun til kaffe	3

Postene fikk i 2002 besøk av ernæringsfysiolog, som gjennomgikk kosthold, måltidspraksis og rammer for fysisk aktivitet. I etterkant mottok alle poster tilbakemelding og råd med tanke på forebygging av uønsket vektøkning hos pasientene. Rådene som ble gitt, var i tråd med Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger (9, 10), men ble tilpasset i skriftlig form til den enkelte post.

I tillegg til de skriftlige tilbakemeldingene har alle poster hatt fri tilgang til råd og veiledning fra ernæringsfysiolog via en spesialopprettet passordbeskyttet Internettjeneste. Hver deltakerpost ble oppfordret til å danne en prosjektgruppe med én ansvarlig koordinator, som skulle følge opp implementeringen av tiltakene. Ernæringsfysiologen la ikke føringer på hvordan hver post burde prioritere ulike tiltak. Ca. et halvt år etter siste post var startet opp i prosjektet, ble det avholdt et seminar, der alle poster fikk dele erfaringer og utfordringer.

Hver prosjektkoordinator var ansvarlig for å utarbeide en erfaringsrapport 12 måneder etter ernæringsfysiologens besøk.

Våren 2004 hadde 16 av de 20 inviterte postene utarbeidet skriftlige rapporter, inklusive oppfølging av pasientenes vektstatus, på basis av de tiltak som var gjort. Alle pasientdata var anonymisert.

Det opprinnelige mat- og mosjonstilbudet varierte mye ved postene. Tiltakene som ble gjennomført, var derfor for ulike til statistisk behandling. Funnene presenteres derfor i form av oppsummeringer.

Tiltak

Kostforpleiningen ved oppstart hadde en del til felles med sykehuskost generelt, men det var også forskjeller, selv for poster ved samme sykehus. Matsserveringen avhang ofte av personalets ønsker på vegne av pasientene. Dermed kunne naboposter ha ulikt tilbud av desserter, helmelk til drikke, sjokoladepålegg etc. (tab 2). Forskjellene avspeiles i hvordan ulike tiltak ble prioritert og begrunnelsen for valg av satsingsområde ved de ulike postene. Kost- og mosjonstilbudene i prosjektet kan deles i fire kategorier: kostholdsintervensjon, fysisk aktivitet, opplæring av pasientene og oppfølging av vektutviklingen. Prosjektet la ingen føringer på den medisinske behandlingen av pasientene.

Kostholdsintervensjon

Samtlige poster gjorde en eller flere endringer knyttet til kostforpleiningen (tab 3). Fem hadde gjort endringer i henhold til ernæringsfysiologens forslag uten å spesifisere disse nærmere.

Ingen nevnte noe spesifikt om vitamin- eller mineraltilskudd. Samtaler med de ulike prosjektlederne tyder på at pasientene har tilgang på multivitamin-mineraltilskudd og fiskeoljekapsler eller tran, men at det ikke følges opp hvorvidt pasientene forsyner seg av dette eller ei.

Fysisk aktivitet

Alle poster ønsket økt oppmerksomhet rundt mosjon. 11 poster beskrev hvilke type aktiviteter som ble fast innslag på ukeplanene til pasientene, for eksempel daglig gågruppe, pasientledet morgengymnastikk (etter opplæring), svømming, innebandy, volleyball, fotball, klatring og sykling. To poster oppgav at tiltak for økt fysisk aktivitet var vanskelig å gjennomføre på grunn av alvorlighetsgraden av pasientenes psykiske lidelser. To institusjoner hadde kuttet bilbruken til kun helt nødvendige ærender, hvilket medførte spaserturer til butikken etc. De fleste postene forventet deltakelse på minst én aktivitet per dag.

Opplæring og informasjon

Ved ti poster var det satt i gang pasientopplæring med tanke på sunt kosthold og fysisk aktivitet. Opplæringen ble gitt som mat- og livsstilskurs, pasientseminarer, praktisk veiledning i innkjøp eller som enkeltkonsultasjoner. Flere poster benyttet seg av

prosjektets Internettjeneste for å få hjelp til problemstillinger hos enkeltpasienter eller posten generelt. Mange har skrevet ut rådene og informasjonen fra nettsidene og satt dem i en perm som både pasientene og personalet hadde tilgang til.

Oppfølging av vektutvikling

Samtlige poster ble oppfordret til å registrere vektutviklingen hos pasientene. Kun ni poster rapporterte at de hadde innført faste rutiner for veiing. Samtlige deltakerposter har likevel inkludert ulike vektobservasjoner i rapportene.

Rapportene inneholdt ikke systematisk nedtegnelse over medikamentbruken, men det fremgikk bruk av flere potensielt vektøkende medikamenter som antidepressiver, antipsykotika, antiepileptika og litium.

Erfaringer

Vårt inntrykk er at prosjektet ble godt motatt, hvilket også ble avspeilet i rapportene fra de ulike postene.

Rapportene representerer et bredt erfaringsgrunnlag som vi mener bør være av interesse for andre psykiatriske institusjoner som opplever vektøkning hos pasientene som et klinisk problem.

44 % av kvinnene og 48 % av mennene hadde uendret eller redusert vekt, mens resten gikk opp i vekt. Undersøkelsen mangler kontrollgruppe, noe som gjør det vanskelig å relatere resultatene til spesifikke endringer i den enkelte post, men tidligere studier har vist at så mange som 75 % av psykiatriske pasientene utvikler overvekt (11) og at forekomsten av overvekt og fedme er to til tre ganger høyere i denne gruppen enn i befolkningen generelt (12, 13). Vektøkning er et stort problem både for innlagte pasienter og befolkningen generelt, og vektnedgang hos hospitaliserte pasienter kan ikke forventes. For å fastslå en kausal sammenheng mellom intervensjon og vekt må man gjennomføre en prospektiv undersøkelse med kontrollgruppe.

Vårt hovedfunn er at det var mulig å gjennomføre endringer i kost- og mosjonsrutiner på avdelingene i oppfølgingsperioden. Det er ikke mulig å trekke konklusjoner om hvilke tiltak som mest effektivt forebygger uønsket vektøkning. Forutsetningene var ulike, og samtlige poster har gjennomført flere tiltak samtidig. Pasientene som økte i vekt, hadde gjennomgående en lavere utgangsvekt ved starten av prosjektet enn de som gikk ned eller stod stille i vekt.

Utfordringer

I rapportene kom det frem at innføring av endringer i kostforpleining og rutiner på posten ikke alltid gikk uten problemer. Åtte poster rapporterte om motstand i personalgruppen. Et fellestrekk blant disse var at deler av personalet mente at pasientene måtte unnes kaker, kjeks, vafler, desserter

Tabell 3 Foreslåtte og gjennomførte kostendringer for forebygging av uønsket vektøkning hos psykiatriske pasienter i institusjon

Forslag til tiltak	Hensikt	Antall poster som har gjennomført forslaget
Bytte ut fete melk- og meieri-produkter med produkter med mindre fett	Redusere inntaket av mettet fett og energi	6
Bytte ut helfete og søte påleggstyper med lettalternativer	Redusere inntaket av energi	9
Begrense antall pålegg til brødmåltider	Begrense inntaket av energi samt å demonstrere en mer reell måltids-situasjon som kan overføres til hjemmeboersituasjon	4
Tilby frukt og grønt til alle måltider og som selvbetjent mellommåltid	Øke inntaket av vitaminer og mineraler samt å demonstrere gode alternativer til kjeks, kaker og godterier	8
Utelate dessert på hverdager	Redusere inntaket av energi totalt og fra sukker spesielt	8
Utelate kaker og kjeks til kaffen på hverdager	Redusere inntaket av energi totalt og fra sukker og fett spesielt	8
Bytte ut meierismør med lettmargin eller margarin	Redusere inntaket av mettet fett	4
Servere syltetøy og margarin i porsjonspakninger	Redusere inntaket av energi totalt og fra sukker og fett spesielt	–
Tilby friskt isvann for selvbetjening istedenfor sukkerholdig saft	Redusere inntaket av energi totalt og spesielt fra sukker	4
Bestille energi- eller fettreduert middag fra sentralkjøkkenet	Redusere inntaket av energi	5
Tilby kosttilskudd (omega-3, multi-vitamin- og mineraltablett)	Sikre inntaket av essensielle fett-syrer samt vitaminer og mineraler	–

og sene kveldsmåltider for kosens skyld. Det ble også rapportert at det kunne være vanskelig å holde motivasjonen for denne typen endringer oppe over tid, hvis ikke både pasientene og personalet så tydelige resultater. Dette er en utfordring som i store trekk gjelder de fleste typer tiltak som har med holdnings- og atferdsendring å gjøre. Betydningen av å ha dedikerte ansvarshavende for tiltakene, å involvere hele personalgruppen – fra legen til kjøkkenpersonell – og å synliggjøre effekt, både for pasientene, pårørende og personalet, ble fremhevet som tre viktige forutsetninger for at tiltakene skal ha effekt.

Avslutning

Noen av pasientene ønsket hjelp til å gå ned i vekt i løpet av innleggelsesperioden. Ved hjelp av faglig veiledning fra ernæringsfysiolog fikk pleiepersonalet innspill til fremgangsmåte, ofte med vellykket resultat. Behandling av overvekt er ønskelig når kroppsmasseindeksen overstiger 30, eller 28 dersom pasienten har tilleggslidelser som hjerteproblemer, diabetes eller slitasjeskader i ledd. Vektrådgivning til psykiatriske pasienter bør gis i deres gode perioder og gjøres så konkret som mulig.

Uønsket vektøkning er en utfordring blant psykiatriske pasienter. Med god vei-

ledning til den enkelte post og holdningsendring blant personalet tror vi at problemene knyttet til uønsket vektøkning kan reduseres. Med god faglig oppfølging kan kostomlegginger og forbedringer i mosjonstilbudet gjennomføres ved norske psykiatriske poster. I tillegg tror vi at fokus på kosthold og fysisk aktivitet kan bedre pasientenes forutsetning for egenomsorg etter utskrivning fra institusjon. Vi imøteser flere initiativ på dette feltet, og det er stort behov for forskning og formidling. Å forebygge ufrivillig vektøkning hos pasienter med psykiske lidelser er viktig.

Manuskriptet ble godkjent 7.9. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Alle forfatterne har vært involvert i prosjektet *Vekthåndtering i psykiatrien*, som er sponset av Eli Lilly Norge AS.

Litteratur

- Spigset O. Vektøkning som legemiddelbivirkning. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3044–5.
- Sharpe JK, Hills AP. Atypical antipsychotic weight gain: a major clinical challenge. Aust N Z J Psychiatry 2003; 37: 705–9.
- Henderson DC, Cagliero E, Gray C et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study. Am J Psychiatry 2000; 157: 975–81.
- Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD et al. The effect of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. J Nurs Scholarsh 2003; 35: 237–41.
- O'Keefe CD, Noordsy DL, Liss TB et al. Reversal of antipsychotic-associated weight gain. J Clin Psychiatry 2003; 64: 907–12.
- Vreeland B, Minsky S, Menza M et al. A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. Psychiatr Serv 2003; 54: 1155–7.
- Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L et al. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. J Clin Psychiatry 1999; 60: 358–63.
- Ball MP, Coons VB, Buchanan RW. A program for treating olanzapine-related weight gain. Psychiatr Serv 2001; 52: 967–9.
- Vekt og helse. Rapport nr. 1/2000. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2000.
- Statens ernæringsråd. Tips om slanking og god mat. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
- Malhi GS, Mitchell PB. Pharmacotherapy to limit weight gain caused by antipsychotic use. Expert Opin Pharmacother 2003; 4: 1679–86.
- Aquila R. Management of weight gain in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 4): 33–6.
- Allison DB, Fontaine KR, Heo M et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. J Clin Psychiatry 1999; 60: 215–20.