



Fysisk aktivitet og alvorlige spiseforstyrrelser

Anbefalinger for kartlegging og behandling

Utarbeidet av NKNS sitt undernettverk for fysioterapeuter

Utgave 1. Først publisert: 20.5.2021

INNHOOLD

1	Forord.....	3
2	Bakgrunn.....	4
3	Kartlegging	6
3.1	Kartleggingssamtale	6
3.1.1	Forståelse av fysisk aktivitet.....	7
3.1.2	Tidligere og nåværende erfaring	7
3.1.3	Gjennomføring av aktiviteten	7
3.1.4	Faktorer som motiverer og opprettholder fysisk aktivitet.....	8
3.1.5	Hvile/ å være i ro.....	8
3.1.6	Kroppens signaler	9
3.1.7	Registrering av aktivitet	9
3.1.8	Selvrapportskjema.....	10
4	Tiltak	10
4.1	Samtale som tiltak	12
4.2	Undervisning	13
4.3	Hvile og regulering av uro.....	13
4.4	Tilpasset fysisk aktivitet	14
4.4.1	Gå tur	15
4.4.2	Kroppserfaringsgrupper	16
4.4.3	Friluftsturer	16
4.4.4	Styrketrening.....	17
4.4.5	Yoga.....	17
4.4.6	Andre former for fysisk aktivitet i grupper.....	17
4.4.7	Fysisk aktivitet på andre arenaer.....	17
5	Referanser.....	18
	Vedlegg 1 <u>Exercise and Eating Disorders (EED)</u>	20

1 FORORD

Det er kjent kunnskap at fysisk aktivitet har betydning for god helse. I møte med pasienter med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten ser vi ofte at fysisk aktivitet utvikler seg til å bli problematisk, skadelig og et symptom i lidelsen.

Symptomområdet fysisk aktivitet kan ha varierende alvorlighetsgrad, og det er viktig å presisere at ikke alle pasienter med spiseforstyrrelser har slike utfordringer. For noen er aktiviteten både lystbetont og problematisk på samme tid, og for andre har det utviklet seg fra å være lystbetont til å bli en aktivitet som bare må gjennomføres. For noen pasienter er fysisk aktivitet et symptom i spiseforstyrrelsen. Det er viktig å anerkjenne at fysisk aktivitet kan ha en viktig funksjon for pasienter og at det for noen kan være en hjelp til å gjennomføre behandling. Denne anerkjennelsen underkjenner ikke aktivitetens potensielle destruktivitet, og det er viktig å kartlegge funksjon for å kunne gi god og tilpasset behandling.

I de senere årene har det vært en gradvis økning i publikasjoner som adresserer fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelser på ulike behandlingsnivå. I arbeidet med de alvorligst syke pasientene som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten, kan vi likevel oppleve mangel på forståelse og kunnskap om kompleksiteten av dette symptomet, og hvordan tiltak kan inkluderes i en tverrfaglig behandlingsmodell. Symptomets kompleksitet krever en helhetlig tilnærming, hvor den enkeltes erfaringer og opplevelser tillegges stor vekt. En fenomenologisk forankring av praksis vil legge til rette for å utforske hvordan fenomenet fysisk aktivitet trer fram for den enkelte, og anerkjenne erfaringene i lys av den enkeltes kontekst og livshistorie. En slik forankring ligger også til grunn for disse anbefalingene.

Disse anbefalingene er ment å være et klinisk hjelpemiddel i kartlegging, planlegging og gjennomføring av behandlingstiltak for å fremme en sunn og tilpasset fysisk aktivitet. Det er i tillegg inkludert en kort oppsummering av kunnskap på feltet. Anbefalingene tar utgangspunkt i kropporientert behandling som bygger på teori og prinsipper innen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi og en nordisk fysioterapitradisjon som inkluderer Basal Kroppskjennskap. Kartleggingen vil være en del av den tverrfaglige utredningen, og behandlingstiltak inkluderes i behandlingsplanen for den enkelte pasient. Kartleggingen kan videre bidra til å åpne opp for viktige aspekter ved fysisk aktivitet og utforskning av helsefremmende måter å være i aktivitet på.

Anbefalingene er i stor grad rettet mot inneliggende pasienter i spesialisthelsetjenesten, som grunnlag for arbeidet med fysisk aktivitet. De kan tilpasses pasienter i poliklinisk behandling. Anbefalingene vil også kunne gi andre faggrupper utvidet forståelse og kunnskap om utfordringene knyttet til fysisk aktivitet for denne gruppen. Det er viktig å presisere at det alltid gjøres individuelle vurderinger i samarbeid med den enkelte pasient og det tverrfaglige teamet. Pasientens ressurser, tidligere erfaringer og øvrig symptomnivå er utgangspunkt for planlegging og gjennomføring av behandlingstiltak. God kunnskap og kvalifisert personale er viktig for å hjelpe pasientene.

Arbeidet med anbefalingene er et samarbeidsprosjekt som har inkludert alle fysioterapeutene i nettverket. Muntlige innspill i diskusjoner og skriftlige tilbakemeldinger er inkludert i dokumentet. Psykomotorisk fysioterapeut Ida Aarmo (MSc) og spesialist i psykomotorisk fysioterapi Marit Danielsen (PhD) har skrevet utkast til anbefalingene og vært ansvarlige for ferdigstilling. Begge er ansatt ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) i Helse Nord-Trøndelag. Alle fysioterapeutene i nettverket har lest og godkjent det endelige utkastet. Fysioterapeuter fra følgende behandlingssenheter har deltatt i arbeidet:

- Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) Ullevål Universitetssykehus
- Poliklinikk for spiseforstyrrelser, Tiller DPS
- Spiseforstyrrelsespoliklinikken, Sykehuset i Vestfold
- Klinikk psykisk helse barn og unge, Haukeland Universitetssjukehus
- Regional avdeling spiseforstyrrelser, Haukeland Universitetssjukehus
- Psykiatrisk sykehusavdeling Enhet C, Sørlandet Sykehus
- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Ungdomspsykiatrisk klinikk, Akershus Universitetssykehus
- Enhet for utgreiing og behandling psykisk helse, Ålesund Sjukehus
- Enhet for utgreiing og behandling psykisk helse, Molde Sjukehus
- Seksjon for Psykisk helsevern og rus, døgnettenhet Porsgrunn
- Enhet for spiseforstyrrelser, Stavanger Universitetssjukehus
- Døgnseksjon, Bærum DPS
- Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger

2 BAKGRUNN

Av praktiske årsaker vil begrepet *fysisk aktivitet* benyttes i den videre teksten, og dette inkluderer hele spekteret av fysisk aktivitet og trening. Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning av energiforbruket ut over hvilenivå, deriblant trening (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

Ulike begrep har vært benyttet i litteraturen for å beskrive utfordringer knyttet til fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelser. Deriblant tvangspreget trening, overdreven trening og treningsavhengighet (Meyer & Taranis, 2011). Inntrykket er at «tvangspreget trening» er det begrepet som oftest anvendes av klinikere og forskere (Noetel et al., 2017). Studier indikerer en forekomst av fysisk aktivitet som en del av symptombildet hos omkring 40 – 50% av pasienter med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (Dalle Grave et al., 2008; Danielsen et al., 2015; Shroff et al., 2006), men med indikasjoner på høyere forekomst hos pasienter med anoreksi (AN) (Dalle Grave et al., 2008). Forskning har vist at symptomområdet fysisk aktivitet kan ha betydning for sykdomsforløpet som risikofaktor for utvikling, som opprettholdende faktor, og som risikofaktor for tilbakefall (Meyer et al., 2011). På samme tid er det indikasjoner på at reduksjon av negative tanker og holdninger rettet mot fysisk aktivitet kan ha betydning for positivt behandlingsresultat etter sykehusinnleggelse (Bratland-Sanda et al., 2009; Danielsen et al., 2016).

Klinisk erfaring viser at problematisk fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelser dekker et vidt spekter av aktivitet. Det er også nødvendig å være oppmerksom på atferd som vanligvis ikke vil bli definert som fysisk aktivitet. Noen pasienter står og går eksempelvis gjennom store deler av døgnet. Andre har alltid ærend som må gjøres, ting som skal hentes og «omveier» som legges til for å øke distanse. Noen står når de utfører gjøremål hvor det er naturlig å sitte, ryggstøtte på stoler anvendes ikke og føttene får ikke hvile mot gulvet i sittende. Det er mulig å aktivere statisk muskelkraft i de fleste utgangsposisjoner, også når en ligger. Dette er eksempler på atferd som pasientene ikke regner som aktivitet, men som samlet kan være lavintensitetsaktivitet i mange timer per døgn. Det er gradvis utviklet en forståelse i fagfeltet av at problematisk fysisk aktivitet består av både kvalitative elementer (tanker, følelser, holdninger) og kvantitative elementer (frekvens, intensitet, varighet), og at kvalitative faktorer tillegges større betydning (enn kvantitative) for å forstå pasientenes utfordringer med fysisk aktivitet (Adkins & Keel, 2005; Meyer & Taranis, 2011).

Det er utviklet ulike teoretiske modeller for å øke forståelsen av fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser. En av disse illustrerer sammenhengen mellom problematisk fysisk aktivitet og sentrale områder i spiseforstyrrelsen som vekt og utseende, følelsesregulering, tvang, perfektjonisme og rigiditet. Disse elementene beskrives som opprettholdende for den symptomatiske aktivitetsatferden (Meyer et al., 2011). Betydningen av fysisk aktivitet for regulering av følelser er dokumentert, og det er vist at aktivitet for regulering av negative følelser forekommer hyppigere blant personer med spiseforstyrrelser sammenlignet med friske kontroller (Bratland-Sanda et al., 2009). Det er også rapportert et bredt spekter av motiverende og opprettholdende faktorer, eksempelvis aktivitet for å forbrenne kalorier, regulere kroppslig uro og ubehag, selvskading, regulering av vanskelige følelser, identitet og selvfølelse med mer (Dalle Grave et al., 2008; Meyer & Taranis, 2011; Shroff et al., 2006).

3 KARTLEGGING

En grundig kartlegging av fysisk aktivitet er avgjørende for å kunne utarbeide en behandlingsplan med tilpassede behandlingstiltak. Kartleggingen må ses i sammenheng med pasientens øvrige symptombilde, og den består av samtale, selvrapportskjema og somatisk status. Kartleggingssamtale bør gjennomføres av fysioterapeut eller annet personale med kompetanse både på fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser. Somatisk status gjennomføres av behandlingsansvarlig lege. Vi vil i det følgende gå nærmere inn på viktige elementer i kartleggingssamtalen. Det vil deretter gis eksempler på relevante selvrapportskjema.

3.1 KARTLEGGINGSSAMTALE

Kartleggingssamtalen bør utforske både kvalitative aspekter som tanker og holdninger til fysisk aktivitet, og kvantitative elementer som frekvens, intensitet og varighet på aktiviteten. Rekkefølgen av elementene i samtalen tilpasses den enkelte pasient. Det er viktig å huske at flere har både positive og negative erfaringer med fysisk aktivitet, og samtalen bør derfor romme hele spekteret av aktivitetserfaringer. Det er nyttig å vite noe om hva som motiverer til aktivitet, hva som opprettholder aktivitetsatferden og hvilken funksjon aktiviteten har for den enkelte. Mange har treningsmengder på nivå med idrettsutøvere, og for alvorlige syke pasienter kan omtrent enhver form for aktivitet utgjøre en helserisiko. Bevissthet omkring

kroppslige fornemmelser og signaler under aktivitet er også et viktig tema, og hvilken betydning dette kan ha for den enkeltes aktivitetsatferd.

3.1.1 FORSTÅELSE AV FYSISK AKTIVITET

Det er viktig å komme fram til en felles definering og forståelse av begrepet fysisk aktivitet. Pasienten kan ha en helt annen forståelse av hva som inngår i begrepet enn den definisjonen helsepersonell forholder seg til.

3.1.2 TIDLIGERE OG NÅVÆRENDE ERFARING

Lag en oversikt over deltagelse og tidligere positive og negative erfaringer med fysisk aktivitet i skole, fritid og idrett. Er opplevelsen annerledes før og etter sykdomsdebut, og hvordan erfares det å være i aktivitet nå?

3.1.3 GJENNOMFØRING AV AKTIVITETEN

KVALITATIVE ELEMENT:

- Hvor mye tid og oppmerksomhet tar det å planlegge og gjennomføre den fysiske aktiviteten i hverdagen? Er det tid til venner, skole, familie eller fritidsaktiviteter?
- Er det evne til fleksibilitet og variasjon i den fysiske aktiviteten eller er den preget av regler og rutiner? F.eks. samme tid, sted eller type aktivitet eller fast antall skritt, repetisjoner og lignende.
- Gjennomføres aktiviteten alene eller sammen med andre?
- Hva skjer dersom den fysiske aktiviteten stoppes eller begrenses for en dag eller over en lengre periode?

KVANTITATIVE ELEMENT:

Vurdering av mengde fysisk aktivitet må ses i sammenheng med helsetilstand, tidligere erfaringsbakgrunn, type spiseforstyrrelse og nåværende symptombylde. Vær oppmerksom på mulig underrapportering, egne definisjoner og ønske om å skjule aktivitet.

- Hvor ofte?
- Hvor hardt?
- Hvor lenge?

3.1.4 FAKTORER SOM MOTIVERER OG OPPRETTHOLDER FYSISK AKTIVITET

Motivasjon, funksjon og opprettholdende faktorer går ofte over i hverandre. Det er derfor nødvendig å kartlegge hva som motiverer den enkelte til å være i aktivitet?

Gjennomføres aktivitet for å:

- Få god helse?
- Ha det morsomt?
- Kompensere for matinntak eller gjøre seg fortjent til mat?
- Kontrollere vekt og fasong?
- Redusere uro?
- Dempe eller fjerne negative følelser?
- Opplive kontroll?
- Opplive mestring?
- Opplive tilhørighet?
- Straffe eller selvskade?
- Annet?

Hvilken betydning har det å være fysisk aktiv for egenvurdering og selvfølelse?

Har forskjellig type aktivitet forskjellig funksjon?

Er all aktivitet problematisk/destruktiv?

3.1.5 HVILE/ Å VÆRE I RO

Mange opplever utfordringer med å være i ro, hvile, eller hvis planlagt aktivitet ikke kan gjennomføres. Følgende punkter belyser kjente problemstillinger hos pasienter:

- Å være i ro eller å hvile kan bidra til opplevd uro, og vanskelige tanker og følelser blir ofte mer tydelige.
- Å hvile kan gi tanker om at forbrenningen stopper opp, noe som igjen kan føre til frykt for vektoppgang.
- Å hvile kan forbindes med å være lat og unyttig, og føre til kompenseringsaktivitet etterpå.
- For noen er det vanskelig å hvile fordi det kan oppfattes som å unne seg noe som er behagelig, og det er ikke «lov».
- Hvile kan oppleves som å gi etter for kroppslige behov, og kan være et tegn på svakhet og / eller å miste kontrollen.

Forslag til spørsmål

- Hvordan oppleves det å være i ro?
- Hvilke konsekvenser tror du at ro og hvile har for deg og for kroppen din?
- Hvilke tanker får du om deg selv når du er i ro?

3.1.6 KROPPENS SIGNALER

Bevissthet omkring kroppslige signaler og forståelse av disse kan være utfordrende for mange pasienter med spiseforstyrrelser. Det kan handle om evne til å gjenkjenne kroppslige behov, og vilje til å ta hensyn til når en er sulten, tørst, sliten, opplagt, har fysisk smerte eller skade. Noen pasienter kan oppleve at det å trosse kroppens signaler gir en form for kontroll. Hvis personen ikke gjenkjenner eller forstår kroppens signal, så gir ikke spørsmålet om «å ta hensyn til» mening. Kartleggingssamtalen bør derfor ta sikte på å utforske hvorvidt pasienten legger merke til kroppslige signaler før/under/etter fysisk aktivitet, og hvordan slike signaler påvirker aktiviteten.

3.1.7 REGISTRERING AV AKTIVITET

Det er mulig å benytte ulike verktøy for aktivitetsregistrering, slik som pulsklokker, aktivitetsbånd, skritteller, treningsapper med mer. Klinisk erfaring viser at mange med et problematisk forhold til fysisk aktivitet benytter seg av slik aktivitetsregistrering for å

kontrollere sitt aktivitetsnivå. Det kan være daglige krav om antall skritt, minutter i ulike pulssoner med mer. Det er også mange apper og grupper hvor slik informasjon deles. Forekomst og bruk av slik aktivitetsregistrering bør derfor kartlegges, og få en plass i behandlingen om det er relevant.

3.1.8 SELVRAPPORTSKJEMA

Selvrapportskjema kan brukes for å utfylle kartleggingen av fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelser. Det er utviklet to validerte selvrappoteringskjema til kartlegging av problematisk fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse: *Exercise and Eating Disorders* (EED) (Danielsen et al., 2018; Danielsen et al., 2015) og *Compulsive Exercise Test* (CET) (Meyer et al., 2016). Begge skjemaene gir en samlet skår for grad av problematisk fysisk aktivitet, og belyser utfordringer knyttet til underområder. Fysioterapeuter ved spesialenhetene benytter EED skjemaet som er utviklet ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) i Helse Nord-Trøndelag. EED gir informasjon om fire underområder: 1) Tvangspreget trening, 2) Frisk og positiv trening, 3) Bevissthet om kroppslige signal og 4) Trening for vekt og utseende. CET gir informasjon om fem underområder: 1) Unngåelse og regeldrevet atferd, 2) Trening for vektkontroll, 3) Humørbedring, 4) Manglende treningsglede, og 5) Treningsrigiditet.

4 TILTAK

Dersom kartleggingen viser at fysisk aktivitet er et symptom i spiseforstyrrelsen, er det nødvendig med oppfølging og målrettede behandlingstiltak. Tiltakene må adressere både kvalitative og kvantitative aspekter ved den problematiske aktivitetsatferden, og se helheten i pasientens problem. De anbefalte tiltakene bygger som tidligere beskrevet på teori og prinsipper innen norsk psykomotorisk fysioterapi og andre kroppsorienterte behandlingsformer som Basal Kroppskjennskap.

Ofte er det nødvendig å begrense mengde fysisk aktivitet, og i den forbindelse er det viktig å fremme forståelse for egen aktivitetsatferd og hva det handler om. For de av pasientene som erfarer at de mister en viktig mestringsstrategi når aktiviteten begrenses vil det være viktig å jobbe med å finne andre alternativer.

Tilpasset fysisk aktivitet utgjør en viktig del av behandlingstiltakene. Det er også nødvendig med tiltak som adresserer utfordringer knyttet til å være i ro, og å gi seg selv nok tid til hvile. I praksis kan en se for seg en kjede med tiltak gjennom behandlingsløpet; fra hvile og bevisstgjørende øvelser til mer fysisk krevende aktiviteter. Dette vil kunne foregå både individuelt og i gruppe.

For pasienter i spesialisthelsetjenesten er tverrfaglig samarbeid sentralt, også når det kommer til tiltak rettet mot fysisk aktivitet. Det er nødvendig med en felles oppmerksomhet på hvorvidt man oppnår en reell symptomreduksjon, eller om reduksjon av problematisk fysisk aktivitet bidrar til en oppblomstring av andre symptom (f.eks. oppkast, restriktiv spising, eller selvskading). Det må lages en behandlingsplan i samarbeid med den enkelte pasient. Som for all behandling er allianse viktig, og å tilstrebe enighet om mål og metode mellom pasient og terapeut er sentralt. Progresjon tilpasses tilstanden til den enkelte, helheten i behandlingen, mål for innleggelsen og ikke minst hvilken aktivitet og aktivitetsnivå den enkelte skal tilbake til.

OVERORDNET MÅL FOR TILTAKENE:

- Redusere uhensiktsmessig fysisk aktivitet
- Fremme økt forståelse av egen aktivitetsatferd, hvilken funksjon den har i det helhetlige symptombildet, og hvordan den bidrar til å opprettholde symptom og atferd
- Fremme god helse, bevegelsesglede og lystbetont aktivitet

NÅR KAN PASIENTEN DELTA I FYSISK AKTIVITET UNDER INNLEGGELSEN?

Det er avgjørende at den samlede somatiske og psykiatriske statusen tas i betraktning ved vurderinger av deltagelse i fysisk aktivitet, og at ikke baseres kun på spesifikke BMI grenser (Bratland-Sanda, 2012). I det praktiske arbeidet med pasienter i en sengeavdeling er BMI en faktor i vurderingene, men BMI tall står aldri alene som vurderingsgrunnlag. Erfaringsmessig er det lett at konkrete BMI grenser bidrar til uhensiktsmessige diskusjoner om atferd og vekt, og opplevelse av straff og belønning blir knyttet til tallene. Faglig sett gir det mer mening å lage planer ut fra en helhetsvurdering av det pasienten strever med. Denne vurderingen baseres på pasientens funksjon, somatisk og psykologisk tilstand og mål for behandling. Somatisk tilstand skal alltid være klarert av lege. For undervektige pasienter er det en

forutsetning for deltagelse at vektøkning fortsetter når aktivitetsnivået økes. Tilrettelegging av aktivitet kan likevel være et viktig element for å hjelpe pasienter å forholde seg til en behandlingsplan og slik styrke brukermedvirkning rettet mot egen behandling

For å si noe om hvordan BMI kan brukes som en faktor i vurdering av tiltak og progresjon vil vi gi noen eksempler fra den kliniske hverdagen. For hver av fasene vil det vises til konkrete punkter under kapittel 4.4 som beskriver de aktuelle tiltakene mer utfyllende. Det understrekes at tiltak må tilpasses den enkeltes tilstand, og at fasene som beskrives under kun er veiledende.

- For de med lavest vekt (under BMI 13) kan fysisk aktivitet være tilnærmet kontraindisert av somatiske årsaker. Erfaringsmessig er det likevel lite hensiktsmessig å frata pasientene alle former for fysisk aktivitet i denne fasen. Individuell fysioterapibehandling med vekt på rolige bevegelser, bevisstgjørende øvelser og avspenningsøvelser er aktuelle tiltak. Se avsnitt 4.3, 4.4.1 og 4.4.2
- Omkring BMI 14 - 15 kan det være mulig å være med på rolige aktiviteter slik som kroppserfaringsgruppe, yoga, korte gåturer og individuell fysioterapibehandling. Se avsnitt 4.3, 4.4.1, 4.4.2, 4.4.5
- Omkring BMI 16 - 17 er det mulig å åpne opp for mer målrettet fysisk aktivitet. Erfaringsmessig er det hensiktsmessig å starte opp i gruppe sammen med andre. Egentrening og trening under permisjoner kan ses på som progresjon. Her vil alle tiltak i kap. 4.4 være aktuelle.

Gjennomføring av en slik tilnærming til fysisk aktivitet krever fagkunnskap og erfaring. For undernettverket i NKNS for fysioterapeuter er ett av målene å kunne bidra med dette i det tverrfaglige samarbeidet til det beste for pasientene med spiseforstyrrelser.

4.1 SAMTALE SOM TILTAK

Klinisk erfaring peker på betydningen av å jobbe med bevisstgjøring og forståelse av aktivitetens funksjon og egen aktivitetsatferd, samtale om bakenforliggende og opprettholdende faktorer. Det vil i denne sammenheng også være viktig å jobbe med alternative mestringsstrategier. Dette arbeidet bør ikke utelukkende gjøres sammen med fysioterapeut, men som en del av den helhetlige, tverrfaglige behandlingen.

I samtale vil det også være naturlig å komme inn på tema som balansen mellom aktivitet, hvile/restitusjon og ernæring, grunnleggende treningslære, hvilken plass fysisk aktivitet skal ha i livet, samt hva sunn og frisk fysisk aktivitet er. Disse temaene behandles under punktet som omhandler undervisning.

4.2 UNDERVISNING

Undervisning om fysisk aktivitet og hvile/restitusjon kan foregå individuelt eller i grupper, og det er flere tema som det er viktig å ta opp:

- Hva er frisk og helsefremmende fysisk aktivitet?
- Balanse mellom fysisk aktivitet, hvile/restitusjon og ernæring.
- Fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og andre symptom i spiseforstyrrelsen. Hvilken funksjon har aktiviteten i symptombildet?
- Grunnleggende anatomi og fysiologi.
- Grunnleggende treningsprinsipper og treningslære.

4.3 HVILE OG REGULERING AV URO

Å hjelpe pasientene til å finne ro og hvile er grunnleggende for å fremme god helse. Dette er et viktig område å begynne med allerede ved innleggelsen. Noen vil ha behov for veiledning og hjelp en lang periode, mens andre kommer raskt inn i gode vaner.

FORSLAG TIL TILTAK:

- Bevisstgjøring rundt kroppens behov for hvile og hva som skjer i kroppen ved hvile.
- Hviletid. Sette opp faste tidspunkt for hvile i løpet av dagen, og definer hvor disse skal gjennomføres.
- «Hvilesamtaler» mellom miljøkontakt, pasient og eventuelt fysioterapeut hvor det legges plan for gjennomføring av hviletid. Fokus på å hjelpe pasientene til å finne ro og hvile på en behagelig måte.
- Utforske ulike alternativer for å regulere uro og fremme ro og hvile sammen med den enkelte. Sett opp tiltaksliste. Forslag:

- Hjelp til å forstå kroppslig signal, og avkrefte feiltolkninger
- Personalstøtte for trygging
- Øvelser/bevegelser (psykomotorisk fysioterapi, basal kroppskjennskap, yoga, andre bevegelsestradisjoner)
- Hjelp til å finne gode hvilestillinger
- Massasje
- Stimulere sansene på en beroligende måte gjennom ulike sanseinntrykk
- Fokus på å være tilstede her-og-nå
- Rolig musikk, lydbok
- Avspenningsteknikker
- Kuledyne (gir sansestimulering som kan redusere uro)

4.4 TILPASSET FYSISK AKTIVITET

Tilpasset fysisk aktivitet vil kunne inkluderes i pasientens individuelle behandlingsplan under innleggelse. Tilbudet kan variere på de ulike behandlingstedene, men det tilstrebes at fysioterapeut er med i planlegging og gjennomføring.

Hensikt med tilpasset fysisk aktivitet:

- Å fremme helsefremmende måter å være i fysisk aktivitet på
- Å gi nye erfaringer, sanseinntrykk og opplevelser med fysisk aktivitet
- Å fremme bevegelsesglede og lystbetont aktivitet
- Å stimulere det som er friskt, humor og livsglede
- Å gi mestringsopplevelser
- Å ha fokus på at fysisk aktivitet kan være noe annet enn å forbrenne kalorier
- Å ha fokus på felleskap, felles opplevelser, samarbeid og relasjoner
- Å stimulere til bruk egne ressurser
- Å ha fokus på fysisk aktivitet i et rehabiliteringsperspektiv. Opptrening etter alvorlig spiseforstyrrelse

For de ulike formene for fysisk aktivitet er det flere tema å være oppmerksomme på:

- Oppstart av aktiviteter som har vært en del av spiseforstyrrelsen, er ofte krevende. Mange gjør seg positive erfaringer med å teste ut nye aktiviteter eller ta opp igjen aktiviteter fra tiden før de ble syke.
- Det bør legges til rette for lystbetont fysisk aktivitet fremfor aktivitet med fokus på prestasjon. Dette kan blant annet fremmes gjennom ulike former bevegelsesgrupper, lekbasert aktivitet og samarbeidsøvelser.
- Felles for mange av pasientene hvor fysisk aktivitet er et symptom i spiseforstyrrelsen, er at aktiviteten vanligvis har foregått alene i aktive faser av sykdommen. Mange vil oppleve positive erfaringer med oppstart i gruppe, gjennom å bli en del av et sosialt fellesskap hvor bevegelsesglede vektlegges. For noen få vil individuell aktivitet med fysioterapeut eller annet personell være nødvendig før deltakelse i treningsgruppe. Trening på egenhånd vil være en naturlig progresjon dersom dette er noe pasienten ønsker seg tilbake til.
- Bruk av pulsklokke, aktivitetsmålere eller skrittellere bør brukes med forsiktighet, da mange av pasientene kan ha mye tvang knyttet til antall skritt, varighet, pulssoner og lignende. Bruk av slike verktøy kan imidlertid også ha enkelte positive funksjoner, som for eksempel som bevisstgjøring av intensitetsnivå under aktivitet. De bør derfor kun brukes der det er en tydelig hensikt med bruken.
- Håndtering av rigiditet, rutiner og tvang knyttet til fysisk aktivitet: Det vil være viktig og øve opp evne til variasjon og økt fleksibilitet for å komme ut av de rigide mønstrene.

I det følgende vil det bli gitt eksempler på ulike former for tilpasset fysisk aktivitet som vil kunne være aktuelle.

4.4.1 GÅ TUR

Å gå kan være en start på tilpasset fysisk aktivitet. For de mest alvorlig syke kan det handle om korte lufteturer til å begynne med, og med støtte etter behov. For de fleste er det godt å kunne bevege seg og få frisk luft selv om det er begrenset i tid.

Noen kan erfare at det å åpne opp for å gå tur påfører dem en ny form for tvang, for eksempel i form av varighet, fast runde eller antall skritt. Det er viktig å adressere temaet tidlig for å unngå at tanker, holdninger og atferd bare fortsetter i gamle mønstre. Begrensninger og progresjon på gåturene kan gjelde både bruk av tid, distanse og støtte. Det er ellers viktig å øve på variasjon av tid, sted, tempo og lengde på turene. Pasienten kan eksempelvis starte med følge av personal, som også tar ansvar for rammene, og etter hvert kan pasienter gå sammen og/eller alene. Progresjon i aktiviteten avhenger av samarbeid og hvor mye ansvar pasienten greier å ta. Målet er at gåturene skal bli en arena for gode opplevelser, og de kan få oppgaver som å observere og legge merke til omgivelsene eller fotografere inntrykk underveis. Å ta inn ulike sanseintrykk kan bidra til oppmerksomt nærvær og begynnende kontakt med egen kropp. Andre kan øve på å sette seg og ta en pause underveis.

4.4.2 KROPPSERFARINGSGRUPPER

Gruppene er en del av den kroppsorienterte behandlingstilnærmingen, hvor kroppen i en fenomenologisk forståelse er nært knyttet til vår selvfølelse og er vår tilgang til verden. Slike bevegelsesgrupper har oftest lav intensitet. Tiltakene retter seg blant annet mot å redusere kroppsbildeforstyrrelse, bevisstgjøre grunnleggende områder av egen kropp, utvide kroppslig erfaring, fremme hvile og ro og oppmerksomt nærvær, bidra til et balansert og mer hensiktsmessig bevegelsesmønster.

Der det er mulig ledes gruppene av fysioterapeut og en co-terapeut. Det anbefales å være to personal i gruppa for å skape en god øvelsesarena, for å ivareta pasienter som kan ha behov for ekstra støtte og tilrettelegging, samt å få gode observasjoner.

4.4.3 FRILUFTSTURER

Friluftsturer er et tiltak som kan gi nye opplevelser og erfaringer rettet mot det friske livet. I utgangspunktet kan alle pasienter delta på friluftsturer dersom den medisinske tilstanden tillater det. Mer fysisk krevende turer er en del av progresjonen. For å skape gode turopplevelser, er det viktig med tydelige rammer og forutsigbarhet rundt turene. Turene gir også mulighet til å lære hva som er nødvendig utstyr og klær for forskjellige aktiviteter.

4.4.4 STYRKETRENING

Styrketrening kan være en viktig del av opptrening og tilfriskning etter alvorlig spiseforstyrrelse. Øvelser som involverer bruk av store muskelgrupper bør prioriteres, i tillegg til øvelser for kjernemuskulatur og stabilitet. For å forhindre feilbelastning og skader, bør det alltid fokuseres på god teknikk og kvalitet, fremfør høy belastning. Styrketrening kan gjennomføres innendørs eller ute, med eller uten utstyr, individuelt, parvis eller i grupper.

4.4.5 YOGA

Flere av spesialenhetene har positive erfaringer med yogagruppe for pasienter med denne type problematikk. Yoga handler om tilstedeværelse og aksept av seg selv gjennom pust og bevegelse, og kan bidra til å fremme kontakt med egen kropp. Innhold og varighet bør tilrettelegges etter deltakerne i gruppa.

4.4.6 ANDRE FORMER FOR FYSISK AKTIVITET I GRUPPER

For eksempel lekbasert aktivitet i gymsal, ballspill, dans, zumba, pilates og lignende.

4.4.7 FYSISK AKTIVITET PÅ ANDRE ARENAER

Tilpasset fysisk aktivitet under innleggelsen kan foregå på ulike steder og ikke utelukkende i lokalene på institusjonen. Det å være i fysisk aktivitet på ulike arenaer vil være en naturlig progresjon i behandlingen og en måte å jobbe for å fremme større overføringsverdi av tiltakene til tiden etter utskrivelse. I den siste tiden av innleggelsen bør som hovedregel noe av aktiviteten gjennomføres utenfor institusjon, og da fortrinnsvis på pasientens hjemsted. Vi bør derfor sammen med pasienten undersøke hvilke tilbud som finnes på hjemstedet og hva han eller hun ønsker å fortsette med. Dette kan lette overgangen mellom institusjon og egen bolig, og de kan gjøre erfaringer på egenhånd som kan bringes tilbake til behandlingsrommet for refleksjon og erfaringsutveksling.

Forslag til fysisk aktivitet på andre arenaer kan være for eksempel:

- Trening på treningssenter
- Klatring

- Bassengaktivitet
- Ridning
- Sykling
- Kajakkpadling
- Langrenn
- Badminton

5 REFERANSER

- Adkins, E. C., & Keel, P. K. (2005). Does "excessive" or "compulsive" best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? [10.1002/eat.20140]. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 24-29. <https://doi.org/10.1002/eat.20140> (NOT IN FILE)
- Bratland-Sanda, S. (2012). *Fri! Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. ROS Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Ro, O., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2009). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*. PM:19839057 (NOT IN FILE)
- Caspersen, C. T., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health Related Research. *Public Health Reports*, 100(2), 126 - 131.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Compr Psychiatry*, 49(4), 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.007>
- Danielsen, M., Bjornelv, S., Bratberg, G. H., & Ro, O. (2018). Validation of the exercise and eating disorder questionnaire in males with and without eating disorders. *Int J Eat Disord*. <https://doi.org/10.1002/eat.22855>
- Danielsen, M., Bjornelv, S., & Ro, O. (2015). Validation of the exercise and eating disorders questionnaire. *Int J Eat Disord*, 48(7), 983-993. <https://doi.org/10.1002/eat.22393>
- Danielsen, M., Ro, O., Romild, U., & Bjornelv, S. (2016). Impact of female adult eating disorder inpatients' attitudes to compulsive exercise on outcome at discharge and follow-up. *J Eat Disord*, 4, 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0096-0>
- Meyer, C., Plateau, C. R., Taranis, L., Brewin, N., Wales, J., & Arcelus, J. (2016). The Compulsive Exercise Test: confirmatory factor analysis and links with eating psychopathology among women with clinical eating disorders. *J Eat Disord*, 4, 22. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0113-3>
- Meyer, C., & Taranis, L. (2011). Exercise in the eating disorders: terms and definitions [10.1002/erv.1121 doi]. *Eur.Eat.Disord.Rev.*, 19(3), 169-173. PM:21584910

Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders [10.1002/erv.1122 doi]. *Eur.Eat.Disord.Rev.*, 19(3), 174-189. <https://doi.org/10.1002/erv.1122>

Noetel, M., Dawson, L., Hay, P., & Touyz, S. (2017). The assessment and treatment of unhealthy exercise in adolescents with anorexia nervosa: A Delphi study to synthesize clinical knowledge. *Int J Eat Disord.* <https://doi.org/10.1002/eat.22657>

Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M. M., Goldman, D., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Keel, P., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders [10.1002/eat.20247]. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454-461. <https://doi.org/10.1002/eat.20247>

VEDLEGG 1

Exercise and Eating Disorders (EED) Versjon 3

M. Danielsen, (2014)

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF), Sykehuset Levanger

Kryss av det alternativet for hvert utsagn som stemmer best for deg de fire siste ukene.

		aldri	sjelden	av og til	ofte	vanligvis	alltid
1	Jeg liker å være fysisk aktiv						
2	Jeg liker å være fysisk aktiv sammen med andre						
3	Jeg er fysisk aktiv for å få god helse						
4	Jeg er fysisk aktiv for å bli tynn						
5	Jeg er fysisk aktiv for å forbrenne kalorier jeg har spist						
6	Jeg er fysisk aktiv for å slippe å kjenne på vanskelige følelser						
7	Jeg er fysisk aktiv for å få et fint utseende						
8	Hvis jeg ikke er aktiv hver dag, så er det et problem.						
9	Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kan jeg ikke spise						
10	Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kan jeg ikke slappe av						
11	Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, får jeg dårlig samvittighet						
12	Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kjennes kroppen stor ut						
13	Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kjennes kroppen ekkel ut						
14	Jeg legger merke til når jeg er opplagt						
15	Jeg legger merke til når jeg er sliten						
16	Jeg legger merke til når jeg er tørst						
17	Jeg legger merke til når jeg er sulten						
18	Jeg legger merke til fysisk smerte						
19	Jeg tar hensyn til de kroppslige signalene jeg kjenner						

20 Hvor ofte er du fysisk aktiv med f. eks å gå tur, gå på ski, svømme, drive idrett osv?
Ta et gjennomsnitt

Aldri

Sjeldnere enn 1 gang i uka

1 gang i uka

2 – 3 ganger i uka

Omtrent hver dag

21 Hvor hardt tar du i hver gang dersom du er aktiv på denne måten? Ta et gjennomsnitt.

Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett

Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett

Tar meg nesten helt ut

22 Hvor lenge holder du på hver gang? Ta et gjennomsnitt

Mindre enn 15 minutter

15 – 29 minutter

30 minutter – 1 time

Mer enn en time

Spørsmål 20 – 22 er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

Den validerte utgaven (EED versjon 2) har 18 utsagn.

EED versjon 3 (19 utsagn): Trening hvor en presser seg på tross av skade og smerte er et viktig element. I versjon 3 er det derfor inkludert et utsagn (**utsagn nummer 18**) knyttet til fysisk smerte.

Det er også innført en periode på fire uker svarperiode for å lettere kunne vurdere når endring inntreffer.

Utgave 3 benyttes i klinisk arbeid.

Underskalaer

1. Tvangspreget trening. Utsagn nr. 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 og 19
2. Positiv og frisk trening. Utsagn nr. 1, 2 og 3.
3. Bevissthet om kroppslige signal. Utsagn nr. 14, 15, 16, 17, og **18**.
4. Trening for vekt og utseende. Utsagn nr. 4, 5 og 7.

Skåringsnøkkel

Det brukes snittscorer av de enkelte utsagn ved utregning av skalaer, både Global score og underskalaer. Alle utsagn beregnes fra 0 til 5. Skalaen blir snudd ved beregning av scorene ved utsagn med positivt meningsinnhold.

For utsagn nr. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, og 13

Aldri = 0 og Alltid = 5

For utsagn nr. 1, 2, 3, 14, 15, 16, 17, **18** og 19 blir skalaen snudd.

Alltid = 0 og Aldri = 5

Som en hjelp i det kliniske arbeidet er det utarbeidet en inndeling i alvorlighetsgrad ut fra globalskår på EED spørreskjemaet. Denne inndelingen er basert på at pasienter er oppdelt i omtrent 4 like grupper ut fra Global score. Dette er ikke strengt adskilte grupper, men økende alvorlighetsgrad henger sammen med økende treningsfrekvens og intensitet samt spiseforstyrrelsessymptomer.

Det har gitt følgende grupper:

Gruppe 1: Ikke symptom på tvangspreget trening: Skårer på Global EED under 1,8

Gruppe 2: Lite problem med tvangspreget trening: Skårer på Global EED mellom 1,8 og 2,4.

Gruppe 3: Moderat problem med tvangspreget trening: Skårer på Global EED mellom 2,4 og 3,2.

Gruppe 4: Alvorlig problem med tvangspreget trening: Skårer på Global EED over 3,2.

Ekstra spørsmål for menn. Utsagnene som kommer i tillegg for menn med spiseforstyrrelser omhandler muskularitet og størrelse på kropp. Det er utsagn 23, 24 og 25.

Aldri = 0 og Alltid = 5.

Spørsmål om muskler, muskelstyrke og kroppsstørrelse

		aldri	sjelden	av og til	ofte	vanligvis	alltid
23	Jeg er fysisk aktiv for å bli sterk						
24	Jeg er fysisk aktiv for å få store muskler						
25	Jeg er fysisk aktiv for å få en stor kropp						

Alvorlighetsgrad for skåringer hos menn med spiseforstyrrelser

Forskningen indikerer at menn generelt har lavere skårer på selvrapportskjema for spiseforstyrrelser enn kvinner, men at for muskularitet og størrelse på kropp kan det være motsatt. Økende alvorlighetsgrad på EED skjemaet henger sammen med økende treningsfrekvens og intensitet samt spiseforstyrrelsessymptomer for menn også, men de estimerte gruppene vil være usikre når det gjelder alvorlighetsgrad.