
DE ROL VAN DE SPV IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSBEDREIGINGEN

bij cliënten met een schizofrene stoornis

Charlotte van den Heuvel

Inleiding

In dit artikel wordt beschreven dat de mens door een verminderd lichamelijk activiteitenpatroon risico's loopt op zogenoemde welvaartsziektes. Mensen met een schizofrene stoornis lopen een extra groot risico door de inactiviteit die de ziekte (en/of het medicatiegebruik) met zich meebrengt. Ook is er het risico van gewichtstoename door het gebruik van moderne anti-psychotica. De SPV heeft als taak de cliënt proberen bewust te maken van de noodzaak tot bewegen en het gebruik van een aangepast voedingspatroon om de gezondheidsrisico's op lichamelijk gebied te beperken. Daarnaast is het van groot belang om aandacht te hebben voor het vaak bestaande sociale isolement, wat deels versterkt kan worden door overgewicht. Bewegen kan onder andere een middel zijn om sociale contacten aan te gaan. Een groter gevoel van welbevinden kan worden bereikt, bijvoorbeeld door middel van de 'Health 4 U' programma's. Maar ook individueel kan de SPV een rol spelen bij het motiveren van de cliënt tot een meer gezonde leefstijl.

Bewegen door de eeuwen heen

Het grootste deel van hun bestaan hebben mensen zich bezig gehouden met activiteiten die veel fysieke inspanning vroegen. Door middel van jagen en verzamelen was het mogelijk te overleven. De periode dat we deze uitgebreide dagelijkse lichamelijke activiteiten sterk verminderden ligt echter niet zo ver achter ons. De mens loopt al miljoenen jaren op de aarde rond, terwijl de landbouw pas tienduizend jaar bestaat. In de afgelopen decennia is in een rap tempo het dagelijkse, lichamelijke activiteitenpatroon nog veel verder teruggebracht, met alle gevolgen van dien.

Welvaartsziekten

Er kwamen in de loop der tijd nieuwe aandoeningen naar voren die werden aangemerkt als welvaartsziekten. Deze bleken sterk gerelateerd aan de moderne leefwijze. Gedacht kan worden aan hart- en vaatziekten, obesitas en diabetes (type 2). Daarnaast kwamen er ook meer psychische aandoeningen, vooral depressie is een belangrijk voorbeeld van een ziekte die op steeds grotere schaal voorkomt en waarbij de verwachting is dat het steeds meer zal gaan toenemen. Of er, bij deze ontwikkeling, een directe samenhang is met de veranderde leefstijl is moeilijk aan te tonen, maar het is wel aannemelijk dat de toegenomen inactiviteit daartoe heeft bijgedragen. In ieder geval weten we intussen vrijwel zeker dat bij mensen met een depressie doorgaans sprake is van een meer dan gemiddelde inactiviteit en dat deelname aan een bewegingsprogramma een aantoonbaar gunstig effect heeft op depressieve symptomen (Van der Stel, 2005).

Een ander ziektebeeld waarvan bekend is dat inactiviteit een belangrijk bijkomend probleem kan vormen, is schizofrenie (Van der Stel, 2005). Dit ziektebeeld wordt gekenmerkt door een omvangrijke verstoring in denkgedrag, waarneming, emoties en motorisch gedrag. Deze moeten zich gedurende een significant deel van de tijd voordoen gedurende een periode van een maand (maar dat kan korter zijn als de patiënt met succes wordt behandeld).

Deze verstoringen kunnen diverse vormen aannemen, zoals bizarre overtuigingen (wanen) of het horen van stemmen (hallucinaties). In het verloop van de ziekte wordt gezien dat de patiënt een verminderd vermogen heeft om effectief te functioneren op het werk, in sociale relaties of bij zelfverzorging. Een ander criterium voor het ziektebeeld schizofrenie vereist dat er gedurende minstens zes maanden voortdurende tekenen van de ziekte aanwezig zijn (Tsuang en Faraone, 2005).

Opvallend bij schizofrenie, in relatie tot beweging, zijn de zogenaamde negatieve symptomen. Hoewel deze symptomen mogelijk minder opvallen dan de positieve, zijn ze niet minder ernstig. Negatieve symptomen worden gekenmerkt door afname of het verdwijnen van 'normaal' gedrag. Ze zijn onder te verdelen in vijf groepen: vervlakking van het affect, spraakarmoede, het ontbreken van de wil om te handelen, anhedonie (het onvermogen om in normale mate plezier te ervaren) en sociaal terugtrekgedrag (Tsuang en Faraone, 2005). Deze symptomen bewerkstelligen soms verminderde lichamelijke activiteiten. Maar ook door het sedatieve effect van medicatie kan een cliënt minder actief worden. Het activiteitsniveau en de fysieke fitheid van patiënten met een schizofrene stoornis zijn beduidend lager dan in een algemene populatie en zelfs lager dan die van patiënten met andere psychotische stoornissen (Knapen en Schoubs, 2006). Er is een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 en cardiovasculaire stoornissen. De mogelijke relatie met het gebruik van anti-psychotica is tot op heden niet bekend. Wel zijn deskundigen het erover eens dat het risico op diabetes type 2, cardiovasculaire stoornissen en overgewicht geen reden is om met anti-psychotica te stoppen. Het is zaak om te letten op signalen die wijzen op het ontwikkelen van diabetes of cardiovasculaire stoornissen. Er wordt aangenomen dat een toename van gewicht vaak samenhangt met het gebruik van anti-psychotica. Bij cliënten geeft gewichtstoename vaak een kans op verminderde medicatietrouw. Hierdoor verhoogt het de kans op een slechter beloop van de ziekte (Appelo e.a., 2005). Bovendien werkt gewichtstoename vaak extra stigmatiserend. Naast het etiket 'psychiatrische patiënt' komt er vaak het stigma 'dik zijn' bij. Dit geeft extra stress en daardoor neemt de kans op psychotische decompensatie toe (Appelo e.a., 2005). De gewichtstoename door anti-psychotica is gemiddeld meer dan 4 kg (Rijnvis, 2002). Het is aannemelijk dat de cliënt, die zich sociaal gezien, vaak in de marge van de maatschappij bevindt, nog meer zal gaan afzonderen. Terwijl sociale contacten (naast partner, gezinsleven en gezondheid) doorslaggevend zijn voor de welzijnsbeleving dan werk, persoonlijke interesses, wonen of inkomen (Hortulanus e.a. 2003).

Deze gezondheidsrisico's (in brede zin) maken dat deze patiëntengroep bij uitstek gestimuleerd zou moeten worden tot (het uitbreiden van de) lichamelijke activiteit. De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige kan hierin een grote rol spelen door directe betrokkenheid met de cliënt, kennis van motiverende strategieën en door regelmatig terugkerend contact. Mijn ervaring is dat de huisarts door sommige cliënten slechts sporadisch wordt bezocht. Dit pleit dus te meer voor een actieve rol van de SPV in samenwerking met de psychiater als het gaat om de lichamelijke gezondheid en het beperken van gezondheidsrisico's.

Naast het beperken van gezondheidsrisico's op lichamelijk gebied kan bewegingsactivering de mogelijkheden tot maatschappelijk herstel bevorderen. In de multidisciplinaire richtlijn voor schizofrenie, welke momenteel wordt geïmplementeerd door het Trimbos instituut door middel van het doorbraakproject schizofrenie, wordt aanbevolen om aandacht te besteden aan sociale factoren, motivatie en het scheppen van laagdrempelige voorzieningen. Onderzoek naar vormen van bewegingsactivering, en de omvang en frequentie ervan, die

ondersteunend kunnen zijn bij het beïnvloeden van maatschappelijk herstel is ook een aanbeveling (multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2005).

Bewegen als middel voor herstel

Bewegen kan een uitstekend middel zijn om maatschappelijk herstel te bevorderen.

In de cursus 'Health 4 U', die in de GGZ op diverse plaatsen wordt aangeboden, wordt hier in diverse cursusonderdelen aandacht aan besteed. De cursus is een groepsgewijs educatie- en trainingsprogramma voor het ontwikkelen en stimuleren van een gezonde levensstijl. Bewegen is daar uiteraard een onderdeel van. De cursus 'Health 4 U' gaat echter nog verder. 'Health 4 U' is speciaal ontwikkeld voor mensen met psychische klachten die daarvoor medicatie gebruiken. Vaak leiden deze klachten, in combinatie met het medicatiegebruik, tot een levensstijl met ongezonde gewoontes. Dit kan leiden tot overgewicht en geeft een verhoogd risico op ziektes. 'Health 4 U' probeert iets aan deze risico's te doen door ongezonde gewoontes te vervangen door gezonde (Appelo, 2001). Het richt zich niet alleen op het veranderen van eet- en bewegingspatronen, maar ook en vooral op psychische en sociale factoren die tot slechte voedingsgewoonten en passiviteit leiden.

In het onderdeel 'gezond bewegen' wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het sociale aspect van beweging. Men wordt gestimuleerd om samen met een maatje activiteiten te ondernemen zodat de kans groter wordt het voor langere tijd vol te houden. Sportcentra, sportclubs of fitnesscentra bezoeken is voor veel cliënten met een maatje makkelijker om te doen. Ook een trajectbegeleider of SPV kan iets betekenen in dit traject door bijvoorbeeld gedurende de eerste bezoeken mee te gaan.

Een van de voordelen van sportactiviteiten boven andere therapeutische activiteiten, is dat de cliënt zelf kan kiezen wanneer men er gebruik van wil maken. Er hoeft geen therapeut beschikbaar te zijn. Nadat de basisvaardigheden zijn aangeleerd kan men de vaardigheden zelf onderhouden. Dat maakt dat cliënten ervaren meer grip te hebben op hun eigen gezondheid en meer controle te ervaren op het gevoel van welzijn. Ook wordt het zelfvertrouwen vergroot (Martinsen, 1990).

Deelnemers aan de 'Health 4 U'-cursus worden geactiveerd om in hun eigen omgeving op zoek te gaan naar mogelijkheden om te bewegen. Daarbij worden vele suggesties gedaan voor bewegingsactiviteiten die geen geld kosten of waarbij de kosten en materialen die vaak nodig zijn, beperkt zijn. 'Health 4 U' is primair gericht op een toename van het welbevinden en een reductie van het sociaal isolement, daarnaast is gewichtsreductie een secundair doel. Immers, psychische klachten en weinig sociale steun zijn stimulansen voor veel en langdurig overeten (Appelo e.a., 2005). Het streven is dat de training leuk moet zijn om aan deel te nemen. Strenge regels of eisen omtrent eten, bewegen en afvallen zijn niet aan de orde. Dingen die fout gaan krijgen weinig aandacht. Al aanwezige gezonde gewoontes des te meer. Er wordt gewerkt op basis van lotgenootschap, ervaringsdeskundigheid, persoonlijke voorkeuren en samenwerking ('empowerment'). De opvatting is dat de toename van welbevinden en sociale steun een basis vormt voor minder eten, meer bewegen en zo voor gewichtsverlies. Uit een relatief kort Amerikaans gewichtbeheersingsprogramma bleek dat fors gewichtsverlies, voor patiënten die anti-psychotica gebruiken, ook geen realistische verwachting is (Appelo e.a., 2005).

Over een programma waarbij de cliënt wordt gestimuleerd meer te gaan bewegen moet niet te gemakkelijk worden gedacht. Het is meer dan het zorgen voor de

faciliteiten. Zoals ook bij andere therapieën, is het een actief psychologisch proces. Er zal aandacht moeten zijn voor de voortzetting van dergelijke programma's op de langere termijn. Vaak is het bestaan van een cliënt weinig actief geweest waardoor terugval op de loer ligt. Cliënten hebben vaak niet de kennis en vaardigheden om zelfstandig de oefeningen op een regelmatige wijze in hun leven in te passen. Idealiter zouden oefeningen moeten worden aangeboden met counseling gericht op het uitbreiden van vaardigheden, kennis en het ontwikkelen van het voornemen deel te nemen aan activiteiten voor de rest van hun leven. Het is dus belangrijk wanneer een programma eindigt, aandacht te geven aan voortzetting van de activiteiten. Cliënten zullen op de hoogte moeten zijn van de positieve effecten en cliënten moeten 'tools' in handen krijgen om het zelf te kunnen continueren. Hiervoor kan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie worden gebruikt (Daley, 2002).

De drop-out percentages bij bewegingsprogramma's voor niet-specifieke groepen zijn hoog. Er kan worden aangenomen dat deze ook bij mensen met een psychiatrische stoornis hoog zullen zijn. Daarom is het belangrijk dat programma's goed worden opgebouwd en dat er aandacht wordt besteed aan het voorkomen van drop-out.

Resultaten 'Health 4 U'

Door middel van een pilotstudie is een eerste aanzet gedaan tot het onderzoeken van de effecten van 'Health 4 U'. Deelnemers van het 'Health 4 U' programma hebben voor en na deelname aan het programma een vragenlijst gekregen. Drie maanden na afloop van het programma werd er eveneens een meting verricht. Er werd door negen ambulante afdelingen en één verblijfsafdeling deelgenomen aan het programma. De deelnemers werden geselecteerd op het gebruik van psychofarmaca en het ervaren van (het risico van) overgewicht en op motivatie om door te gaan met de medicatie. Eén van de gebruikte meetinstrumenten was de Korte Klachten Lijst, een lijst vragen met betrekking tot de meest voorkomende psychische klachten zoals angst, depressie en slaapproblemen (Lange e.a., 2000). De algemene competentieverwachting werd gemeten met de algemene competentieschaal (ALCOS) (Bosscher e.a. 1997). Deze schaal geeft aan in hoeverre iemand ervan overtuigd is plannen en taken goed uit te kunnen voeren en stressvolle situaties het hoofd te kunnen bieden. Verder werd het aantal actieve contacten met vrienden en lotgenoten gemeten. Ook werd het gewicht van de deelnemers op deze drie meetmomenten in kaart gebracht.

In een aantal instellingen werd bijgehouden hoe het opkomstpercentage tijdens de bijeenkomsten was. Ook werd gemeten hoe de bijeenkomsten werden gewaardeerd. De opkomst was 90 % en de algemene waardering scoorde een 8,4. In deze pilot study is het opvallend dat de mensen waarvoor het programma het meest nodig is (hoge BMI of Body Mass Index, de verhouding tussen het gewicht (in kg) en het kwadraat van de lengte (in meters) vaak halverwege afhaken. Verder wordt een BMI reductie behaald van 2,8%, psychische klachten verminderen en de algemene competentieverwachting is verbeterd. Daarnaast worden meer actieve contacten met lotgenoten geregistreerd. 'Health 4 U' lijkt daarmee een basis te kunnen leggen voor toename van het welbevinden en sociale contacten. Maar een gecontroleerde vervolgstudie zal deze indruk nog moeten bevestigen. De voorlopige resultaten geven in ieder geval aan dat het goed is om met het programma te beginnen voordat er veel gewicht is bijgekomen. Groot (2002) beschrijft dat verpleegkundigen het als wenselijk zien om aandacht te besteden aan begeleiding en actieve ondersteuning met betrekking tot toegenomen eetlust en lichaamsbeweging. De daadwerkelijke uitvoering laat echter nog te wensen over. Onvoldoende kennis en methodieken voor de aanpak van het probleem spelen hierin mogelijkwerwijs een rol, terwijl er

zeker mogelijkheden zijn voor de verpleegkundige om de cliënt kennis te laten maken met manieren om zelf invloed uit te kunnen oefenen op gewichtsverandering.

Transtheoretisch Model van Prochaska en DiClemente

Een programma als 'Health 4 U' kan voor sommige cliënten passend zijn. Er zullen echter ook cliënten zijn die moeilijk te bewegen zijn om deel te nemen aan een groepsprogramma. In die gevallen is het belangrijk na te gaan of de cliënt gebruik wil maken van een ander aanbod. Allereerst is het dan zaak om te kijken naar de motivatie van de cliënt ten aanzien van bewegen. Het motiveren van mensen tot een gedragsverandering, in dit geval lichaamsbeweging, vereist heel wat. Immers, weten dat meer beweging gezond is, maakt nog niet dat mensen massaal overgaan tot het uitbreiden van de dagelijkse lichamelijke activiteiten. Vijftig procent van de Nederlandse bevolking beweegt onvoldoende om gezond te blijven (Knapen en Schoubs, 2006). Bij een cliënt die niet gemotiveerd is (of lijkt!) te gaan bewegen kan het model Prochaska en DiClemente een hulpmiddel zijn. Uiteraard kan het model ook worden gebruikt bij het veranderen van het eetpatroon.

Het model van Prochaska en DiClemente wordt gebruikt bij interventies gericht op gedragsverandering en is toegepast bij onderzoek naar diverse gezondheidsgedragingen, zoals stoppen met alcoholmisbruik, gewichtscontrole, roken, maar ook fysieke activiteit. Het model is gericht op gedragsverandering van het individu. Het gaat ervan uit dat hierbij diverse stadia worden doorlopen. Deze stadia vergen ieder voor zich veel tijd en inspanning. Gedragsverandering vereist een progressieve herstructurering van denken, handelen en voelen (Knapen en Schoubs, 2006).

In de eerste fase van het model (precontemplatiefase of voorbeschouwingsfase) hebben mensen niet de bedoeling actie te gaan ondernemen. Er is sprake van een gebrek aan kennis en er is geen of weinig motivatie. In deze fase is kennistoename noodzakelijk wil men in de volgende fase belanden. De volgende fase wordt de contemplatiefase of beschouwingsfase genoemd. Mensen hebben dan de intentie te veranderen. Men is voor- en nadelen aan het afwegen. Indien er meer voordelen worden gezien, groeit de bereidheid om daadwerkelijk tot actie over te gaan.

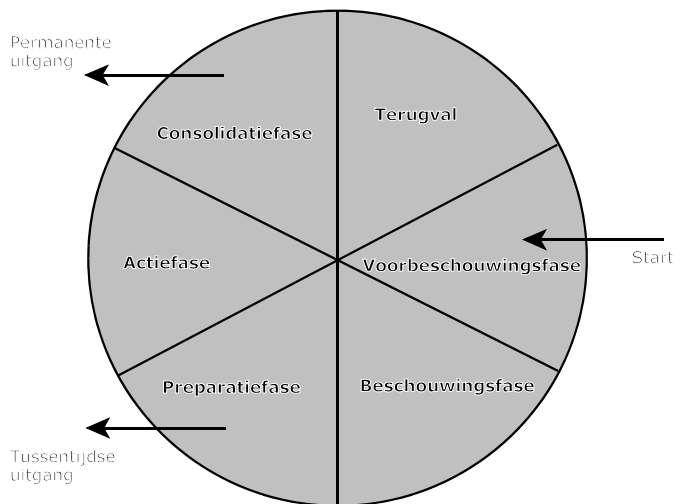
In de derde fase, de preparatiefase of voorbereidingsfase wordt er een concreet plan gevormd. Men heeft de bedoeling om in de nabije toekomst actie te ondernemen. Men is overtuigd van de eigen mogelijkheden tot verandering. Soms ziet men hindernissen om over te gaan van de contemplatiefase naar deze fase. Het is belangrijk om dan te onderzoeken hoe reëel deze obstakels zijn.

In de vierde fase; de actiefase veranderen mensen daadwerkelijk hun gedrag. In deze fase is het van groot belang om succeservaringen op te kunnen doen. Deze vergroten de kans dat de persoon het zal volhouden. Moeilijke situaties en niet-haalbare doelen moeten worden vermeden. Het benadrukken van de onmiddellijk zichtbare effecten verhoogt de motivatie. Deze fase wordt gekenmerkt door instabiliteit. Het nieuwe gedrag is nog geen gewoonte. Terugvallen naar het oude gedrag komt veelvuldig voor.

In de vijfde fase, de consolidatiefase, is sprake van gedrag dat al meer dan zes maanden wordt volgehouden. Men neigt er nog wel naar terug te vallen in oud gedrag. Het voorkomen van terugval is eerder regel dan uitzondering. Slechts 20% van de mensen die hun gezondheidsgedrag veranderen slagen daar in de eerste poging in. Bij terugval is het mogelijk dat men opnieuw in de

contemplatiefase belandt en daarna een nieuwe poging doet. Het is belangrijk om van een terugval te leren voor een volgende poging. Bijvoorbeeld in het geval van fysieke activiteiten kan terugval bestaan uit het overslaan van het sporten wat beschouwd kan worden als een totaal falen. De positieve zelfperceptie wordt dan verdrongen door een negatieve ("IK ben een slappeling"). Deze zelfperceptie verhoogt de kans op drop-out.

In de zesde en laatste fase, de eindfase, vervalt men niet meer in het ongezonde gedrag. Men gelooft in de eigen effectiviteit. Dit stadium wordt lang niet altijd bereikt. Bij fysieke activiteit is het realistischer om de consolidatiefase als einddoel te stellen. Velen zullen wel eens terugvallen in oud gedrag, maar dat zal voor korte tijd zijn (Knapen en Schoubs, 2006). Het is zaak dat men zich, bij gebruik van dit model, goed op de hoogte stelt van de fase waarin de cliënt zich bevindt, zodat men daarop kan aansluiten.



Figuur 1: Grafische illustratie van het Transtheoretisch Model van Prochaska en DiClemente

Schizofrene stoornis

De laatste jaren is er genoeg wetenschappelijk bewijs geleverd dat bewegen mensen in algemene zin beschermt tegen ziekte en hun geestelijke gezondheid, naast de lichamelijke, bevordert. In de geestelijke gezondheidszorg worden dan ook bij diverse organisaties bewegingsprogramma's aangeboden. In Engeland zijn er binnen de geestelijke gezondheidszorg zelfs een beperkt aantal multidisciplinaire teams waaraan een bewegingswetenschapper is toegevoegd (Daley, 2002). Dit getuigt van een toenemende aandacht voor het bevorderen van lichamelijke activiteit voor cliënten met psychiatrische problemen.

Gebleken is dat sportactiviteiten zeker relevant zijn voor de groep patiënten met een schizofrene stoornis. Het kan een bijdrage leveren aan de sociale integratie, het lichaamsgevoel en bijvoorbeeld de structurering van de dag (van der Stel, 2005). Gedacht kan worden aan ondersteuning van cliënten door PMT-ers.

Op het gebied van psycho-motore therapie worden er door PMT-ers bijvoorbeeld steunende, structurende, directief-klachtgerichte en inzichtgevende programma's aanbevolen bij de begeleiding, rehabilitatie en behandeling van mensen met psychotische stoornissen (Van Hattum en Hutschemaekers, 2003). De behandelaar van de cliënt, in de ambulante situatie vaak een SPV, kan hierin een bemiddelende rol spelen.

Er is ook onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van sportactiviteiten bij mensen met een schizofrene stoornis. Hieruit is gebleken dat het zeer kosteneffectief is in vergelijking met medicatie of psychotherapie (Van der Stel, 2005). Er zijn aanwijzingen dat het cardiovasculair functioneren verbetert en dat er ook een positief effect is ten aanzien van psychomotorische agitatie. De indruk bestaat dat de sociale competentie toeneemt. Fysieke inspanning heeft echter geen vergelijkbare invloed op de afname van klachten wanneer deze groep vergeleken wordt met patiënten met een depressie of angstklachten. In het geval van depressie of angst kan fysieke activiteit de concurrentie doorstaan met andere behandelstrategieën (Van der Stel, 2005).

Onderzoek waarbij een fietsprogramma werd gevolgd gedurende vier dagen per week liet zien dat mensen met schizofrenie minder depressieve klachten aangaven, zich in het algemeen beter voelden en zich fitter voelden (Daley, 2002). Een onderzoek van Faulkner en Sparkes (1999) beschrijft een tien weken durend programma met tweewekelijkse activiteiten. Zij kwamen tot de slotsom dat gehoorshallucinaties afnamen, het zelfvertrouwen toenam en het slaappatroon verbeterde.

Al met al is het resultaat bij mensen met een schizofrene stoornis zeer positief te noemen.

Bovendien is bekend dat fysieke activiteit een aantal effecten oplevert die zowel te zien waren bij mensen met psychische klachten als zonder deze klachten. Het gaat dan om effecten zoals een positieve stemming, meer zelfwaardering, beter cognitief functioneren en beter met stress kunnen omgaan (Van der Stel, 2005).

Perspectief van de cliënt

Een belangrijk aspect dat aandacht behoeft bij bewegingsprogramma's is de ervaring van de cliënt over het succes van standaardbehandeling in vergelijking met een programma gericht op beweging. Onder standaard behandeling wordt in dit geval verstaan: contact met verpleegkundigen, psychotherapie en farmacotherapie. In een onderzoek uit 1989 (Daley, 2002) is cliënten de vraag voorgelegd welk programma onderdeel hen het meest heeft gesteund of verder heeft geholpen. Cliënten benoemden dat de lichamelijke training hen het meest heeft opgeleverd. Cliënten ervoeren het als een behulpzaam programma bij rehabilitatie.

Patiëntenverenigingen

Patiëntenvereniging Ypsilon is van mening dat er geen echte wetenschappelijke bewijzen over mogelijke gunstige effecten van sport/bewegen op psychiatrische ziekten bestaan. Desondanks stelt een woordvoerder van Ypsilon: "Het gezonde verstand zegt echter dat er eigenlijk, als iemand met een psychiatrische ziekte sportbeoefening aankan (hoewel dit vaak een groot probleem is), er alleen maar gunstige effecten van te verwachten zijn". Ypsilon heeft kritiek geleverd op de multidisciplinaire richtlijn. Zij zijn van mening dat het jammer is dat PMT is verengd tot een intramuraal aanbod. Ook leveren zij de kritiek dat 'health 4 U' en 'Fit your body' niet worden genoemd in de richtlijn schizofrenie.

De patiëntenvereniging Anoksis doet geen uitspraken over hun ervaring met wetenschappelijk bewezen effecten van bewegingsprogramma's. Wel verwijzen zij naar het 'Fit your body' programma. Dit is een reeds vijf jaar bestaand initiatief van een groep cliënten die een eigen sportprogramma hebben kunnen opzetten op het instellingsterrein van de GGZ organisatie 'Rivierduinen'. Een psychiater, een bewegingscoördinator en stagiaires van het CIOS zijn daar onder andere bij betrokken. Deels wordt het werk dus gedaan door professionals maar voor een groot deel rust het op de inzet van cliënten die deels betaalde werkzaamheden verrichten. Er zijn maximaal zo'n 270 cliënten per week die gebruik maken van de activiteiten die een onderdeel zijn geworden van het reguliere behandelaanbod. Onderdelen die worden aangeboden zijn bijvoorbeeld nordic walking, hardlopen en fitness. De ervaringen met cliënten met een schizofrene stoornis geven aan dat men zich meer weerbaar voelt en afleiding kan vinden in het sporten. Mensen komen vaak uit een vicieuze cirkel.

De ervaring van 'Fit your body' is dat er veel belangstelling is vanuit andere GGZ organisaties in het land om een dergelijk programma over te nemen. Maar er is terughoudendheid i.v.m. de kosten (waarschijnlijk de kosten bij aanvang, want het programma bij Rivierduinen is nu winstgevend) en het neerleggen van een deel van de verantwoordelijkheid bij cliënten.

Conclusie

Aangehouden is dat er verband bestaat tussen beweging en het bevorderen van de psychische gezondheid. Bij cliënten met een schizofrene stoornis levert beweging een bijdrage aan de sociale integratie, het lichaamsgevoel en de dagstructurering. Beweging kan als middel worden ingezet om het maatschappelijk herstel van cliënten te bevorderen. Door middel van bewegingsactiviteiten en programma's (zoals bijvoorbeeld 'Health 4 u') worden contacten gelegd die het sociale isolement, waarin veel cliënten verkeren, kunnen verminderen. In de vakliteratuur zou daar meer aandacht aan besteed moeten worden.

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige kan een belangrijke rol spelen bij het stimuleren van cliënten tot het ondernemen van bewegingsactiviteiten en, niet minder belangrijk, het volhouden ervan. Door de grote rol die de SPV speelt in de behandeling en de intensieve contacten die zij heeft met de cliënt, kan juist zij de cliënt informeren en blijven motiveren. De methodieken die daarbij gebruikt kunnen worden zijn bekend bij de SPV. Verder kan de SPV een rol spelen bij het ontwikkelen van initiatieven op het gebied van bewegen op instellingsniveau. Op dat gebied kan er nog heel wat in beweging worden gebracht! Dat dit positieve resultaten tewege kan brengen laat een enkel initiatief als 'Fit your body' al zien.

Literatuur

- Appelo, M, J.W. Louwerens & I. de Vries (2005) Minder zwaar met psychofarmaca, Pilot study naar de effecten van een nieuw gezondheidsprogramma, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60-4 411-427.
- Appelo, M.T., C.D. Dogterom, J.W. Louwerens & C. Boerhout (2001) Health 4U. *Cursusmap voor deelnemers/ Handleiding voor docenten*. Eli Lilly.
- Bosscher, R.J., J.H. Smit & G.I.J.M. Kempen (1997). Algemene Competentie verwachtingen bij ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 52, 239-248
- Daley, A. J., (2002) Exercise therapy and mental health in clinical populations; is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment/ Psychiatric Bulletin*, 8, 262-270
- Faulkner, G. & A. Sparkes (1999) Exercise as therapy for schizophrenia. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 52-69.

- Groot, I.C.M. (2002) *Welke zorg wordt er gegeven tijdens de eerste psychose om toename gewicht te voorkomen?* Stageonderzoek, Intern Adolescentenkliniek mfo AMC/ De Meren Amsterdam.
- Hattum, M. & G. Hutschemaekers (2003) *In beweging, de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*, Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hortulanus, R., A. Machielse & L. Meeuwesen (2003) *Sociaal isolement, Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*, 's-Gravenhage: Elsevier Overheid.
- Knapen, J. & B. Schoubs (2006) Interventiestrategieën op maat van het individu, Motiveren tot bewegen in de geestelijke gezondheidszorg, *Psychopraxis*, 8, 1, 17-24.
- Lange, A., B. Schrieken, J.P. van de Ven & M. Blankers (2000). De Korte Klachte Lijst, *Dth* 20, 4, 384-392.
- Martinsen, E. W. (1990) Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Medicine*, 9, 380-389.
- Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005) *Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*, Utrecht: Trimbos Instituut.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C.: *Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 5 (1983) 390-395
- Rijnvis, Erik E. (2002) Gewichtstoename door antipsychotica, kan ik daar wat aan doen? *Sociale Psychiatrie*, 64, 25- 31.
- Stel, van der J. (2005) *Pillen, praten en bewegen. Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid*, Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Tsuang, M.T. & S.V. Faraone (2005) *Schizofrenie. De feiten*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.