

# Kultur, kropp og bevegelse – Supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved akutte døgneheter i psykisk helsevern

## Culture, body and movement – Supplementary treatment and activities in acute inpatient psychiatric units

**Jorunn M. Rørvik**

spesialrådgiver, psykiatrisk sykepleier, mastergrad i profesjonsetikk, UiO  
Psykisk helsevern og rus avdeling FoU, Akershus universitetssykehus HF  
Jorunn.Marie.Rorvik@ahus.no

**Kari Evelin Arellano Lorentzen**

spesialrådgiver, psykologspesialist, yogaterapeut  
Psykisk helsevern og rus avdeling FoU, Akershus universitetssykehus HF  
Kari.Lorentzen@ahus.no

### Sammendrag

Norske helsepolitiske retningslinjer vektlegger helhetlige og personsentrerte tilnærminger til behandling der pasientenes recovery og valgmuligheter står sentralt. Artikkelen oppsummerer et prosjekt som kartla supplerende behandlinger og aktiviteter ved 21 akutte døgneheter i psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Norge. Kartlagte tilbud omfattet kunst, musikk, natur og kropp- og bevegelsesorienterte praksiser som kom i tillegg til etablert samtalerapi og medikamentell behandling. Et spørreskjema ble sendt til aktuelle enheter for å få oversikt over eksisterende tilbud og hvordan disse ble gjennomført og vurdert. Prosjektet bidro til et innblikk i supplerende behandlinger og aktiviteter ved akutte døgneheter i psykisk helsevern.

**Nøkkelord:** psykisk helsevern, psykisk helsearbeid, akutte døgneheter, supplerende behandling, supplerende aktivitet

### Abstract

Norwegian health policy guidelines emphasize holistic and person-centered approaches to treatment where patients' recovery and treatment options are central. This article summarizes a survey of supplementary treatment and activities within 21 acute inpatient psychiatric units for children, adolescents, and adults in Norway. The services assessed included art, music, nature and body- and movement-oriented practices that complimented established talk therapy and pharmacological treatment. A questionnaire was sent to relevant units to obtain an overview of existing services and how they were implemented and assessed. The project contributed to insight into supplementary treatments and activities within acute inpatient units.

**Keywords:** psychiatry, mental health care, acute inpatient units, supplementary treatment, supplementary activity

## Bakgrunn

I desember 2020 gjennomførte Akuttnettverket (Akuttnettverket, u.å.) i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg (Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, u.å.) et prosjekt som kartla bruk av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Tilbudene som ble kartlagt, omfattet kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet og kropp- og bevegelsesorienterte praksiser, noe som kom i tillegg til etablert samtaleterapi og medikamentell behandling.

I Norge har det i moderne tid skjedd endringer i behandling av psykiske lidelser. De første psykiatriske institusjonene ble etablert på 1800-tallet. De lå landlig til og var tilknyttet gårdsdrift, noe som bidro til at frisk luft, bruk av kropp, håndverk og meningsfull virksomhet stod sentralt i behandlingen (Borge, 2018). Mange tilbud ble etterhvert nedlagt. Akutte tilbud ble etablert i mer sentrale strøk, døgnplassene ble færre, pasientene dårligere og liggetiden kortere. I dag har poliklinisk behandling i stor grad erstattet tilbud som tidligere ble gitt på institusjon (Malt et al., 2005). Med disse endringene økte graden av passivitet og inaktivitet for pasientene (Borge, 2018).

Flere steder er samtaleterapi og medikamentell behandling de mest rådende

tilnærmingene til behandling av psykiske lidelser (Aarre, 2010), men ved døgnenheter har også miljøterapi en sentral rolle i behandlingen. Miljøterapi kan defineres som: «en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapien er å fremme individenes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar» (Vandvik, 2021).

I dag blir personsentrerte og recovery-orienterte tilnærminger til behandling i økende grad vektlagt. Fra et slikt perspektiv, skal man som hjelper støtte den enkelte i sin personlige prosess og bidra til gode sosiale rammevilkår. Målet er meningsfulle hverdager og et godt liv for den enkelte (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), u.å.). Recoveryorienterte praksiser beskrives som alternativ til biomedisinske tilnærminger. Her vektlegges et mangfoldig behandlingstilbud og fysisk aktivitet og bevegelse fremheves som viktig (Borg et al., 2013). Lov om spesialisthelsetjenester (1999, § 1) beskriver hvordan tjenestene skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Meld. St. 29 (2012–2013) påpekte at omsorgstjenestene ikke ivaretok forebyggende virksomhet, opptrening, rehabilitering, fysisk, sosial og kulturell aktivitet tilstrekkelig, og at det var ønskelig med større vektlegging av

sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. I Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019–2020)) ble det satt mål om å fornye og forbedre helsetjenesten ved å vektlegge recovery, brukermedvirkning, valgmuligheter og bredde i behandlingstilbudet. Brukerorganisasjoner tok initiativ til å opprette medisinfrie behandlingstilbud og medvirket til å utvikle gode behandlingstiltak for tilfriskning og ikke-medikamentell behandling. Blant tilnærmingene er kunst- og uttrykksterapi, psykomotorisk fysioterapi og *Illness Management and Recovery* (IMR) m.fl. Disse tilnærmingene vektlegger bl.a. mestring, velvære og økt livskvalitet gjennom kreative uttrykk, fysisk aktivitet, fritid og rekreasjon (Standal & Heiervang, 2018). I 2015 kom Helse- og omsorgsdepartementet med pålegg om opprettelse av legemiddelfrie behandlingstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Verdens helseorganisasjon (World Health Organization (WHO)) har også tatt initiativ til å fremme kvalitet, menneskerettigheter og recovery i psykisk helsearbeid. Internasjonalt tilbys helsetjenester som i mange tilfeller bidrar til å bryte menneskerettighetene og hindre tilfriskning. Det skisseres derfor et behov for et nytt paradigme, hvor tjenester vektlegger autonomi og brukerdeltagelse (WHO, 2019).

Fra tilsyn ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern har Sivilombudet beskrevet varierte og meningsfulle tilbud som avgjørende for fysisk og mentalt velvære og påpekt rom for forbedring (Sivilombudet, 2016, 2018, 2019). Sivilombudet benytter bl.a. Europarådets torturkomité's standarder som grunnlag i sine tilsyn. Her løftes individuell tilnærming i behandling frem som

en pasientrettighet. Alle pasienter skal ha en individuelt tilpasset behandlingsplan inneholdende supplerende behandling og aktivitet. Det vektlegges: «a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work» (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 1998, s. 4).

Internasjonal forskning viser at inneliggende pasienter kan beskrive døgnopphold som lite tilfrisknings- og mestringsfremmende (Staniszewska et al., 2019). Inaktivitet og kjedsomhet er et stort problem og relateres til lav brukertilfredshet, frustrasjon, selvskaide, aggresjon og tvangsbruk (Foye et al., 2020; Staniszewska et al., 2019). Under døgnopphold trekkes meningsfulle terapeutiske tilbud som musikk, kunst og fysisk aktivitet frem som viktige for å fremme vekst, velvære og «normalitet i hverdagen» (Foye et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011; Staniszewska et al., 2019). Det anbefales at pasienter har tilgang til meningsfulle og hensiktsmessige kulturelle tilbud, som kreative, fysiske og sosiale aktiviteter og at disse er tilgjengelige 7 dager i uken, også på kveldstid (NICE, 2011). For mennesker med lette og moderate lidelser (som angst og depresjon) og mer alvorlige psykiske lidelser (som psykose), vurderes kunsten, musikken og dansen til å kunne gi supplerende støtte til tradisjonelle

medikamentelle og psykologiske tilnærminger (Fancourt & Finn, 2019).

Supplerende tilbud kan følgelig representere variasjon og mangfold i oppfølging av pasienter, stimulere til sosial og fysisk aktivitet og virke tilfrisknings- og mestringsfremmende. Ettersom dette løftes frem av helsepolitiske myndigheter og understøttes av forskning, ble det vurdert som relevant og viktig å se nærmere på hvilken rolle supplerende behandling og aktivitet hadde i akutte døgnenheter innen psykisk helsevern i Norge. Før oppstart av prosjektet, ble det gjort et litteratursøk som viste manglende kunnskap om det supplerende tilbudet ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern. Vi var heller ikke kjent med at supplerende tilbud ved akuttenheter i Norge var kartlagt tidligere.

## Formål og mål

Prosjektets formål: å undersøke bruk av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved akutte døgnenheter i psykisk helsevern, samt å stimulere og inspirere til videre fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning på feltet.

Prosjektets hovedmål: å få oversikt over hvilke supplerende behandlings- og aktivitetstilbud som ble tilbudt i akutte døgnenheter for barn, unge og voksne i psykisk helsevern i Norge, og hvordan disse ble gjennomført og vurdert av enhetene.

## Metode

### Prosjektets utvalg, design, og datainnsamling

Spørreskjema og informasjon om prosjektet ble sendt til 80 enheter hentet fra Akuttnettverkets deltakerlister. Akuttnettverket er et landsomfattende nettverk for akuttpsykiatriske tjenester (Akuttnettverket, u.å.).

Enhetene ble antatt å være akutte døgnenheter innen offentlig psykisk helsevern. 23 av 80 enheter besvarte undersøkelsen, dvs. en svarprosent på 29 %. To enheter viste seg å ikke ha akuttfunksjon. Data fra 21 enheter inngikk derfor i analysene. Av disse oppga seks enheter tilhørighet til psykisk helsevern barn og unge og fire enheter tilhørighet til psykisk helsevern voksne. 11 enheter oppga ikke tilhørighet. 11 av 21 enheter oppga at de var rene akuttenheter, mens seks enheter hadde både akutte og elektive, lengre innleggelse. Fire enheter oppga ikke funksjon.

Skjemaet inneholdt 124 spørsmål og tok 10–20 min. å besvare. Første del omhandlet supplerende behandlingstilbud og andre del supplerende aktivitetstilbud. Supplerende behandling ble definert slik: «Supplerende behandling innebærer at det foreligger en fagspesifikk kompetanse, en forankring i faglig teori og metode, en individuell terapeutisk hensikt og en individuell tilrettelegging». Supplerende tilbud som falt utenfor definisjonen var å anse som aktiviteter. Spørsmålene var hovedsakelig kvantitative og inneholdt avkrysningsspørsmål med ulike svaralternativer. Undersøkelsen inneholdt også utsagn hvor man skulle ta stilling til svarene på en skala fra 1 til 5, der 1 var «ikke i det hele tatt», 2 «i liten grad», 3 «verken eller», 4 «til en viss grad» og 5 «i stor grad». Noen spørsmål ga mulighet for å svare med fritekst. På spørsmål som omhandlet hvordan behandlingene og aktivitetene ble gjennomført, kunne man krysse av for ett eller flere alternativ.

Skjemaet skulle besvares én gang per enhet, av leder eller på oppdrag fra denne. Deltakelse var frivillig.

## Dataanalyse

Prosjektet innebar analyse av kvantitative og kvalitative data. Kvalitative resultat ble gjengitt som deskriptiv statistikk (dvs. inkl. frekvensfordeling, gjennomsnittsverdier og medianverdier). Åpne svar ble systematisert og analysert gjennom en enkel, kvalitativ innholdsanalyse.

## Etiske vurderinger

Personvernombudet (PVO) ved Akershus universitetssykehus vurderte at det ikke skulle samles inn personopplysninger i prosjektet. Personvernlovgivningen kom derfor ikke til anvendelse.

## Begrensninger ved prosjektet

Prosjektet var en kartlegging og ikke et formelt forskningsprosjekt. Spørreskjemaet ble ikke inngående pilotert.

Skjemaet var ikke programmert til å tvinge frem svar, og man kunne velge å la spørsmål stå ubesvart, noe flere enheter valgte.

Undersøkelsen baserte seg kun på ansattes opplevelser og vurderinger. Brukerperspektivet ble ikke inkludert.

Spørreundersøkelsen ble foretatt under pandemien. Pandemien påvirket i stor grad drift ved akutte døgnenheter og påvirket trolig også supplerende tilbud.

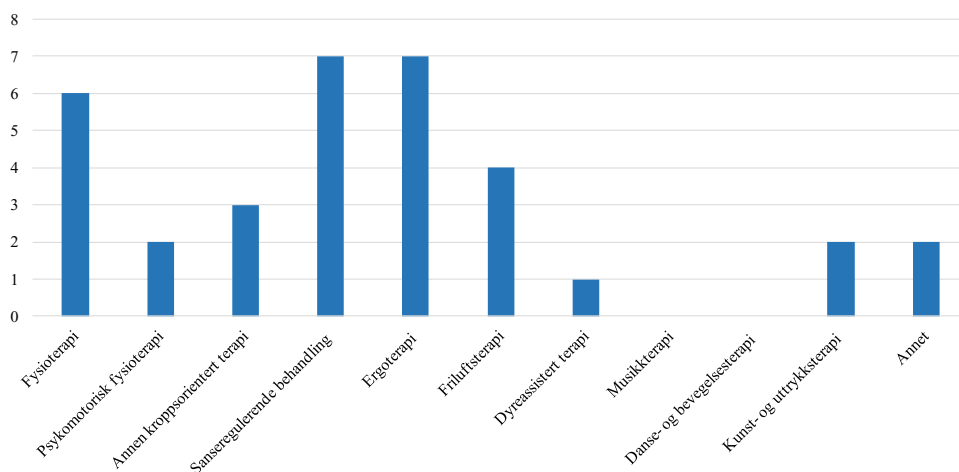
## Funn

### Type supplerende behandlinger

Undersøkelsen ga innblikk i åtte supplerende behandlingstilbud. Noen enheter hadde fire supplerende behandlingstilbud mens andre hadde få eller ingen.

Som man ser av figur 1, ble noen behandlingstilbud tilbudt i større grad enn andre. Sanseregulerende behandling (dvs. lysterapi og virtuell mørketerapi, sanserom m.m.) og ergoterapi ble tilbudt av sju enheter. Kun én enhet hadde dyreassistert terapi.

To enheter oppga at de hadde alternativet «annet». De spesifiserte at dette var individuelt tilpassede aktivitetstilbud som tur, fotball, formingsaktiviteter, baking og «vanlig» miljøterapi med fokus på fysisk aktivitet. Slike tilbud ble kartlagt i undersøkelsens andre del, som omhandlet supplerende aktivitetstilbud og ble derfor



Figur 1. Type supplerende behandling.

ikke inkludert i analysene av supplerende behandlingstilbud.

Ingen enheter oppga at de tilbød musikkterapi eller danse- og bevegelsesterapi.

### Hvordan supplerende behandlinger gjennomføres

Ved noen enheter ble behandlingene gjennomført kun individuelt eller kun i gruppe. Samlet sett ble alle tilbudene, unntatt psykomotorisk fysioterapi, gjennomført både individuelt og i gruppe.

Behandlingstilbudene ble hovedsakelig gjennomført kun med pasienter. Kun én enhet oppga at ett tilbud, annen kropporientert behandling, ble gjennomført med både pasienter og pårørende. Tilbudene ble gjennomført primært av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse (dvs. ikke innleid fagpersonell o.l.).

### Hvordan supplerende behandlinger vurderes

Av tabell 1 kan man se at enhetene vurderte de supplerende behandlingstilbudene

til «i stor grad» (median) å ha nytteverdi for pasientgruppen. Når det gjaldt enhetens lokaliteter og omgivelser, ble disse vurdert «til en viss grad» (median) å være egnet for å kunne tilby supplerende behandling.

I hvilken grad fagkompetanse innen supplerende behandling stod i fokus ved rekruttering av personell ble vurdert noe ulikt og samlet sett vurdert til «verken eller» (median) å stå i fokus ved rekruttering av personell.

Behandlingstilbudet ble samlet sett vurdert til «verken eller» (median) å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov, men vurdert noe ulikt av enhetene.

### Type supplerende aktiviteter

Undersøkelsen ga innblikk i åtte supplerende aktivitetstilbud. Én enhet hadde åtte supplerende aktivitetstilbud, flere enheter hadde flere aktivitetstilbud og noen enheter hadde få eller kun ett tilbud.

**Tabell 1. Hvordan supplerende behandling vurderes**

Spørsmål	N (ant. svar)	Frekvensfordeling*					Gj. snitt	Median
		1	2	3	4	5		
1. I hvilken grad vurderes supplerende behandling som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	31	0	1	0	9	21	4,66	5,00
2. I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby supplerende behandling?	31	0	2	2	14	13	4,27	4,00
3. I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende behandling i fokus ved rekruttering av personell?	21	2	7	5	7	0	2,81	3,00
4. I hvilken grad oppleves det eksisterende supplerende behandlingstilbudet å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov?	21	3	5	5	6	2	2,95	3,00

\*Frekvensfordeling: 1 = «ikke i det hele tatt», 2 = «i liten grad», 3 = «verken eller», 4 = «til en viss grad» og 5 = «i stor grad».

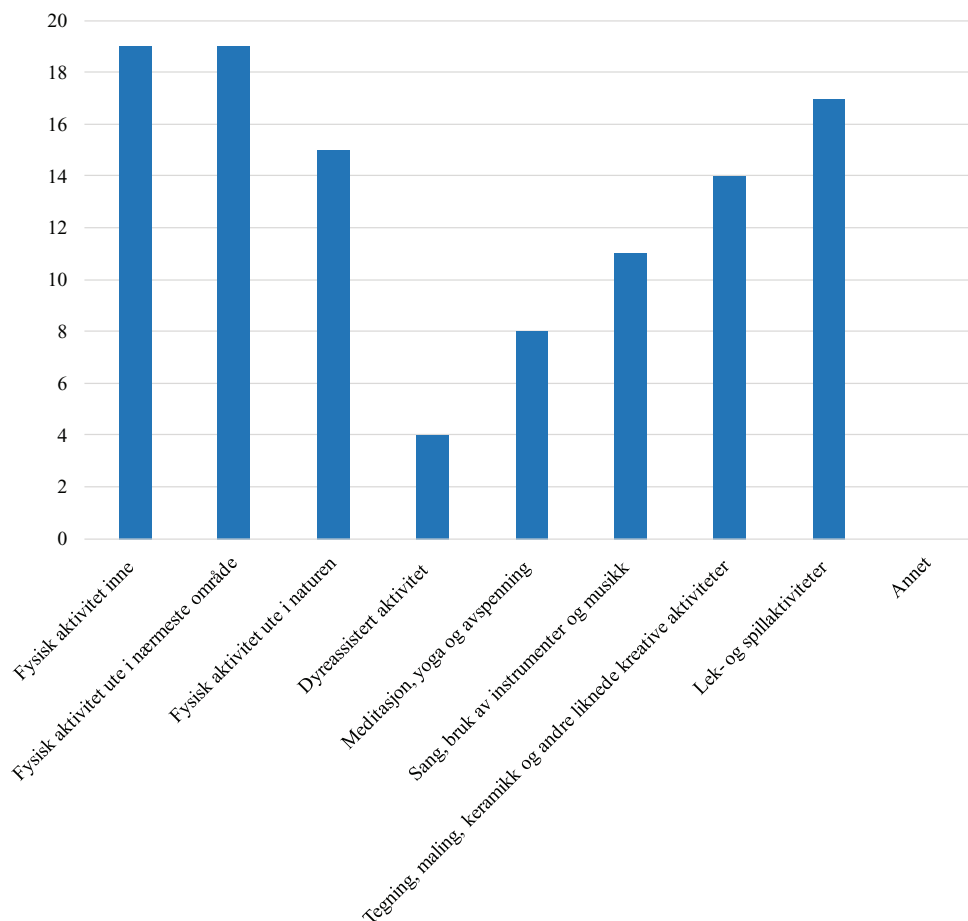
Som man ser av figur 2, ble noen av aktivitetstilbudene tilbudt oftere enn andre. Fysisk aktivitet inne (f.eks. ballspill, treningsapparater i gymsal) og fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (dvs. gåturer i nærområdet, ballspill) ble tilbudt på 19 av 21 enheter. Kun fire enheter oppga at de hadde dyreassistert aktivitet.

Enhetene oppga et mangfold av hensikter med de supplerende aktivitetstilbudene. Noen av hensiktene ble oppgitt hyppig. Ofte ble de samme hensiktene oppgitt for ulike aktiviteter. De var ikke alltid lette

å skille begrepsmessig fra hverandre og kunne tidvis synes overlappende. Noen av hensiktene som ble oppgitt hyppigst og i stor grad gikk igjen på tvers av de supplerende aktivitetstilbudene, var: «for å aktivisere», «for å fremme mestring, funksjon og mobilisere ressurser» og «for å fremme samspill og samhold».

#### Hvordan supplerende aktiviteter gjennomføres

Ved noen enheter ble noen av aktivitetene gjennomført kun individuelt eller kun i gruppe. Ser man på aktivitetene samlet, ble alle gjennomført både individuelt og i



Figur 2. Type supplerende aktivitet.

gruppe. Aktivitetstilbudene ble oftest gjennomført kun med pasienter, men én av fire ganger gjennomført med både pasienter og pårørende. Aktivitetstilbudene ble oftest gjennomført sporadisk og etter behov, som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet. Faste ansatte hadde «til en viss grad» ansvar for gjennomføring av aktivitetene (i motsetning til vikarer o.l.).

**Hvordan supplerende aktiviteter vurderes**

Tabell 2 viser at enhetene vurderte de supplerende aktivitetstilbudene «i stor grad» (median) som nyttige for pasientgruppen. Samlet sett ble enhetens lokaliteter og omgivelser «til en viss grad» (median) vurdert som egnet for å kunne tilby supplerende aktiviteter, men svarene varierte.

I hvilken grad fagkompetanse innen supplerende aktivitet stod i fokus ved rekruttering av personell varierte og ble samlet sett vurdert til «verken eller» (median) å stå i fokus ved rekruttering av personell.

Samlet sett ble aktivitetstilbudet vurdert «til en viss grad» (median) å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov, men det var noe spredning i svarene.

**Diskusjon**

**Typersupplerende behandlinger og aktiviteter**

Hvilke, og hvor mange, supplerende tilbud enhetene hadde, varierte i stor grad. Det kan derfor se ut til at både supplerende behandlinger og aktiviteter ble vektlagt og prioritert ulikt ved de akutte døgnenhetene og at pasienter ved disse enhetene trolig ikke hadde tilgang til et likeverdig supplerende tilbud. Når spesialisthelsetjenesten tilbyr ulike aktiviteter, må man sørge for å sikre likeverdig tilgang for alle til aktivitetstilbud, også til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmisbruk, understreker Nordaunet (2019).

I nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser er kunstterapi (som

**Tabell 2. Hvordan supplerende aktivitet vurderes**

Nr.	Spørsmål	N (ant. svar)	Frekvensfordeling*					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1.	I hvilken grad vurderes supplerende aktivitetstilbud som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	106	1	2	0	43	60	4,44	5,00
2.	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby supplerende aktivitetstilbud?	107	1	10	7	56	33	4,04	4,00
3.	I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende aktivitetstilbud i fokus ved rekruttering av personell?	21	3	6	4	7	1	2,86	3,00
4.	I hvilken grad oppleves det eksisterende supplerende aktivitetstilbudet å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov?	21	1	1	2	12	5	3,90	4,00

\*Frekvensfordeling: 1 = «ikke i det hele tatt», 2 = «i liten grad», 3 = «verken eller», 4 = «til en viss grad» og 5 = «i stor grad».



der omfatter musikkterapi, dramaterapi, danseterapi og bildende kunst) anbefalt (Helsedirektoratet, 2013). Dette er også tilbud pasienter med psykose selv har oppgitt å ha god nytte av (Attard & Larkin, 2016; Moritz et al., 2017; Solli & Rolvsjord, 2015). Disse tilbudene synes imidlertid lite prioritert ved de akutte døgnhetene. Hvorvidt kunstterapi ikke vurderes å egne seg innen rammene av akuttpsykiatri eller at enhetene av andre grunner (f.eks. manglende kompetanse på feltet) ikke tilbød dette, er uvisst.

Flere enheter så ut til å knytte aktiviteter tett opp til behandling og benyttet begrepet behandling om aktivitetene. To enheter oppga at de hadde andre behandlingstilbud og spesifiserte at dette var individuelt tilpassede aktivitetstilbud (tur, fotball, formingsaktiviteter, m.m.) og «vanlig» miljøterapi med fokus på fysisk aktivitet. Flere enheter kan således ha krysset av for at noe de tilbød både var behandling og aktivitet. De to som oppga kunst- og uttrykksterapi krysset f.eks. også av på kreative aktiviteter. Ifølge vår definisjon kan det bety at de tilbød både kunst- og uttrykksterapi og kreative aktiviteter. Imidlertid oppga 14 enheter at de tilbød tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter, men bare to av disse oppga kunst- og uttrykksterapi. Det kan derfor se ut til at mange enheter også skilte mellom hva de oppfattet som behandling og hva de oppfattet som aktivitet.

Ifølge vår definisjon av supplerende behandling skulle den som var ansvarlig for behandlingen ha en fagspesifikk kompetanse og behandlingen skulle være forankret i faglig teori og metode. Alt kunne derfor ikke defineres som behandling. Hvorvidt

det å skille mellom behandling og aktivitet i klinikk er hensiktsmessig, synes uklart. Om arbeid med kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet og kropp- og bevegelsesorientert aktivitet ble gitt behandlingsstatus, ville det kanskje anerkjennes og oppfattes som mer likeverdig. Samtidig kan fordelene med å skille supplerende aktivitet fra behandling være at kravet til fagspesifikk kompetanse og individuell terapeutisk hensikt ikke blir et hinder for å kunne gi tilbudet. I utøvelsen av miljøterapi kan aktiviteter også være del av «verktøykassen». Fra et miljøterapeutisk perspektiv vil man bevisst kunne velge hvilken aktivitet man tar i bruk i en gitt situasjon. En aktivitet kan på denne måten kanskje også vurderes som behandling.

I en hektisk hverdag hvor akutte døgnenheter skal tilby øyeblikkelig hjelp og liggetiden er kort, vil det trolig være en utfordring å tilby supplerende tilbud. Resultatene tydet allikevel på at mange enheter var opptatt av supplerende tilbud og klarte å tilby et mangfold av mestrings- og tilfriskningsorienterte tilbud som pasienter kunne velge blant.

Noen av hensiktene med aktivitetene som ble oppgitt hyppigst, gikk i stor grad igjen på tvers av aktivitetstilbudene. Det forelå m.a.o. liten grad av differensiering. I løpet av de siste årene har man beveget seg fra synsing til mer dokumentert kunnskap om sammenhengene mellom ulike aktiviteter og ulike objektive og subjektive helseaspekter (Beck-Friis et al., 2007; Cramer et al., 2017; Fancourt & Finn, 2019; Hauge, 2011; Kirkwood et al., 2005; Macy et al., 2018; Underland et al., 2018). Manglende differensiering kan handle om manglende bevissthet om kunnskapsgrunlaget, om

en realisme og pragmatisme knyttet til hva man kan få til, og hva man forventer at pasienter vil få utbytte av innenfor rammene av en akuttinnleggelse. Ettersom enhetene oppga at flere aktiviteter ble vurdert å oppfylle samme hensikt, kunne man kanskje oppleve at valg av type aktivitet var underordnet.

#### **Gjennomføring av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud**

Enhetenes supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ble gjennomført både individuelt og i gruppe. Supplerende tilbud synes derfor å kunne gi mulighet for fleksibilitet og tilpasning. Pasienter kan ha ulike behov og være på ulike steder i behandlingsforløpet. Noen pasienter vil periodevis ha behov for skjerming eller individuell oppfølging og på et senere tidspunkt kunne profitere på gruppetilbud. Følgelig kan både gruppetilbud og individuelle tilbud tilpasses pasientenes ønsker og behov og fremme personsentrering.

De supplerende tilbudene ble gjennomført hovedsakelig kun med pasienter, men pårørende var noe mer involvert i aktivitetstilbudene enn i behandlingstilbudene. Ettersom pårørende ofte er innlagt sammen med barn og unge i døgnakutte enheter, kunne man forventet at disse enhetene i større grad involverte pårørende i supplerende tilbud. Slike tilbud anses å kunne fremme samhold og samspill og gi positive sosiale erfaringer (Nordaunet, 2019). Men under innleggelse vil pårørende også ha egne avtaler, trenge tid alene og trolig ha begrenset tid og kapasitet til å delta.

At behandlingstilbudene ble drevet hovedsakelig av ansatte ved enhetene med formell

fagkompetanse og at aktivitetstilbudene involverte faste ansatte og til dels vikarer, kan tyde på at slike tilbud ble prioritert og forankret lokalt ved enhetene. Det kan tenkes å bidra til å gjøre tilbudene mindre sårbare, enn om fagkompetansen og ansvaret for gjennomføring lå utenfor enhetene eller forutsatte bruk av ekstra ressurser.

Aktivitetstilbudene ble oftere gjennomført sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov) enn systematisk, fast og regelmessig. Ettersom miljøterapeutisk aktivitet tilstreber tilpasning til den enkelte pasient og dennes behov, kan dette ha bidratt til at aktivitetene ble gjennomført mer spontant. Men en kan også spørre seg om det kan skape mer tilfeldighet og fare for at aktivitet nedprioriteres hvis personalet ikke finner tid. Struktur og forutsigbarhet er viktige prinsipper i miljøterapi. Det fører til at pasienter føler seg trygge i miljøet og forebygger at man verken føler seg invadert eller alene (Gunderson, 1978). Gruppeaktiviteter forutsetter ofte planlegging, struktur og regelmessighet. Ifølge Olkowska & Landmark (2009) handler tilrettelegging av den terapeutiske prosessen i miljøterapi bl.a. om å motvirke tilfeldigheter og samtidig utnytte de tilfeldigheter som måtte oppstå, og at miljøterapi også kan gi rom for «terapeutisk spontanitet». At aktiviteter gjennomføres spontant, kan på denne måten også begrunnes faglig.

#### **Vurdering av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud**

Både de supplerende behandlingstilbudene og aktivitetstilbudene ble vurdert med «stor grad» av nytteverdi for enhetenes pasientgruppe. Samtidig varierte det i hvor stor

grad behandlingene og aktivitetene ble tilbudt. Fysioterapi ble eksempelvis vurdert med «stor grad» av nytteverdi av de som hadde det, men bare seks av 21 enheter tilbød dette. Dette kan ansees som et paradoks.

Enhetene oppga at deres lokaliteter og omgivelser «til en viss grad» var egnet for supplerende tilbud. Forhold knyttet til miljø og fasiliteter kan trolig virke hemmende og fremmende i forhold til hva man kan tilby og hvordan dette kan gjennomføres. Omgivelsene, dvs. om enheten lå på landet eller midt i en storby, hva slags lokaliteter og hvilke ressurser man hadde tilgang på, hadde trolig innvirkning på hva man hadde mulighet til å kunne tilby.

Fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet stod «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell til tross for at de fleste tilbudene ble vurdert med «stor grad» av nytteverdi for pasientene. Det kan synes som en særlig motsetning at rekruttering av fagkompetanse sett i forhold til supplerende behandlingstilbud vurderes til «verken eller» å være i fokus ettersom ansvar for dette forutsetter en særskilt kompetanse (jfr. definisjonen). At fokus på fagkompetanse ikke var sentralt ved rekruttering, kan tyde på en manglende bevissthet for hvilke tilbud man ønsker å prioritere. Kanskje ble det litt tilfeldig hva man kunne tilby og til en viss grad bestemt av hvem man hadde rekruttert og hva disse var interessert i. Dette understøttes også av en kartlegging av kulturelle tilbud i psykisk helsevern i Oslo (Nilsson et al., 2009).

Det kan også synes som et paradoks at man på den ene siden vurderte tilbudene

med «stor grad» av nytteverdi for pasientene, samtidig som man i mindre grad vurderte at tilbudene imøtekom pasientgruppens ønsker og behov («verken eller» med tanke på behandling og «til en viss grad» med tanke på aktiviteter). Dette kan tyde på at tilbudene trolig i større grad bør organiseres i samarbeid med pasienter og brukerrepresentanter og forankres i faglig teori og forskningsbasert kunnskap. Forskning har påpekt hvor viktig det er å undersøke hvilke tilbud som engasjerer og verdsettes av brukere og at dette bør være førende for hva som prioriteres (Foye et al., 2020).

## Konklusjon

Helsepolitiske føringer understreker viktigheten av fokusering på autonomi og vektlegger recovery, helhetlige og personsentrerte tilnærminger til behandling. Forskning trekker frem meningsfulle supplerende terapeutiske aktiviteter som viktige for å fremme vekst, velvære og «normalitet i hverdagen» under innleggelse i psykisk helsevern. I fagmiljøene synes det også å være en økende bevissthet og enighet om at kulturelle, kroppslige og bevegelsesorienterte tilnærminger kan bidra til å skape håp og mening og derfor har en naturlig plass i helhetlig helse og omsorg.

Prosjektet har kartlagt tilbud som både representerer variasjon og mangfold, som kan stimulere til sosial og fysisk aktivitet og virke tilfrisknings- og mestringsfremmende.

Prosjektet har gitt relevant og viktig informasjon om supplerende tilbud ved akutte døgnenheter i Norge, og om hvordan disse gjennomføres og vurderes.

I akutte døgnenheter vurderes supplerende tilbud som viktige for å fremme helhetlige og personsentrerte tilnæringer hvor recovery og valgmuligheter står sentralt. Hvilke type tilbud akutte døgnenheter bør ha og hvordan de bør gjennomføres, bør imidlertid adresseres.

Kartleggingen har kun gitt oss innblikk i ansattes perspektiv, ikke i brukernes perspektiv. Pasientens stemme vil være av avgjørende betydning for å få kunnskap om hva som kan bidra til bedring for den enkelte. I videre fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning bør derfor pasientens perspektiv prioriteres.

## Referanser

Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.

Akuttnettverket. (u.å.). Hentet 23. november 2022 fra <https://akuttnettverket.no>

Attard, A. & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067–1078. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8)

Beck-Friis, B., Strang, P. & Beck-Friis, A. (2007). *Hundens betydelse i vården – erfaringer og praktiske råd*. Gothia Førlag.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, S. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA rapport 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Borge, L. (2018). Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (s. 19–33). Fagbokforlaget.

Cramer, H., Anheyer, D., Lauche, R. & Dobos, G. (2017). A systematic review of yoga for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 213, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.006>

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (1998). *Involuntary placement in psychiatric establishments*. <https://atlas-of-torture.org/api/files/15484277701475f1tbaxg9al.pdf>

Fancourt, D. & Finn S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?*

*A scoping review* (Health Evidence Network synthesis report 67). World Health Organization (WHO). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf>

Foye, U., Li, Y., Birken, M., Parle, K. & Simpson, A. (2020). Activities on acute mental health inpatient wards: A narrative synthesis of the service users' perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 482–493. <https://doi.org/10.1111/jpm.12595>

Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry* 41(4), 327–335. <https://doi.org/10.1080/0032747.1978.11023992>

Hauge, H. (2011). *Hestens påvirkning på menneskers psykisk helse og utvikling*. (Litteraturred rapport for hest og helse. En samling utvalgt forskningslitteratur 2010–2011). Institutt for husdyr og akvakulturvitenskap, Universitetet for miljø og biovitenskap (NMBU). Microsoft Word - litteraturoppdrag\_Hest\_og\_Helse\_2010-2011HildeHauge[1] (lundehagen.no)

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Helse-og\\_omsorgsdepartementet](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Helse-og_omsorgsdepartementet) (2015). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>

Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J. & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *British Journal of Sports Medicine* 39(12), 884–891. <http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2005.018069>

Macy, R. J., Jones, E., Graham, L. M. & Roach, L. (2018). Yoga for trauma and related mental health problems: A meta-review with clinical and service recommendations. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(1), 35–57. <https://doi.org/10.1177/1524838015620834>

Malt, U. F., Retterstøl, N. & Dahl, A. A. (2005). *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S. & Nagel, M. (2017). The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), 335–339. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8)

- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (u.å.) *Recovery*. Hentet 23. november 2022 fra Recovery – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg (u.å.). Hentet 23. november 2022 fra <https://kulturoghelse.no>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). *Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services* (oppdatert 2019). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
- Nilsson, B., Nåden, D., Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V. & Slettebø, Å. (2009). Kulturelle aktiviteter ved institusjoner innen psykisk helsevern i Oslo – terapi eller tidtrøytte? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), 44–51. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2009-01-06>
- Nordauet, O. M. (2019). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(2), 70–79. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-02>
- Olkowska, A. & Landmark, B. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*, 9, 52–59. Hentet 23. november 2022 fra <https://docplayer.me/76259-hva-gjor-miljoterapi-til-terapi.html>
- Sivilombudet (2016). *Ungdomspsykiatrisk klinikk på Akershus universitetssykehus. Gode rutiner ved Ahus tross vanskelig lovverk* (Besøksrapport). Ungdomspsykiatrisk klinikk på Akershus universitetssykehus – Sivilombudet
- Sivilombudet (2018). *Sykehuset Østfold, sikkerhetsseksjoner* (Besøksrapport). Sykehuset Østfold, sikkerhetsseksjoner - Sivilombudet
- Sivilombudet (2019). *Besøk til døgnavdeling i det psykiske helsevernet for barn og unge ved Stavanger sykehus* (Besøksrapport). Besøk til døgnavdeling i det psykiske helsevernet for barn og unge ved Stavanger sykehus - Sivilombudet
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2015). 'The Opposite of Treatment': A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67–92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Standal, K. & Heiervang, K. S. (2018). Medisinfri behandling – et omstridt og etterlengtet tilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(04), 335–346. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-07>
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F. & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Underland V., Holte, H. H. & Vist, G. E. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter* (Rapport. Folkehelseinstituttet (FHI)). <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser-over/?fbclid=IwAR1XtGgBL8TuVCj5RrOJotq19ko3NdBuKQuKDEYYNCOG5DRRQagZGWzJluY>
- Vandvik, I. H. (2021). *Miljøterapi*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapi>
- World Health Organization (WHO) (2019). *WHO QualityRights*. <https://qualityrights.org/>