

Prosjektrapport



Kultur, kropp og bevegelse

Kartlegging av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud i
Akuttnettverket

Tittel:	Kultur, kropp og bevegelse – kartlegging av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud i Akuttnettverket
Institusjon:	Akershus Universitetssykehus HF (Ahus), Psykisk helsevern og rus divisjon (PHR), Psykisk helsevern og rus avdeling FOU
I samarbeid med:	Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg
Prosjektleder:	Kari Evelin Arellano Lorentzen, spesialrådgiver, psykologspesialist
Prosjektgruppen:	Jorunn Marie Rørvik, spesialrådgiver, spesialsykepleier innen psykisk helse, MSc Bodil Skiaker, forskningskoordinator Tina Flø Faulkald, prosjektassistent, student profesjonsstudiet i psykologi
Referansegruppen:	Odd Håpnes, Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg Marthe Haugdal, Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg Liv Rose Olderkjær Larsen, Helse Fonna Tarje Tinderholt, Oslo Universitetssykehus May Kristin Sæther, Helse Førde Sonja Grønås, St. Olavs Hospital HF
Prosjekttrådgiver:	Simon R. Wilkinson, overlege, dr.med., rådgiver KvIP/ Akuttnettverket

«Omsorgen, relasjonene, samholdet, samtalene, kjærligheten, vitenskapen, musikken, kunsten, litteraturen, håndverket, naturens puls og storhet representerer muligheter for å oppleve mening. Jeg vil si at verden er meningsmettet, men det betyr ikke at livet alltid fremstår som meningsfylt. Vi må lete for å finne noe som har en klangbunn i oss. Derfor er det ikke kun snakk om å skape mening, tenker jeg, men også å avdekke mening»

Ekeberg, 2021, [1] s. 63

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Innledning.....	7
Bakgrunn for prosjektet.....	7
Formål og mål	10
Metode.....	10
Resultater.....	12
Diskusjon	19
Avsluttende refleksjoner	23
Referanser.....	25
Appendiks A: Innblikk i de ulike supplerende behandlingstilbudene.....	29
Appendiks B: Innblikk i de ulike supplerende aktivitetstilbudene.....	38
Appendiks C: Innblikk i to akuttenheters supplerende tilbud.....	53
Appendiks D: Spørreskjema.....	59

Sammendrag

I desember 2020 gjennomførte Akuttnettverket, i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, en spørreundersøkelse for å kartlegge bruken av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved døgnpsykiatriske akuttenheter for barn, unge og voksne i Akuttnettverket. Prosjektet, som fikk navnet «Kultur, kropp og bevegelse», ble iverksatt ved Psykisk helsevern og rus avdeling FOU, Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om å utforske et område hvor det per i dag finnes lite kunnskap, med et håp om å stimulere til videre fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning.

De supplerende tilbudene som ble kartlagt var tilbud som involverer kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet, kropp- og bevegelsesorienterte praksiser. Disse tilbudene kommer i tillegg til etablert samtalerterapi og medikamentell behandling. I praksis kan det være en glidende overgang mellom supplerende *behandlinger* og *aktiviteter*, men *supplerende behandling* ble her definert som at det foreligger en fagspesifikk kompetanse, en forankring i teori og metode, en individuell terapeutisk hensikt og en individuell tilrettelegging.

Gjennom supplerende behandlings- og aktivitetstilbud kan pasienters egne interesser, ressurser og engasjement fungere som motvekt til sykdom, funksjonsnedsettelse og meningsløshet. Dette er viktig i en tid hvor personsentrerte og recovery-orienterte tilnærminger til behandling vektlegges stadig mer. Så vidt vi vet er det ikke tidligere gjort en kartlegging av supplerende tilbud ved norske akuttenheter.

Prosjektets hovedmål var å få en oversikt over hvilke supplerende behandlings- og aktivitetstilbud enheter i Akuttnettverket tilbyr, hvordan de gjennomføres og hvordan de vurderes. Prosjektets delmål var å få et innblikk i hvorvidt selvmordsforebyggende sikringstiltak og smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer i konflikt med gjennomføring og initiering av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud.

Vi sendte ut et spørreskjema til 80 døgnenheter hentet fra Akuttnettverkets deltakerlister. Med få unntak ble de samme spørsmålene stilt om supplerende behandlingstilbud og aktivitetstilbud. Spørsmålene omhandlet bl.a. om tilbudene gjennomføres individuelt eller i gruppe, kun med pasienter eller med både pasienter og pårørende, av interne eller eksternt ansatte. Vi spurte også om hvordan enhetene vurderer tilbudenes nytteverdi for pasientgruppen og om enhetens lokaler og omgivelser er egnet og tilpasset. Videre ble det spurt om fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet står i fokus ved rekruttering av personell og om det eksisterende supplerende tilbudet ansees å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov. For å få et bedre innblikk i noen av behandlings- og aktivitetstilbudene, ble ansatte ved to enheter intervjuet om sine tilbud i tillegg.

23 av 80 enheter (29%) svarte på undersøkelsen. To enheter hadde ikke akutfunksjon, og ble derfor ekskludert fra analysene. Undersøkelsen gir innblikk i et mangfold av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud. Noen enheter har flere supplerende behandlings- og aktivitetstilbud, andre har ingen eller få. Supplerende behandlings- og aktivitetstilbud vurderes av enhetene til «i stor grad» å ha nytteverdi for enhetens pasientgruppe. Enhetenes lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for tilbudene. Selvmordsforebyggende sikringstiltak vurderes «i liten grad» til å komme i konflikt med

gjennomføring av eksisterende supplerende behandlings- og aktivitetstilbud. Selvmordsforebyggende sikringstiltak vurderes «i liten grad» å komme i konflikt med initiering av andre supplerende behandlingstilbud enheten har planlagt, men derimot «verken eller» å komme i konflikt med initiering av andre aktivitetstilbud enheten har planlagt. Dette er en av to ganger svarene knyttet til behandlingstilbud og aktivitetstilbud skiller seg fra hverandre. Smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 vurderes «til en viss grad» å komme i konflikt med gjennomføringen av eksisterende supplerende behandlings- og aktivitetstilbud. Når det gjelder igangsetting av nye tilbud, kommer smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 «til en viss grad» i konflikt med initiering av andre supplerende behandlings- og aktivitetstilbud enheten har planlagt, og således mer i konflikt enn selvmordsforebyggende tiltak. Fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet står «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell. Det eksisterende supplerende behandlingstilbudet oppleves «verken eller» å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov, og det eksisterende aktivitetstilbudet vurderes «til en viss grad» å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov. Dette er andre gangen svarene knyttet til behandlingstilbud og aktivitetstilbud skiller seg fra hverandre.

Hva som tilbys ved enhetene fremstår som svært ulikt fra sted til sted og kan virke noe tilfeldig. Man aner en tendens til at enhetene med flere tilbud, tilbyr supplerende behandlinger og aktiviteter som befinner seg innenfor samme faglige tilnærming. Dette kan være en utfordring mht. likeverdige helsetjenester av recovery-orientert karakter. Det kan også se ut til at det ikke er naturlig å skille mellom behandling og aktivitet i praksis, og at flere enheter vurderer aktivitetene som del av behandlingen. At flere av tilbudene vurderes «i stor grad» med nytteverdi, men tilbys i varierende grad ansees som et paradoks. Selvmordsforebyggende sikringstiltak er antakelig så godt integrert i akuttpsykiatrisk praksis at det ikke kommer i konflikt med gjennomføring av supplerende tilbud. Smittevern fremstår såpass uvant at det antakelig utfordrer hverdagen, og blir en større barriere for supplerende tilbud. I en hektisk akutt-psykiatrisk hverdag kan øyeblikkelig hjelp og kort liggetid antakelig også være en utfordring. At lokaler og omgivelser bare ansees «til en viss grad» som egnet, og at fagkompetanse innen supplerende tilbud «verken eller» står i fokus ved rekruttering fremstår også som mulige hindre. At supplerende behandling «verken eller», og supplerende aktiviteter bare «til en viss grad», ansees å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov tyder på at tilbudene i større grad bør organiseres i samarbeid med brukere og integreres som en del av et helhetlig tilbud basert på faglig teori, evaluering og forskningsbasert kunnskap.

Innledning

Da de første psykiatriske institusjonene i Norge ble etablert på 1800 tallet lå de landlig til og var tilknyttet gårdsdrift. Dette medførte at frisk luft, bruk av kroppen, håndverk og meningsfull virksomhet stod sentralt i behandlingen [2]. I løpet av forrige århundre gikk psykiatrien gjennom store endringer. De store institusjonene ble nedlagt. Tilbudet ble desentralisert mot poliklinisk og ambulant behandling i nærmiljøet. Nedbyggingen av institusjonstilbudet gikk raskere enn oppbyggingen av det lokale tilbudet. Antall døgnplasser ble sterkt redusert, med økt press på plassene, en betydelig sykere pasientgruppe, og kortere institusjonsopphold som resultat [3]. Med omleggingen økte også graden av passivitet og inaktivitet for pasientene [2]. Kunnskapsutviklingen innen psykiatri har vært preget av et medisinsk perspektiv som kan ha bidratt til et unaturlig skille mellom kropp, sinn og miljø. I tillegg til medikamenter, har samtalen lenge vært den rådende inngangsporten til behandling, på bekostning av en mer helhetlig tilnærming som inkluderer det man kan kalle «den levende kroppen». Fra dette perspektivet er kroppen noe man er, - ikke har, og kroppslige erfaringer, erkjennelses- og uttrykksformer vektlegges. De siste årene har kroppsfenomenologi, hermeneutikk og salutogenese bidratt til å forstå og vektlegge betydningen av det sanselige og meningssøkende. Egenkraft, egenaktivitet, hjelp til selvhjelp, ressurser og mestring har fått større fokus, og både kropp og sinn er tatt mer i bruk i en sosial og kulturell sammenheng [2].

Bakgrunn for prosjektet

Mange steder er samtaleterapi og medikamentell behandling fortsatt de rådende tilnærmingene til arbeid med psykiske lidelser [4]. Ved døgnpsykiatriske akutenheter er miljøterapi også en essensiell del av behandlingen. Miljøterapi innebærer bl.a. å gi den enkelte pasient struktur og rammer for dagen slik at man bedre kan delta i fellesskapet på egne premisser [5]. Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg av de ressurser omgivelsene til enhver tid gir. Gjennom samhandling legges det til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst – og å styrke pasientenes egenomsorg. Det varierer mellom å støtte og utfordre, i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for den enkeltes egenverd og integritet [6, s. 78]. I praksis inkluderer miljøterapi ofte bruk av det som kan kalles supplerende behandlinger og aktiviteter. I denne sammenheng indikerer det å være supplerende å være komplimenterende. Supplerende behandling og aktivitet vurderes som likeverdig annen etablert behandling, selv om kunnskapsgrunnlaget og utbredelsen er ulik.

Kartleggende litteratursøk har vist at det mangler kunnskap og litteratur om supplerende tilbud ved akutenheter i Norge. Fra utenlandsk forskning vet vi at inneliggende pasienter i psykisk helsevern beskriver døgnopphold som lite tilfrisknings- og mestringsfremmende [7]. Inaktivitet og kjedsomhet er et stort problem, som relateres til lav brukertilfredshet, frustrasjon, aggresjon, selvskade og tvangsbruk [7, 8]. Fra tilsyn ved døgnenheter i psykisk helsevern har Sivilombudsmannen beskrevet varierte og meningsfulle aktiviteter som avgjørende for fysisk og mental velvære, og påpekt rom for forbedring [9-11]. I Europarådets torturkomité sine standarder (CPT) [12], som Sivilombudsmannen bl.a. benytter som grunnlag, kan man lese; «*Psychiatric treatment should be based on an individualized approach, which*

implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve 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» [12, s. 4]. Rapporten om pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern (PasOpp undersøkelser) etterlyser behandling og tilbud som fremmer mestring og som gir tro på et bedre liv etter utskrivelse. Aktivitetstilbudet ved døgninstitusjonene fremstår ikke tilfredsstillende [13].

I 2009 ble det gjennomført en kartlegging av kulturelle aktiviteter ved 47 institusjoner innen psykisk helsevern i Oslo (poliklinikker, dagsenter og sykehusposter). Kartleggingen tok for seg ulike kunstneriske terapiformer (musikk, kunst, dans, drama) og kunstrelaterte samværsformer og oppsøkende kulturkonsum (konserter, bibliotek, utstillinger). Resultatene fra undersøkelsen indikerte store forskjeller mellom institusjonenes «kulturprioritering, men «kunstenes» nærvær synes å være verdsatt ved de fleste av institusjonene. Kunstbaserte terapiformer var meget begrenset, og kulturens plass virket noe tilfeldig organisert, til tross for at positive sammenhenger mellom kultur og helse kan dokumenteres. Kulturaktiviteter så i liten grad ut til å være resultat av en overordnet behandlingsfilosofi eller retningslinjer for praksis [14].

Det er også gjennomført noen brukerundersøkelser knyttet til supplerende tilbud, som hos FIRE – Stiftelsen Ett skritt videre, som er et etterverns tilbud for mennesker med vansker relatert til rusmisbruk og/eller psykiske lidelser. Tilbudet, som omfatter fysiske og kreative aktiviteter som sport, sang og musikk ble vurdert som et godt supplement for flere i målgruppen. Etter deltagelse ble det rapportert større grad av både mestring, tilhørighet og delaktighet, og en tredel av deltakerne mente tilbudet hadde bidratt til endringen [15].

Helsepolitiske føringer

I Norge har det fra statlig hold vært økende oppmerksomhet mot betydningen av kultur, kropp og bevegelse for psykiske helse. I 2009 publiserte Miljøverndepartementet en rapport som beskrev bruken av natur som kilde til økt livskvalitet og bedre psykisk helse [16]. I 2014 ble Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg etablert med forankring i Stortingsmelding nr. 29 [17] og nr. 15 [18] for å utvikle og dokumentere sang, dans og andre kulturuttrykk i en helse- og omsorgsfaglig ramme. Stortingsmelding nr. 29 påpekte at omsorgstjenestene ikke ivaretok forebyggende virksomhet, opptrening, rehabilitering, fysisk, sosial og kulturell aktivitet tilstrekkelig, og ønsket større vektlegging av sosiale, eksistensielle og kulturelle behov gjennom sosial og fysisk aktivisering. Selv om meldingen særlig omhandlet eldreomsorgen, oppfordret den til å benytte kunst og kultur innovativt til å utvikle nye metoder og faglige tilnærminger til helse- og omsorgstjenestene. Den påpekte også at kultur og omsorg må kombineres i tverrfaglig samarbeid for å stimulere kropp og sjel gjennom bruk av f.eks. dans, musikk, kunst og kulturaktiviteter som stimulerer den enkeltes evner, interesser og livshistorie [17]. Verdens Helse Organisasjon (WHO) skisserer et generelt behov for helsetjenester som ivaretar individuelle og flerdimensjonale behov [19]. WHO har også tatt et omfattende initiativ for å fremme kvalitet og menneskerettigheter i psykisk helsearbeid. I denne sammenheng står recovery sentralt og helsepersonell oppfordres bl.a. til å engasjere

pasienter i oppløftende terapeutiske praksiser som involverer kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet m.m. [20].

Nasjonal helse- og sykehusplan [21] ønsker å fornye og forbedre helsetjenesten ved å vektlegge recovery og brukermedvirkning gjennom valgmuligheter og bredde i behandlingstilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet har satt et mål om at det legges til rette for legemiddelfrie behandlingstilbud [22], og blant behandlingsmetodene er kunst- og uttrykksterapi, fysisk og sosial aktivitet, psykomotorisk fysioterapi og Illness Management and Recovery (IMR). Disse behandlingsmetodene vektlegger blant annet mestring, velvære og økt livskvalitet gjennom kreative uttrykk, fysisk aktivitet, fritid og rekreasjon [23]. Videre beskriver lov om spesialisthelsetjenester hvordan tjenestene skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming [24]. Fra et brukerperspektiv er det også ønskelig å utvikle gode behandlingsskulturer for tilfriskning og ikke-medikamentell behandling [25]. Recovery-orienterte praksiser beskrives som alternativ til biomedisinske tilnærminger. Et mangfoldig behandlingstilbud vektlegges, og fysisk aktivitet og bevegelse fremheves som viktig [26].

Faglig grunnlag

For både unge og voksne, mennesker med lette og moderate lidelser (som angst og depresjon), og mer alvorlige psykiske lidelser (som psykose), ansees kunsten, musikken og dansen å kunne gi supplerende støtte til tradisjonelle medikamentelle og psykologiske tilnærminger [27]. Regelmessig fysisk aktivitet kan også ha stor betydning for psykisk helse [28-30], ved f.eks. å fremme kognitiv funksjon [31], samt forebygge og redusere depresjon [28, 31-33]. I kombinasjon med annen behandling, kan fysisk aktivitet også ha betydning for angstlidelser [34]. Effekten av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser er fremdeles begrenset, men det betyr ikke at fysisk aktivitet ikke har betydning ved alvorlig psykisk lidelse [35, s. 29]. Styrketrening i behandling for pasienter med rusproblematikk har vist at trening kan redusere flere risikofaktorer; som fare for fall og brudd, og livsstilsrelaterte sykdommer [36]. Sanseregulerende behandling, som bruk av sanserom med f.eks. massasjestoler, vektete tepper, aromaterapi, musikk, og stressballer, har gitt signifikant reduksjon i bruk av tvang og isolasjon for inneliggende pasienter, og implementeres aktuelt v/ mange døgnavdelinger i Danmark [37]. Yoga, som er en kropporientert og mindfulness-basert tilnærming, har vist effekt på stress [38]. Yoga kan også redusere depressive symptomer [39-46], og være et nyttig supplement ved forhøyede nivåer av angst [44, 47, 48]. Ved tilstander som angst-, depresjons- og traumelidelser er stressregulering [40, 49, 50], selvregulering [51], oppmerksomt nærvær [40, 52], økt affekttoleranse [50], selvmedfølelse [40], tilhørighet og mobilisering av egenkraft [53] bl.a. trukket frem som yogaens mulige virkningsmekanismer. Kontakt, eierskap og kontroll over kroppen ansees som særlig betydningsfullt for traumepasienter [50, 54] og de ferdighetene som erverves antas å kunne gi økt utbytte av samtalerapi og medikamentell behandling [52].

Forskning på interaksjon mellom mennesker og dyr viser positiv effekt på fysisk og psykisk helse. Gjennom sin sosiale støtte kan f.eks. hunder bidra med trygghet, kjærlighet, fellesskap, oppmerksomhet, glede og økt selvspekt [55]. Å lære mer om å gi omtanke og å ta lederrollen, kan også være effekten av omgang med hund. Kontakt med hest kan gi økt

selvtillit og mestringssevne, bidra til utvikling av handlingskraft, fremme kommunikasjonsferdigheter og til å takle redsel [56].

Samtidig som betydningen av ulike supplerende tilbud for helsen stadig dokumenteres, er det også meldt bekymring for at supplerende helsefremmende praksiser, som kunstnerisk aktivitet, i for stor grad kan tvinges inn i en medisinsk ramme og begrepsfestes som terapi eller behandling i helsetjenestene. Krav til evidens, resultat- og utfallsorientert tenkning kan i noen tilfeller medføre avkall på kunstneriske og filosofiske betydninger, som prosessen underveis og verdien av samspill [57]. Supplerende helsefremmende praksiser er viktige fordi de kan fremme eksistensiell helse, som handler om hvordan vi klarer å skape mening og livskvalitet når livet erfares som vanskelig og smertefullt [1]. Derfor kan eksistensiell helse bl.a. være nyttig å forstå når kultur, kropp og bevegelse inkluderes i arbeid med psykisk helse.

Eksistensiell helse handler om å ha en kapasitet for konstruktiv endring, indre styrke og forankring i eget liv, som gjør at man finner harmoni og kjenner seg «hjemme i seg selv», til tross for sykdom og belastning. Det handler om å ha ressurser i form av mot, ro, tro, håp og kreativitet, som gir beskyttelse i møte med livets lidelse, plager og problemer. Eksistensiell helse er knyttet til ens retning, verdier, mening, og hensikt i livet, til opplevelse av helhet, sammenheng og seg selv som en del av noe større. Eksistensiell helse går på tvers av alle dimensjoner av helse og favner bl.a. religiøse, åndelige, og livsfilosofiske perspektiv [1, 58, 59]. WHO's definisjon av helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære har møtt skepsis [60, 61]. Filosofen Illich har beskrevet en alternativ definisjon som gjenspeiler hva det vil si «å leve et liv». I følge Illich innebærer god helse evnen til å tilpasse seg livets forandringer, til å vokse og eldes, til å holde ut og mestre lidelse og død [1, 62].

Formål og mål

Prosjektets formål var å utforske bruken av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved døgnpsykiatriske akuttenheter, siden dette er et område hvor det finnes lite annen kunnskap. Ved å sette fokus på tematikken var det ønskelig å stimulere til videre fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning på feltet kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet, kropp- og bevegelsesorienterte praksiser i arbeid med psykisk helse.

Prosjektets hovedmål var å få en oversikt over hvilke supplerende behandlings- og aktivitetstilbud enhetene tilbyr, hvordan de gjennomføres og hvordan de vurderes av enhetene. Prosjektets delmål var å få innblikk i hvorvidt selvmordsforebyggende sikringstiltak og smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer i konflikt med gjennomføring og initiering av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud.

Metode

Deltakere

Prosjektet innebar å sende ut et spørreskjema til 80 døgnenheter i Akuttnettverket, som ble gjenkjent som akuttenheter innen offentlig psykisk helsevern, på deltakerlistene til Akuttnettverkets samlinger. Informasjon om prosjektet og spørreskjema ble sendt til 2-3

ansatte ved 80 enheter. Det ble sendt ut én påminnelse etter en uke. Deltakelse var frivillig. Spørreundersøkelsen skulle besvares en gang per enhet, av leder eller på oppdrag fra vedkommende.

Spørreskjema

Spørreundersøkelsen inneholdt totalt 124 spørsmål og tok 10-20 min å besvare (se Appendiks D s. 59). Første del av spørreskjemaet tok for seg supplerende *behandlingstilbud*. Andre del tok for seg supplerende *aktivitetstilbud*. I praksis kan det være en glidende overgang mellom supplerende *behandlinger* og *aktiviteter*, men *supplerende behandling* ble definert som at det foreligger en fagspesifikk kompetanse, en forankring i faglig teori og metode, en individuell terapeutisk hensikt og en individuell tilrettelegging.

Spørsmålene omhandlet bl.a. om tilbudene gjennomføres individuelt eller i gruppe, kun med pasienter eller med både pasienter og pårørende, av interne eller eksternt ansatte. Det ble også spurt om hvordan enhetene vurderer tilbudenes nytteverdi for pasientgruppen, om enhetens lokaler og omgivelser er egnet og tilpasset, om fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet står i fokus ved rekruttering av personell og om det eksisterende supplerende tilbudet ansees å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov. Spørreundersøkelsen skulle besvares en gang per enhet, av leder eller på oppdrag fra vedkommende. Pasienter eller brukerorganisasjoner fikk ikke tilsendt spørreskjema.

Undersøkelsen inneholdt utsagn som deltakerne skulle ta stilling til 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». På noen spørsmål var det også anledning til å svare med fritekst. Noen svar gjengis som deskriptiv opptelling/statistikk. Andre svar ble regnet om til gjennomsnitt og medianverdier. De åpne svarene ble systematisert, og det ble gjort en enkel, kvalitativ innholdsanalyse.

Intervju

For å få et bedre innblikk i noen av behandlings- og aktivitetstilbudene, ble ansatte ved to enheter invitert til dybdeintervju om sine tilbud. Dette var enheter som hadde flere tilbud, og som prosjektgruppen derfor vurderte som nyttige for andre å kjenne til. To ansatte v/ Akuttenheten ved Valen Sykehus, Helse Fonna og fire ansatte v/ akuttenheten ved BUP Innlandet takket ja til å delta i digitalt fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på 90 minutter. Informasjonen fra intervjuene ble ikke gjort til gjenstand for analyse, men gjengitt i kortfattet form.

Etikk

Personvernombud (PVO) ved Ahus vurderte at det ikke skulle samles inn personopplysninger i prosjektet, og at personvernlovgivningen ikke kom til anvendelse.

Svarrespons spørreundersøkelse

23 av 80 enheter svarte på skjemaet. Det gav en svarrespons på 29%. To enheter hadde ikke akuttfunksjon, og ble derfor ekskludert fra analysene. Svar fra 21 enheter inngikk derfor i analysene.

Resultater

Enheter som deltok i kartleggingen

Av de 21 deltakende enhetene oppga seks enheter tilhørighet til psykisk helsevern barn og unge og fire enheter oppga tilhørighet til psykisk helsevern voksne. 11 enheter oppga ikke tilhørighet. 11 var rene akuttenheter, mens seks enheter hadde både akutte og elektive, lengre innleggelser. Det var fire enheter som ikke oppga om de var ren akuttenhet eller om de hadde både akutte og elektive, lengre innleggelser.

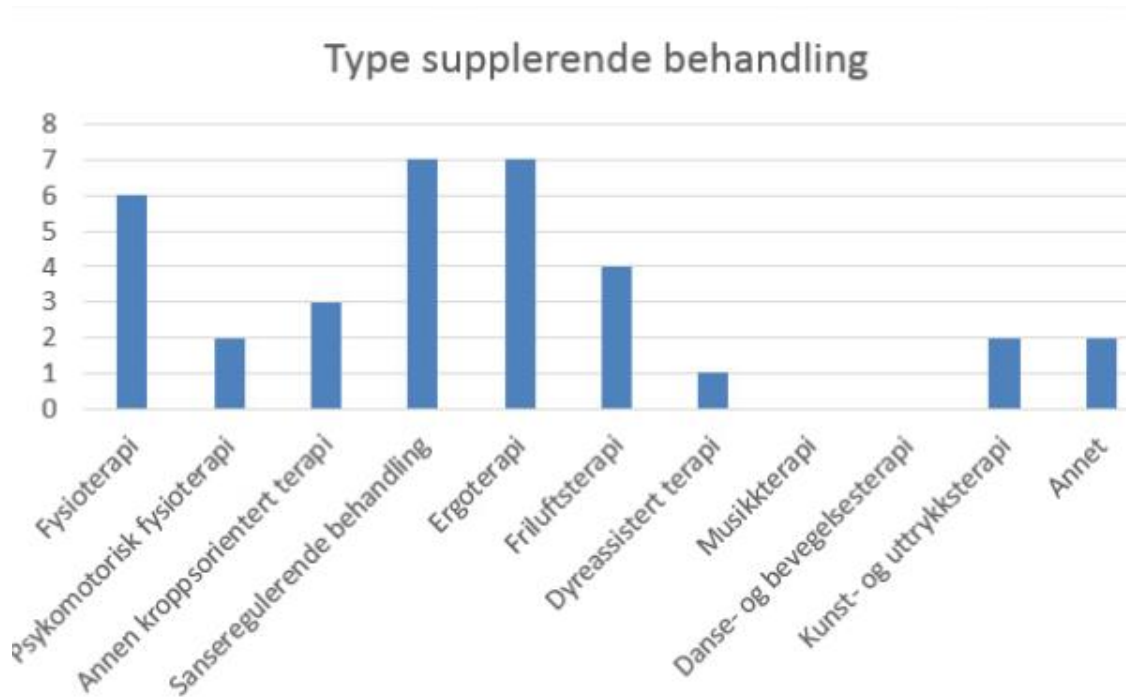
Hva slags supplerende behandlingstilbud tilbyr enhetene?

Seks enheter tilbyr fysioterapi, to enheter tilbyr psykomotorisk fysioterapi, tre enheter tilbyr annen kropporientert behandling (eks. sensorimotorisk psykoterapi, terapeutisk mindfulness, yogaterapi o.l.) og sju enheter tilbyr sanseregulerende behandling (eks. lysterapi og virtuell mørketerapi, sanserom med massasje, boblebadekar, kuledyne, kulemadrass o.l.). Videre tilbyr sju enheter ergoterapi (eks. ADL trening), fire enheter friluftsterapi, en enhet dyreassistert terapi (eks. bruk av terapihund, terapiridning o.l.) og to enheter kunst- og uttrykksterapi. Avslutningsvis oppga to enheter at de tilbyr alternativet «annet», og spesifiserte at dette er individuelt tilpassede aktivitetstilbud som tur, gymsal, fotball, bordtennis, tredemølle, formingsaktiviteter, baking og «vanlig» miljøterapi med fokus på fysisk aktivitet. Siden dette er tilbud som kartlegges i undersøkelsens andre del, som omhandler supplerende aktivitetstilbud, ble ikke behandlingstilbudene oppgitt under «annet» inkludert i analysene av supplerende behandlingstilbud. Ingen enheter oppga at de tilbyr musikkterapi eller danse- og bevegelsesterapi.

Fysioterapi, ergoterapi og sanseregulerende behandling tilbys hyppigst ved enhetene. Noen enheter har flere supplerende behandlingstilbud, andre har få eller ingen supplerende behandlinger. Åtte enheter har ett supplerende behandlingstilbud. En enhet har to supplerende behandlingstilbud. Fire enheter har tre supplerende behandlingstilbud. Tre enheter har fire supplerende behandlingstilbud. Det var fem enheter som ikke tilbyr noen supplerende behandlingstilbud. Av disse var to rene akuttenheter, to enheter har tilhørighet til psykisk helsevern barn og unge, både akutt og elektiv, og den siste enheten har kun oppgitt tilhørighet til psykisk helsevern voksne.

For en oversikt over hvor mange enheter som tilbyr hver av de supplerende behandlingstilbudene, se figur 1.

Figur 1:



Hvordan supplerende behandlingstilbud gjennomføres

Ved noen enheter blir behandlingene gjennomført kun individuelt eller kun i gruppe, men når en ser alle enheter under ett, ble alle, unntatt psykomotorisk fysioterapi, gjennomført både individuelt og i gruppe¹. Behandlingstilbudene gjennomføres hovedsakelig kun med pasienter. Bare en gang oppga en enhet at et supplerende behandlingstilbud gjennomføres med både pasienter og pårørende². De gjennomføres primært av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse (ikke eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.)³.

For detaljert innblikk i hvordan de ulike supplerende behandlingene gjennomføres og vurderes, se Appendiks A s. 29.

Hvordan supplerende behandlingstilbud vurderes

For enhetens pasientgruppe vurderes supplerende behandlingstilbud «i stor grad» å ha nytteverdi⁴ og «verken eller» å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov (Jf. tab. 1, spm. 1 og 6). Når det gjelder enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes disse «til en viss grad» å være egnet for å kunne tilby supplerende behandling (Jf. tab. 1, spm. 2).

Selvmondsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med både gjennomføring

¹ Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. gruppe eller individuelt

² Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. kun med pasienter eller med både pasienter og pårørende

³ Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. eksternt ansatte utenfor enheten eller ansatte ved enheten

⁴ Siden flere av de 21 deltagende enhetene hadde flere behandlingstilbud og har svart for flere supplerende behandlingstilbud er N=31. N varierer fortløpende med hvor mange svar man har fått på de ulike spørsmålene

av eksisterende supplerende behandling og initiering av nye supplerende behandlinger (Jf. tab. 1, spm. 3 og 7). Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med både gjennomføring av eksisterende supplerende behandling og initiering av nye supplerende behandlinger (Jf. tab. 1, spm. 4 og 8). Fagkompetanse innen supplerende behandlingstilbud står «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell (Jf. tab. 1, spm. 5).

Tabell 1:

Nr.	Spørsmål	N	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 kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av supplerende behandling?	31	7	15	2	5	2	2,19	2,00
4.	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av supplerende behandling?	31	4	3	2	20	2	3,29	4,00
5.	I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende behandling i fokus ved rekruttering av personell?	21	2	7	5	7	0	2,81	3,00
6.	I hvilken grad oppleves det eksisterende supplerende behandlingstilbudet å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov?	21	3	5	5	6	2	2,95	3,00
7.	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende behandlingstilbud enhetene har planlagt?	21	6	5	1	7	2	2,71	2,00
8.	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende behandlingstilbud enhetene har planlagt?	21	3	2	1	13	2	3,43	4,00

Hva slags supplerende aktivitetstilbud tilbyr enhetene?

19 enheter tilbyr fysisk aktivitet inne (eks. ballspill, boksesekk, treningsapparater i gymsal o.l.), 19 enheter tilbyr fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (eks. gåturer i nærområdet, ballspill) og 15 enheter tilbyr fysisk aktivitet ute i naturen (eks. lengre turer i skog og mark,

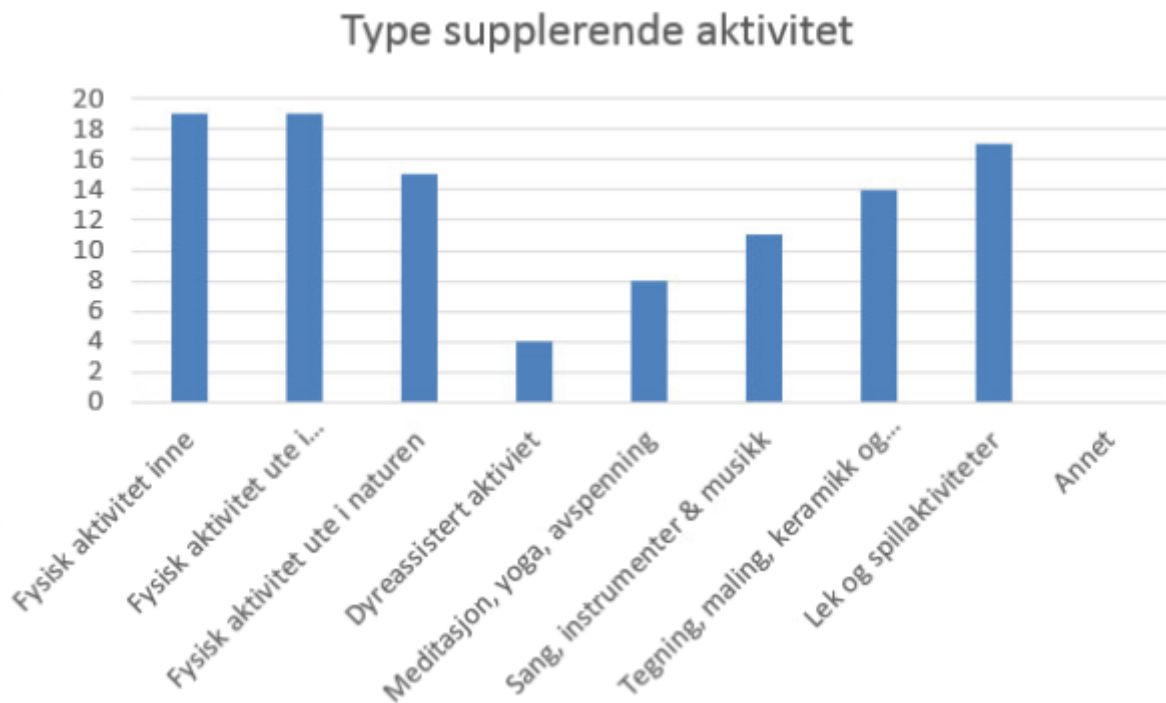
padling, sykling o.l.). Videre tilbyr fire enheter dyreassistert aktivitet (mulighet for kontakt med dyr), åtte enheter meditasjon, yoga, avspenning og 11 enheter sang, bruk av instrumenter og musikk. 14 enheter tilbyr tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter og 17 enheter tilbyr lek og spillaktiviteter (interaktive dataspill, kortspill, yatzy, puslespill etc.). Ingen av enhetene oppga at de tilbyr alternativet «Annet».

Fysisk aktivitet inne (eks. ballspill, boksesekk, treningsapparater i gymsal o.l.), fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (eks. gåturer i nærområdet, ballspill), fysisk aktivitet ute i naturen (eks. lengre turer i skog og mark, padling, sykling o.l.), samt lek og spillaktiviteter (interaktive dataspill, kortspill, yatzy, puslespill etc.) tilbys hyppigst ved enhetene.

Undersøkelsen viser at noen enheter har flere supplerende aktivitetstilbud, mens andre har kun en supplerende aktivitet. To enheter tilbyr ett aktivitetstilbud. Fire enheter tilbyr tre aktivitetstilbud. En enhet tilbyr fire aktivitetstilbud. To enheter tilbyr fem aktivitetstilbud. Seks enheter tilbyr seks aktivitetstilbud. Fem enheter tilbyr sju aktivitetstilbud. En enhet tilbyr åtte aktivitetstilbud.

[For en oversikt over hvor mange enheter som tilbyr hver av de supplerende aktivitetstilbudene, se figur 2.](#)

Figur 2:



Hvordan supplerende aktivitetstilbud gjennomføres

Ved noen enheter blir noen av aktivitetene gjennomført kun individuelt eller kun i gruppe, men når en ser alle enheter under ett, ble samtlige aktiviteter gjennomført både individuelt og

i gruppe⁵. Aktivitetstilbudene gjennomføres omtrent fire ganger så ofte kun med pasienter som med både pasienter og pårørende⁶. Supplerende aktivitetstilbud gjennomføres omtrent tre ganger så ofte sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov) som systematisk, fast og regelmessig⁷. Faste ansatte har «til en viss grad» ansvar for gjennomføring av aktivitetene (i motsetning til innleid personell, vikarer, ekstravakter osv.)⁸.

For detaljert innblikk i hvordan de ulike supplerende aktivitetstilbudene gjennomføres og vurderes, se Appendiks B s. 38.

Hensikten med supplerende aktiviteter

Gjennom åpne spørsmål med svar i fritekst oppgir enhetene et mangfold av hensikter med de supplerende aktivitetstilbudene. Dette er hensikter som begrepsmessig ikke alltid er så lett å skille fra hverandre og som kan anses å være overlappende aspekter ved helse, funksjon og mestring. Noen av de hensiktene som oppgis hyppigst, og i stor grad går igjen på tvers av de supplerende aktivitetstilbudene, er:

- Som fritidsaktivitet, for å fylle tiden, aktivisere, interesseskapning
- For å fremme mestring, funksjon, mobilisere ressurser
- For å fremme samspill, samhold, relasjonsbygging, sosial kompetanse

Andre hensikter som nevnes er:

- Individuell tilrettelegging i behandlingssøymed/observasjon, kartlegging
- Som avledning
- Som en del av behandlingen/miljøterapien (f.eks. for angst, depresjon og søvnforstyrrelser etc.), for å bidra til bedring
- For å normalisere/oppretholde normalitet
- For å fremme fysisk helse, fysisk aktivitet
- For å fremme levevaner, velvære og helse
- Lære å regulere aktiveringsnivå, muskulære spenninger
- Jobbe med følelser, fleksibilitet vs. rigiditet

Hvordan supplerende aktivitetstilbud vurderes

For enhetens pasientgruppe vurderes supplerende aktivitetstilbud behandlingstilbud til «i stor grad» å ha nytteverdi⁹ og «til en viss grad» å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov (Jf. tab. 2, spm. 1 og 6). Når det kommer til enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes disse «til en viss grad» å være utformet og egnet for å kunne tilby supplerende aktivitetstilbud (Jf. tab. 2, spm. 2). Gjennomføring av eksisterende supplerende aktivitetstilbud kommer «i liten

⁵ Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. gruppe eller individuelt

⁶ Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. kun med pasienter eller med både pasienter og pårørende

⁷ Man kunne krysse av på en av, eller begge alternativene, mht. sporadisk eller systematisk

⁸ Undersøkelsen kartla ikke i hvilken grad faste ansatte har ansvar for gjennomføringen av hver enkelt av de ulike typene supplerende aktivitetstilbud

⁹ Siden flere av de 21 deltagende enhetene hadde flere behandlingstilbud og har svart for flere supplerende behandlingstilbud er N=106. N varierer fortløpende med hvor mange svar man har fått på de ulike spørsmålene.

grad» i konflikt med selvmordsforebyggende sikringstiltak mens initiering av nye supplerende aktiviteter kommer «verken eller» i konflikt disse. (Jf. tab. 2, spm. 3 og 7). Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av supplerende aktivitetstilbud og initiering av nye supplerende aktiviteter (Jf. tab. 2, spm. 4 og 8). Fagkompetanse innen supplerende aktivitetstilbud står «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell (Jf. tab. 2, spm. 5).

Tabell 2:

Nr.	Spørsmål	N	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 kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av supplerende aktivitetstilbud?	107	21	39	4	37	6	2,56	2,00
4.	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av supplerende aktivitetstilbud?	107	14	30	3	55	5	2,90	4,00
5.	I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende aktivitetstilbud i fokus ved rekruttering av personell?	21	3	6	4	7	1	2,86	3,00
6.	I hvilken grad oppleves det eksisterende supplerende aktivitetstilbudet å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov?	21	1	1	2	12	5	3,90	4,00
7.	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende aktivitetstilbud enhetene har planlagt?	21	2	5	5	8	1	3,05	3,00
8.	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende aktivitetstilbud enhetene har planlagt?	21	1	3	2	13	2	3,57	4,00

Innblikk i to akuttenheters supplerende tilbud

Mestring og tilfriskning – et innblikk i et levende terapeutisk miljø ved Valen sjukehus, Helse Fonna

Valen sjukehus¹⁰ tilbyr i dag et stort spekter av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud som kommer akuttposten til gode. Noen tilbud har lang tradisjon som en integrert del av behandlingen. Andre tilbud er nyere. I mange tilfeller har ansatte vært pådrivere til at tiltakene ble iverksatt.

Sanseregulerende behandling er et av tilbudene. Sykehuset har etablert et «stillerom¹¹». Rommet er innredet slik at det skal hjelpe pasienter til å slappe av og finne ro gjennom stimulering av syn, hørsel, følelse og lukt. Man har erfart at bruk av «stillerommet» har ført til reduksjon av aggresjon. Sykehuset driver forskning på lysregulerende terapi og har et eget «lysrøm». Pasienter med depresjon/søvnproblemer kan få ordinert lysterapi, og pasienter med bipolar lidelse/søvnproblemer kan få tilbud om «oransje briller» som blokkerer blått lys, slik at hjernen oppfatter dagslyset som borte.

Sykehuset tilbyr også friluftsterapi/ fysisk aktivitet i naturen. Ettersom avdelingen ligger landlig til, med naturen like utenfor døren, ligger det spesielt godt til rette for dette. Fysisk aktivitet har vært en del av behandlingen i 25 år. Avdelingen tilbyr ukentlig turgruppe. Det kan være fjellturer, turer til Baroniet i Rosendal m.m. De har et ukentlig gruppetilbud hvor pasienter bidrar med vedlikehold av områdene som benyttes til aktiviteter, som å bygge broer over bekker, lage lavvo og utbedre stier. Akuttposten har tilgang til fiskeutstyr, kajaker, båt, sykler, styrketreningsrom og gymsal med klatrevegg.

Sykehuset har lang tradisjon for aktiviteter innen kunst og håndverk og tilbyr pasientene kunst og uttrykksterapi og kreative aktiviteter som tegning, maling, keramikk m.m. Institusjonen har en arbeidsstue og et snekkerverksted med mye utstyr.

For nærmere innblikk i Helse Fonnas supplerende tilbud; Se Appendiks C s. 53.

Yoga og dyr i arbeid med barn og unge - kontakt og relasjon står i fokus ved BUP akutt, Sykehuset Innlandet

Sanderud¹² sykehus er en del av sykehuset Innlandet. Blant supplerende behandlinger og aktiviteter ved BUP akutt finner man MediYoga, dyreassistert aktivitet, sang, musikk og andre kreative aktiviteter.

MediYoga er et frivilling lavterskel-tilbud uten krav til prestasjon. De som ikke ønsker å delta i grupper, får tilbud om individuell yogatime. Yogaøvelsene er enkle og bevegelsene er rolige, men kan være krevende for noen ettersom man sitter og ligger lenge stille. Ved BUP akutt er erfaringen at yoga kan bidra til å dempe angst og stress, og pasienter med anoreksi kan ha god nytte av arbeid med kroppsbevissthet og kroppsbilde.

¹⁰ <https://helse-fonna.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/valen-sjukehus>

¹¹ <https://helse-fonna.no/seksjon-avdeling/Documents/Psykisk%20helsevern/Poster%20rolige%20rommet.pdf>

¹² https://no.wikipedia.org/wiki/Sanderud_sykehus

Et annet tilbud ved BUP akutt, er dyreassistert aktivitet. Det er institusjons-skolen¹³, InnPed (Innlandet Pedagogiske Kompetanse- og Veiledningstjeneste) som har ansvar for dette. Skolen ligger ca. 300 m. fra sykehuset, har stor hage og er omkranset av skog. Skolen har drevet med dyreassistert intervensjon i 15 år. De har ulike tilbud knyttet til kontakt med dyr som er testet og egnet til formålet. Fire dager i uken disponerer de en hund som benyttes til å stimulere og legge til rette for læring. Hunden er med og henter elever, brukes som pauseaktivitet for elevene og til «walk and talk» med elever og lærere. Skolen disponerer et eget «hunderom» som brukes som klasserom hvis eleven ikke ønsker å gå inn på skolen. To dager i uken er det uteskole. Man reiser da til en gård med hester, ponnier, høner og katter hvor elevene får stelle dyrene. De fleste elevene har stort utbytte av å være sammen med dyr. Hver dag ser de ansatte på skolen hvor nyttige dyrene er. Elevene blir roligere og mange opplever mindre angst når dyret, og ikke de selv, er i fokus. Elevene kan trygges og ansvarlig gjøres ved f.eks. å ta ansvar for stell, holde hund i bånd osv.

For nærmere innblikk i Sykehuset Innlandets supplerende tilbud; Se Appendiks C s.53.

Diskusjon

Viktigste resultat – en oppsummering

Fysioterapi, ergoterapi og sanseregulerende behandling tilbys hyppigst ved enhetene. Fysisk aktivitet inne, fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område, fysisk aktivitet ute i naturen, samt lek og spillaktiviteter er de hyppigst tilbudte aktivitetene ved enhetene.

Noen enheter har inntil fire supplerende behandlingstilbud, andre har få eller ingen. Når det gjelder supplerende aktiviteter varierer dette fra ett til åtte tilbud. Enhetenes supplerende behandlings- og aktivitetstilbud gjennomføres både individuelt og i gruppe. Både behandlings- og aktivitetstilbudene gjennomføres hovedsakelig kun med pasienter. Behandlingstilbudene gjennomføres hovedsakelig av ansatte ved enhetene med formell fagkompetanse. Aktivitetstilbudene gjennomføres nesten tre ganger så ofte sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov) som systematisk, fast og regelmessig.

Både supplerende behandlingstilbud og supplerende aktivitetstilbud vurderes av enhetene til «i stor grad» å ha nytteverdi for enhetens pasientgruppe. Når det gjelder enhetenes lokaliteter og omgivelser vurderes de av enhetene «til en viss grad» å være utformet og egnet for å tilby supplerende behandlingstilbud og aktivitetstilbud. Fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet står «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell. Det eksisterende supplerende behandlingstilbudet ansees «verken eller» og det eksisterende aktivitetstilbudet ansees «til en viss grad» å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov.

Enhetene oppgir et mangfold av hensikter med de supplerende aktivitetstilbudene. Noen av hensiktene oppgis hyppig og går igjen på tvers av de supplerende aktivitetstilbudene.

¹³ <https://www.elverum.kommune.no/skole/grunnskoler/innped>

Selvmondsforebyggende sikringstiltak vurderes «i liten grad» til å være i konflikt med gjennomføring av både eksisterende supplerende behandlingstilbud og supplerende aktivitetstilbud. Disse vurderes «i liten grad» å komme i konflikt med initiering av nye supplerende behandlingstilbud enheten har planlagt, og «verken eller» i konflikt med initiering av nye supplerende aktivitetstilbud.

Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 vurderes «til en viss grad» å være i konflikt med gjennomføring av både eksisterende supplerende behandlings- og aktivitetstilbud og initiering av nye supplerende behandlings- og aktivitetstilbud enheten har planlagt. Smitteforebyggende tiltak vurderes således til å komme mer i konflikt enn selvmordsforebyggende tiltak.

Betydningen av resultatene

Ulike tilbud ulikt prioritert

Hva som tilbys ved enhetene fremstår som svært ulikt fra sted til sted og kan virke noe tilfeldig. Noen enheter har som nevnt inntil fire supplerende behandlingstilbud og inntil åtte aktivitetstilbud. Andre har få eller ingen. Man ser ingen forskjell i antall tilbud mellom enheter som er rene akutenheter og enheter med både akutte og elektive innleggelse. Ei heller sees forskjell mellom enheter for voksne og enheter for barn og unge. Dette kan trolig tyde på at supplerende tilbud vektlegges og prioriteres ulikt. Er det da slik at pasienter innen akuttpsykiatri i liten grad har tilgang til likeverdige helsetjenester av recovery-orientert karakter? Og kan dette være en trussel for kvalitet ettersom likhet i tjenestene kan være en viktig dimensjon ved kvalitet [63]?

Supplerende tilbud innen samme faglige tilnærming

Flere enheter tilbyr supplerende behandlinger og aktiviteter som befinner seg innenfor samme faglige tilnærming. Det er f.eks. i stor grad de samme enhetene som tilbyr sanseregulerende behandling som også tilbyr fysioterapi og ergoterapi. Man kan også ane at det foreligger en sammenheng mellom det som tilbys av behandlinger og aktiviteter siden de ofte befinner seg innenfor samme tilnærming. De tre enhetene som har oppgitt at de har annen kropporientert behandling har f.eks. også oppgitt at de tilbyr meditasjon, yoga og avspenning som aktivitet. Samtidig kan det hende at flere enheter ikke skiller så mye mellom hva som er supplerende behandling og hva som er supplerende aktivitet og har oppgitt samme tilbud som både behandling og aktivitet. Hvis tilbudene befinner seg innenfor samme faglige tilnærming, kan det bidra til et solid fagmiljø som kommer pasientene til gode. På den annen side kan manglende variasjon og bredde i tilbudet kanskje gå på bekostning av pasienters valgfrihet og mulighet for individuelt tilrettelagt behandling.

Glidende overgang mellom supplerende behandling og aktivitet

Flere enheter ser ut til å knytte flere aktiviteter tett opp til behandling – og benytter begrepet behandling om aktivitetene. På spørsmål om enheten tilbyr annen type supplerende behandling enn det som var inkludert i undersøkelsen, svarte f.eks. to av enhetene at de hadde andre behandlingstilbud, men beskrev disse som individuelt tilpassete aktivitetstilbud (tur, gymsal, fotball, bordtennis, tredemølle, formingsaktiviteter, baking) og miljøterapi med fokus på fysisk aktivitet. Dette kan tyde på at det ikke nødvendigvis er et naturlig skille mellom behandling og aktivitet - og at flere vurderer aktivitetene som en del av behandlingen.

Kan det også være slik at man ser aktivitetene som et miljøterapeutisk redskap som er faglig begrunnet og ikke som et supplerende aktivitetstilbud? Dette kan handle om begrepsbruk, og om at det foreligger en glidende overgang mellom når noe oppfattes å fungere som behandling og aktivitet.

Stor nytteverdi, men tilbys i varierende grad

At tilbudene vurderes «i stor grad» med nytteverdi for pasientgruppen, men tilbys i varierende grad kan ansees som et paradoks. Fysioterapi vurderes eksempelvis «i stor grad» med nytteverdi av de enheter som har det, men bare seks av 21 enheter tilbyr dette.

Supplerende aktiviteter tilbys i noe større grad av flere enheter, sammenlignet med behandlingene, men også her varierer det mye. Dyreassistert aktivitet vurderes eksempelvis med nytteverdi «til en viss grad» til «i stor grad», men bare fire av enhetene tilbyr dette. Flere aktiviteter som fysisk aktivitet inne og ute i sykehusets nærmeste område vurderes «i stor grad» med nytteverdi og er et utbredt tilbud. Men siden flere av tilbudene ved enhetene varierer i så stor grad, hvor bevisst er enhetene i sine valg av tilbud? Er de basert på kunnskap, faglig skjønn eller antatt nytteverdi? Eller er det tilfeldig? Kan valg av behandlinger og aktiviteter avhenge mye av de ansattes kompetanse eller egen interesse? I så fall kan det hende at tilbudene styres for lite av pasienters ønsker og behov og kunnskapsgrunnlaget forøvrig. Det kan bidra til ulikhet og tilfeldig prioritering, og kanskje forklare hvorfor fagkompetanse innen supplerende behandling og aktivitet står «verken eller» i fokus ved rekruttering av personell.

Sikringstiltak bedre integrert enn smittevern

Selvmondsforebyggende sikringstiltak vurderes «i liten grad» å komme i konflikt med gjennomføring av både eksisterende supplerende behandling og supplerende aktivitet. På samme måte vurderes selvmondsforebyggende sikringstiltak i «liten grad» og «verken eller» å komme i konflikt med initiering av nye supplerende behandlingstilbud og aktivitetstilbud. Det kan se ut til at selvmondsforebyggende sikringstiltak i så stor grad er integrert i akuttpsykiatrisk praksis, at det ikke vil være en betydelig barriere for å utvikle et bredere og mer variert supplerende tilbud basert på pasienters ønsker, behov og opplevd nytteverdi.

Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 vurderes «til en viss grad» å være i konflikt med gjennomføring av både eksisterende supplerende behandlings- og aktivitetstilbud og initiering av nye supplerende tilbud. Både når det gjelder gjennomføring og initiering av nye supplerende behandlings- og aktivitetstilbud kommer smitteforebyggende tiltak mer i konflikt med disse enn selvmondsforebyggende tiltak. En årsak til dette kan være at smitteforebyggende tiltak ikke er en integrert del av hverdagen, og derfor kan være en barriere for å opprettholde og utvikle et bredt og variert supplerende tilbud. Fokus på smittevern og smitteforebyggende tiltak har trolig fått stor grad av fokus, påvirket drift, utfordret praksis og kanskje satt det som ellers kunne vært nyttenkning og fagutvikling på vent.

Denne oppsummerende diskusjonen er imidlertid på gruppenivå. Den enkelte enhets vurdering av hver enkelt behandling og aktivitet mht. selvmondsforebyggende og smitteforebyggende tiltak viser et mer sammensatt bilde og en større spredning i svarene. Det kan tyde på at dette vurderes ulikt avhengig av tilbudets form og natur og hva planlegging og gjennomføring innebærer. Man kan anta at det har vært vanskeligere å bruke gymsal med

apparater som befinner seg inne i en bygning i en pandemitid sammenlignet f.eks. med å initiere et tilbud ute. Når det gjelder bruk av sal og utstyr inne, må man bruke tid på å sprute og vaske før og etter bruk. Ute kan et tilbud gjennomføres med mindre utstyr, rom, tid og krefter. Kanskje kan bevissthet for dette bidra til å forebygge at supplerende tilbud forringes om smittevernstiltak videreføres?

Utfordringer og hindre

I en hektisk akutt-psykiatrisk hverdag kan øyeblikkelig hjelp og lite tid trolig også være en utfordring. Liggetiden på akuttpsykiatriske avdelinger er ofte kort og pasientene har ofte stort symptomtrykk og nedsatt funksjon. Hovedfokus er ofte å få pasientene gjennom den akutte krisen før de overføres DPS hvor tiden og rommet for behandling er større. Samtidig viser undersøkelsen at flere akutte enheter har et bredt supplerende tilbud. At lokaler og omgivelser bare ansees «til en viss grad» som egnet, og at fagkompetanse innen supplerende tilbud står «verken eller» i fokus ved rekruttering kan trolig også være mulige hindre mht. å kunne tilby et variert supplerende tilbud. Arkitektur og utforming av lokaler og omgivelser kan ha betydning for tjenestetilbudet og hvordan omgivelsene påvirker ansatte og pasienter [64-66]. For å sikre et bredt spekter av supplerende tilbud vil det trolig være viktig å ha både bygningsmasse og areal i fokus. Fagkompetanse bør trolig også få større oppmerksomhet. For at enhetene skal kunne tilby et supplerende behandlingstilbud kreves det oftest formell fagkompetanse (som fysioterapeut, psykomotorisk fysioterapeut, musikkterapeut, yogaterapeut, ergoterapeut, kunst- og uttrykksterapeut m.m.). Hvis det som tilbys av supplerende behandling og aktivitet avhenger av den kompetanse personalet tilfeldigvis har til enhver tid, samtidig som kompetanse ikke står i fokus ved rekruttering, kan tilbudet bli tilfeldig. Dette understøttes av det man fant i kartleggingen som ble gjort av kulturelle tilbud i psykisk helsevern i Oslo [14] hvor man også så en tilfeldig organisering. Ettersom et aktivitetstilbud i denne sammenheng (jf. vår definisjon av behandlingstilbud), ikke krever noen form for faglig kompetanse, ansees denne tilfeldigheten mer som forventet. En enhet kan være bevisst på hva man ønsker å tilby av aktiviteter uten at dette behøver å være styrende for rekruttering. På den annen side kan man stille spørsmål med hvorfor fagkompetanse ikke står i fokus i større grad når aktivitet i flere sammenhenger også ansees som behandling.

Pasientgruppens ønsker og behov

At supplerende behandling «verken eller», og supplerende aktiviteter bare «til en viss grad», ansees å imøtekomme pasientgruppens ønsker og behov, tyder trolig på at tilbudene i større grad kan organiseres i samarbeid med brukere og baseres på faglig teori og forskningsbasert kunnskap. Forskning har påpekt hvor viktig det er å undersøke hvilke tilbud som engasjerer og verdsettes av brukere og således bør prioriteres [8]. Når det gjelder hensikten med de ulike aktivitetene foreligger liten grad av differensiering, jf. s. 16. I løpet av de siste årene har man beveget seg fra synsing til mer dokumentert kunnskap om sammenhengene mellom ulike supplement og ulike objektive og subjektive helseaspekter [27]. Manglende differensiering kan handle om manglende bevissthet for kunnskapsgrunnet. Det kan også handle om de ansattes kliniske erfaringer med det som oppleves å være fellestrekkene ved de ulike behandlings- og aktivitetstilbudene når det gjelder påvirkning på helse, funksjon og mestring (uavhengig av pasientsammensetning og symptombilde).

Ingen av enhetene oppga musikkterapi eller danse- og bevegelsesterapi. Kun to enheter har kunst- og uttrykksterapi og under «annet» oppga ingen enheter at de har dramaterapi. I faglige retningslinjer for psykose er musikkterapi anbefalt, jf. pkt. 8.7 Kunst- og musikkterapi. Der defineres kunstterapi som å omfatte musikkterapi, dramaterapi, danseterapi og bildende kunst [67]. Dette er også tilbud pasienter med psykose selv har bekreftet god nytte av [68-70]. Men, disse tilbudene ser altså ut til å være lite prioritert ved de akutte enhetene.

Begrensninger ved prosjektet

Prosjektet var en uformell undersøkelse, ikke et formelt forskningsprosjekt. Spørreskjemaet ble ikke inngående pilotert, og resultatene ble ikke gjort til gjenstand for analyse av statistisk signifikans.

Pga. ufullstendige deltakerlister var det usikkert om alle enhetene som ble invitert til å delta var «unike» enheter, og om alle hadde akutt funksjon. Det er også en svakhet at informantene deltok på selvvalgt initiativ, siden «selvpåmelding» øker sannsynligheten for skjeve utvalg. Svarresponsen på 29% var imidlertid som forventet, da undersøkelsen var frivillig og ble gjennomført i pandemitid hvor mange enheter antakelig ikke kunne prioritere deltakelse. Kanskje ville svarene også sett annerledes ut dersom det ikke hadde vært en pågående pandemi? Vi spurte heller ikke om noen supplerende tilbud var satt på vent eller nedlagt på grunn av Covid-19. Spørreundersøkelsen gav dermed ikke tilstrekkelig respons til å gi en oversikt over supplerende tilbud i Akuttnettverket, men resultatene gir likevel innblikk i et mangfold av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud.

Spørreundersøkelsen skilte mellom supplerende behandlings- og aktivitetstilbud, men fordi det ikke alltid eksisterer et skille mellom en supplerende behandling og aktivitet i praksis, kan flere enheter ha krysset av på at noe de tilbyr både er behandling og aktivitet. De to som oppga kunst- og uttrykksterapi krysset som eksempel også av på kreative aktiviteter. For noen kan det således være glidende overganger mellom behandling og aktivitet. Men, siden 14 enheter oppgav tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter og bare to av disse oppgav kunst- og uttrykksterapi, kan det også tyde på at mange skiller mellom hva som er et behandlingstilbud og hva som er et aktivitetstilbud av denne typen. For en del av tilbudene er det kanskje pasientenes, ikke enhetenes oppfattelse, som best vil kunne definere om noe er av behandlende eller aktiviserende karakter. Hadde vi fått andre svar om vi hadde inkludert brukere?

Spørreskjemaet var ikke programmert for å tvinge frem svar, så man kunne velge å la spørsmål stå ubesvart. Flere enheter unnlot å svare på flere spørsmål.

Avsluttende refleksjoner

Prosjektet har gitt kunnskap om supplerende tilbud ved akutte enheter i Norge. Nå vet vi litt mer om hvilke supplerende behandlings- og aktivitetstilbud enhetene tilbyr, hvordan de gjennomføres og hvordan de vurderes. Vi har også fått innblikk i hvorvidt selvmordsforebyggende sikringstiltak og smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer i konflikt med gjennomføring og initiering av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud.

Ved å sette fokus på tematikken håper vi å ha stimulert til videre fagutvikling, kvalitetsforbedring og forskning på feltet.

Spørsmål det er relevant å utforske videre er: I hvilken grad er tilbudene organisert i samarbeid med brukere og basert på evaluering, faglig teori og forskningsbasert kunnskap? Hvordan ser tilbudet ut på psykiatriske døgnenheter som ikke har akutfunksjon og som opererer med lengre oppholdstid? Skiller det supplerende tilbudet ved etablerte døgnenhet seg nevneverdig fra enheter etablert som medisinfrie enheter? Hvordan ser det supplerende polikliniske tilbudet ut? En del poliklinikker tilbyr behandlinger og aktiviteter i gruppe, men hvilke tilbud involverer kunst, musikk, natur, fysisk aktivitet, kropp- og bevegelsesorienterte praksiser?

Det synes økende enighet om at kulturelle, kroppslige og bevegelsesorienterte tilnærminger, med sitt håpgivende og meningsbærende potensial, har en naturlig plass i helhetlig helse og omsorg. Hvordan ulike sektorer og faggrupper, som kanskje ser verden litt ulikt, kan møtes og samarbeide om dette på tvers av tjenestene for pasienter i akutfeltet blir spennende å se.

Prosjektgruppen vil rette stor takk til alle samarbeidspartnere og deltakende enheter. Vi vil særlig takke Helse Fonna og BUP Innlandet som stilte til dybdeintervju slik at prosjektet også kunne formidle inspirerende innblikk i to akuttenheters supplerende tilbud.

Referanser

1. Ekeberg, V., *Eksistensiell lengsel og søken skal ikke kureres*. Fri tanke, 2021(01): p. 59-63.
2. Borge, L., *Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv*, in *Kropp og Sinn*, E.W. Martinsen, Editor. 2018, Fagbokforlaget: Oslo. p. 19-33.
3. Malt, U.F., Retterstøl, N., Dahl A. A., *Psykiatriens historie*, in *Lærebok i psykiatri*. 2005, Gyldendal Akademisk: Oslo. p. 41-60.
4. Aarre, T.F., *Hvor effektive er behandlingsmetodene våre?*, in *Manifest for Psykisk Helsevern*. 2010, Universitetsforlaget: Oslo. p. 42-65.
5. Hummervoll, J.E., *Helt, ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 2012, Oslo: Gyldendal.
6. Lillevik, O.G. and L. Øien, *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. First ed. 2014: Gyldendal Akademisk.
7. Staniszewska, S., et al., *Experiences of in-patient mental health services: systematic review*. The British Journal of Psychiatry, 2019. **214**(6): p. 329-338.
8. Foye, U., et al., *Activities on acute mental health inpatient wards: A narrative synthesis of the service users' perspective*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2020.
9. Sivilombudsmannen, *Besøksrapport: Akershus universitetssykehus, ungdomspsykiatrisk klinikk 13.–15. september 2016*. 2016.
10. Sivilombudsmannen, *Besøksrapport: Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, alderspsykiatrisk seksjon 9.-11. oktober 2018*. 2018, Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.
11. Sivilombudsmannen, *Besøksrapport: Helse Stavanger HF, Avdeling psykisk helsevern barn og unge 8.–10. og 29.–30. oktober 2019*. 2019, Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.
12. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *Involuntary placement in psychiatric establishments*. 1998.
13. Folkehelseinstituttet, *Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern i 2020. Årsrapport 2020, Nasjonale resultater*. 2021: Oslo.
14. Aasgaard, T., et al., *Kulturelle aktiviteter ved institusjoner innen psykisk helsevern i Oslo–Terapi eller tidtrøye?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2009. **6**(01): p. 44-51.
15. Sellereite, I., M. Haga, and H. Lorås, *Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende arbeidet opp mot rus og psykisk helse: en brukerundersøkelse i FIRE – Stiftelsen Ett skritt videre*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2019. **16**(01): p. 39-51.
16. Miljøverndepartementet, *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse: Rapport fra det nordiske miljøprosjektet "Friluftsliv og psykisk helse"*. 2009.
17. Meld. St. 29 (2012–2013), *Morgendagens omsorg*, Helse- og omsorgsdepartement, Editor. 2013.
18. Meld. St. 15 (2017–2018), *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, Helse- og omsorgsdepartement, Editor. 2018.
19. World Health Organization, *People-Centered Health Care: A Policy Framework*. 2007, Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
20. Organization, W.H. *WHO QualityRights*. 2019 [cited 2021 05.20]; Available from: <https://qualityrights.org/>.
21. Meld. St. 7 (2019–2020), *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*, Helse- og omsorgsdepartement, Editor. 2019.
22. Helse- og omsorgsdepartementet, *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. 2014.
23. Standal, K. and K.S. Heiervang, *Medisinfri behandling—et omstridt og etterlengtet tilbud*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2018. **15**(04): p. 335-346.

24. Spesialisthelsetjenesteloven, *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* . 2001, Lovdata.
25. Standal, K. and K.S. Heiervang, *Medisinfri behandling – et omstridt og etterlengtet tilbud*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2018. **15**(04): p. 335-346.
26. Borg, M., B. Karlsson, and A. Stenhammer, *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. 2013.
27. Fancourt, D. and S. Finn, *Health Evidence Network synthesis report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. World Health Organization, 2019.
28. Harvey, S.B., et al., *Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study*. Am J Psychiatry, 2018. **175**(1): p. 28-36.
29. Bremnes, A.-M.J., et al., *Positiv sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet blant ungdom i videregående skole*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2011.
30. Danielsen, K.K., *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid-En oppsummering av kunnskap*. 2021, Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Agder.
31. Biddle, S., *Physical activity and mental health: evidence is growing*. World Psychiatry, 2016. **15**(2): p. 176-177.
32. Zahl, T., S. Steinsbekk, and L. Wichstrøm, *Physical activity, sedentary behavior, and symptoms of major depression in middle childhood*. Pediatrics, 2017. **139**(2).
33. Gordon, B.R., et al., *Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms: Meta-analysis and Meta-regression Analysis of Randomized Clinical Trials*. JAMA Psychiatry, 2018. **75**(6): p. 566-576.
34. Jayakody, K., S. Gunadasa, and C. Hosker, *Exercise for anxiety disorders: systematic review*. Br J Sports Med, 2014. **48**(3): p. 187-96.
35. Underland, V., H.H. Holte, and G.E. Vist, *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter. [Exercise for people with severe mental illnesses. Overview of reviews]*. 2018, Folkehelseinstituttet: Oslo.
36. Unhjem, R., et al., *Maximal strength training as physical rehabilitation for patients with substance use disorder; a randomized controlled trial*. BMC sports science, medicine and rehabilitation, 2016. **8**(1): p. 7.
37. Andersen, C., et al., *Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study*. Nordic journal of psychiatry, 2017. **71**(7): p. 525-528.
38. Ross, A. and S. Thomas, *The Health Benefits of Yoga and Exercise: A Review of Comparison Studies*. Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.), 2010. **16**: p. 3-12.
39. Balasubramaniam, M., S. Telles, and P.M. Doraiswamy, *Yoga on Our Minds: A Systematic Review of Yoga for Neuropsychiatric Disorders*. Frontiers in Psychiatry, 2013. **3**(117).
40. Butterfield, N., et al., *Yoga and mindfulness for anxiety and depression and the role of mental health professionals: a literature review*. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 2017. **12**(1): p. 44-54.
41. Cramer, H., et al., *A systematic review of yoga for major depressive disorder*. Journal of Affective Disorders, 2017. **213**: p. 70-77.
42. Cramer, H., et al., *Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Depress Anxiety, 2018. **35**(9): p. 830-843.
43. da Silva, T.L., L.N. Ravindran, and A.V. Ravindran, *Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review*. Asian Journal of Psychiatry, 2009. **2**(1): p. 6-16.
44. Payne, P. and M. Crane-Godreau, *Meditative Movement for Depression and Anxiety*. Frontiers in Psychiatry, 2013. **4**(71).
45. Pilkington, K., et al., *Yoga for depression: The research evidence*. Journal of Affective Disorders, 2005. **89**(1): p. 13-24.

46. CADTH, *Mindfulness Interventions for the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Depression, and Substance Use Disorders: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines*. 2015.
47. Forfyllow, A.L., *Integrating Yoga with Psychotherapy: A Complementary Treatment for Anxiety and Depression*. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 2011. **45**(2).
48. Kirkwood, G., et al., *Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence*. British Journal of Sports Medicine, 2005. **39**(12): p. 884-891.
49. Breit, S., et al., *Vagus Nerve as Modulator of the Brain–Gut Axis in Psychiatric and Inflammatory Disorders*. Frontiers in Psychiatry, 2018. **9**(44).
50. van der Kolk, B.A., et al., *Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial*. J Clin Psychiatry, 2014. **75**(6): p. e559-65.
51. Gard, T., et al., *Potential self-regulatory mechanisms of yoga for psychological health*. Frontiers in Human Neuroscience, 2014. **8**.
52. Macy, R.J., et al., *Yoga for Trauma and Related Mental Health Problems: A Meta-Review With Clinical and Service Recommendations*. Trauma Violence Abuse, 2018. **19**(1): p. 35-57.
53. West, J., B. Liang, and J. Spinazzola, *Trauma sensitive yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: A qualitative descriptive analysis*. International Journal of Stress Management, 2017. **24**(2): p. 173-195.
54. Rhodes, A.M., *Claiming peaceful embodiment through yoga in the aftermath of trauma*. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2015. **21**(4): p. 247-256.
55. Beck-Friis, B., Strang, P. & Beck-Friis, A. , *Hundens betydelse i vården- erfarenheter och praktiska råd*. 2007, Stockholm: Gothia Förlag.
56. Hauge, H., *Hestens påvirkning på menneskers psykiske helse og utvikling. Litteraturred rapport for Hest og Helse. En samling utvalgt forskningslitteratur 2010-2011*. 2011, NMBU: Institutt for husdyr og akvakulturvitenskap, Hest og Helse.
57. Yoeli, H., et al., *Arts as treatment? Innovation and resistance within an emerging movement*. Nordic Journal of Arts, Culture and Health, 2021. **2**(02): p. 91-106.
58. Sigurdson, O., *Existential Health. Philosophical and historical perspectives*. LIR. journal, 2016(6): p. 8–26.
59. Whitehead, D., *Beyond the metaphysical: health-promoting existential mechanisms and their impact on the health status of clients*. Journal of Clinical Nursing, 2003. **12**(5): p. 678-688.
60. Lorentzen, K.E.A., *Hvor hadde hun det fra?* Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2018. **55**(12): p. 118-1121.
61. Larson, J.S., *The conceptualization of health*. Medical care research and review, 1999. **56**(2): p. 123-136.
62. Barnett, R.J., *Ivan Illich and the nemesis of medicine*. Medicine, Health Care and Philosophy, 2003. **6**(3): p. 273-286.
63. Grepperud, S., *Kvalitet i helsetjenesten—hva menes egentlig?* Tidsskrift for Den norske legeförening, 2009. **129**(11): p. 1112-1114.
64. Connellan, K., et al., *Stressed spaces: mental health and architecture*. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 2013. **6**(4): p. 127-168.
65. Richter, D. and H. Hoffmann, *Architecture and design of mental health institutions*. Psychiatrische Praxis, 2014. **41**(3): p. 128-134.
66. Mazuch, R. and R. Stephen, *Creating healing environments: Humanistic architecture and therapeutic design*. Journal of Public Mental Health, 2005.
67. IS-1957, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. 2013, Helsedirektoratet.
68. Solli, H.P. and R. Rolvsjord, *“The opposite of treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy*. Nordic Journal of Music Therapy, 2015. **24**(1): p. 67-92.

69. Moritz, S., et al., *The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2017. **267**(4): p. 335-339.
70. Attard, A. and M. Larkin, *Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature*. The Lancet Psychiatry, 2016. **3**(11): p. 1067-1078.

Appendiks A: Innblikk i de ulike supplerende behandlingstilbudene

Fysioterapi

6 enheter oppga at de tilbyr fysioterapi.

Gjennomføring av fysioterapi

6 enheter oppga at fysioterapi gjennomføres individuelt. 4 enheter oppga at fysioterapi gjennomføres i gruppe. 5 enheter oppga at fysioterapi gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at fysioterapi gjennomføres med både pasienter og pårørende. 1 enhet oppga at fysioterapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 3 enheter oppga at fysioterapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan fysioterapi vurderes

1. Fysioterapi vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 3, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby fysioterapi (Jf. tabell 3, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av fysioterapi (Jf. tabell 3, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av fysioterapi (Jf. tabell 3, spørsmål 4).

Tabell 3:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes fysioterapi som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	6	0	0	0	1	5	4,83	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby fysioterapi?	6	0	1	0	3	2	4,00	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av fysioterapi?	6	0	5	0	1	0	2,33	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av fysioterapi?	6	0	1	1	4	0	3,50	4,00

Psykomotorisk fysioterapi

2 enheter oppga at de tilbyr psykomotorisk fysioterapi.

Gjennomføring av psykomotorisk fysioterapi

2 enheter oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres individuelt. Ingen enheter oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres i gruppe. 1 enhet oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres med både pasienter og pårørende. Ingen enheter oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). Ingen enheter oppga at psykomotorisk fysioterapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan psykomotorisk fysioterapi vurderes

1. Psykomotorisk fysioterapi vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 4, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «verken eller» – «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby psykomotorisk fysioterapi (Jf. tabell 4, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av psykomotorisk fysioterapi (Jf. tabell 4, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av psykomotorisk fysioterapi (Jf. tabell 4, spørsmål 4).

Tabell 4:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes psykomotorisk fysioterapi som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	2	0	0	0	0	2	5,00	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby psykomotorisk fysioterapi?	2	0	0	1	1	0	3,50	3,50
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av psykomotorisk fysioterapi?	2	0	2	0	0	0	2,00	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av psykomotorisk fysioterapi?	2	0	0	0	2	0	4,00	4,00

Annen kropporientert behandling (eks. sensorimotorisk psykoterapi, terapeutisk mindfulness, yogaterapi o.l.)

3 enheter oppga at de tilbyr annen kropporientert behandling (eks. sensorimotorisk psykoterapi, terapeutisk mindfulness, yogaterapi o.l.).

Gjennomføring av annen kropporientert behandling

3 enheter oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres individuelt. 3 enheter oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres i gruppe. 2 enheter oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres kun med pasienter. 1 enhet oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres med både pasienter og pårørende. 1 enhet oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 2 enheter oppga at annen kropporientert behandling gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan annen kropporientert behandling vurderes

1. Annen kropporientert behandling vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 5, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «i stor grad» utformet og egnet for å tilby annen kropporientert behandling (Jf. tabell 5, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av annen kropporientert behandling (Jf. tabell 5, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av annen kropporientert behandling (Jf. tabell 5, spørsmål 4).

Tabell 5:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes annen kropporientert behandling som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	3	0	0	0	1	2	4,67	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby annen kropporientert behandling?	3	0	0	0	1	2	4,67	5,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av annen kropporientert behandling?	3	1	1	1	0	0	2,00	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av annen kropporientert behandling?	3	0	0	0	3	0	4,00	4,00

Sanseregulerende behandling (eks. lysterapi og virtuell mørketerapi, sanserom med massasje, boblebadekar, kuledyne, kulemadrass o.l.)

7 enheter oppga at de tilbyr sanseregulerende behandling (eks. lysterapi og virtuell mørketerapi, sanserom med massasje, boblebadekar, kuledyne, kulemadrass o.l.).

Gjennomføring av sanseregulerende behandling

6 enheter oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres individuelt. 1 enhet oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres i gruppe. 6 enheter oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres kun med pasienter. Ingen oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres med både pasienter og pårørende. Ingen enheter oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 4 enheter oppga at sanseregulerende behandling gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan sanseregulerende behandling vurderes

1. Sanseregulerende behandling vurderes «til en viss grad» - «i stor grad» av nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 6, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» - «i stor grad» utformet og egnet for å tilby sanseregulerende behandling (Jf. tabell 6, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av sanseregulerende behandling (Jf. tabell 6, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «verken eller» – «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av sanseregulerende behandling (Jf. tabell 6, spørsmål 4).

Tabell 6:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes sanseregulerende behandling som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	6	0	0	0	3	3	4,50	4,50
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby sanseregulerende behandling?	6	0	0	0	3	3	4,50	4,50
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av sanseregulerende behandling?	6	2	4	0	0	0	1,67	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av sanseregulerende behandling?	6	2	0	1	3	0	2,83	3,50

Ergoterapi (eks. ADL tening)

7 enheter oppga at de tilbyr ergoterapi (eks. ADL tening).

Gjennomføring av ergoterapi

7 enheter oppga at ergoterapi gjennomføres individuelt. 5 enheter oppga at ergoterapi gjennomføres i gruppe. 7 enheter oppga at ergoterapi gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at ergoterapi gjennomføres med både pasienter og pårørende. Ingen enheter oppga at ergoterapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 3 enheter oppga at ergoterapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan ergoterapi vurderes

1. Ergoterapi vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 7, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby ergoterapi (Jf. tabell 7, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «verken eller» i konflikt med gjennomføring av ergoterapi (Jf. tabell 7, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av ergoterapi (Jf. tabell 7, spørsmål 4).

Tabell 7:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes ergoterapi som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	7	0	1	0	2	4	4,29	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby ergoterapi?	7	0	1	0	4	2	4,00	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av ergoterapi?	7	1	2	1	2	1	3,00	3,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av ergoterapi?	7	1	0	0	5	1	3,71	4,00

Friluftsterapi

4 enheter oppga at de tilbyr friluftsterapi.

Gjennomføring av friluftsterapi

2 enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres individuelt. 4 enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres i gruppe. 3 enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres med både pasienter og pårørende. Ingen enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 2 enheter oppga at friluftsterapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan friluftsterapi vurderes

1. Friluftsterapi vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 8, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» – «i stor grad» utformet og egnet for å tilby friluftsterapi (Jf. tabell 8, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «verken eller» i konflikt med gjennomføring av friluftsterapi (Jf. tabell 8, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av friluftsterapi (Jf. tabell 8, spørsmål 4).

Tabell 8:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes friluftsterapi som nyttig for enhetenes pasientgruppe?	4	0	0	0	0	4	5,00	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby friluftsterapi?	4	0	0	0	2	2	4,50	4,50
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av friluftsterapi?	4	1	1	0	1	1	3,00	3,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av friluftsterapi?	4	0	1	0	2	1	3,75	4,00

Dyreassistert terapi (eks. bruk av terapihund, terapiridning o.l.)

1 enhet oppga at de tilbyr dyreassistert terapi (eks. bruk av terapihund, terapiridning o.l.)

Gjennomføring av dyreassistert terapi

Enheten oppga at dyreassistert terapi gjennomføres individuelt. Enheten oppga at dyreassistert terapi gjennomføres i gruppe. Enheten oppga ikke om dyreassistert terapi gjennomføres kun med pasienter eller med både pasienter og pårørende. Enheten oppga ikke om dyreassistert terapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). Enheten oppga at dyreassistert terapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan dyreassistert terapi vurderes

1. Dyreassistert terapi vurderes «i stor grad» med nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 9, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «i stor grad» utformet og egnet for å tilby dyreassistert terapi (Jf. tabell 9, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «ikke i det hele tatt» i konflikt med gjennomføring av dyreassistert terapi (Jf. tabell 9, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføringen av dyreassistert terapi (Jf. tabell 9, spørsmål 4).

Tabell 9:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes dyreassistert terapi som nyttig for enhetens pasientgruppe?	1					1	5,00	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby dyreassistert terapi?	1					1	5,00	5,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av dyreassistert terapi?	1	1					1,00	1,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av dyreassistert terapi?	1		1				2,00	2,00

Musikkterapi

Ingen enhet oppga at de tilbyr musikkterapi.

Danse- og bevegelsesterapi

Ingen enhet oppga at de tilbyr danse- og bevegelsesterapi.

Kunst- og uttrykksterapi

2 enheter oppga at de tilbyr kunst- og uttrykksterapi

Gjennomføring av kunst- og uttrykksterapi

2 enheter oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres individuelt. 1 enhet oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres i gruppe. 2 enheter oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres med både pasienter og pårørende. Ingen enheter oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres av eksternt ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.). 2 enheter oppga at kunst- og uttrykksterapi gjennomføres av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse.

Hvordan kunst- og uttrykksterapi vurderes

1. Kunst- og uttrykksterapi vurderes med «til en viss grad» av nytteverdi for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 10, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby kunst- og uttrykksterapi (Jf. tabell 10, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» – «verken eller» i konflikt med gjennomføring av kunst- og uttrykksterapi (Jf. tabell 10, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «i liten grad» – «verken eller» i konflikt med gjennomføringen av kunst- og uttrykksterapi (Jf. tabell 10, spørsmål 4).

Tabell 10:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes kunst- og uttrykksterapi som nyttig for enhetens pasientgruppe?	2	0	0	0	2	0	4,00	4,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby kunst- og uttrykksterapi?	2	0	0	1	0	1	4,00	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av kunst- og uttrykksterapi?	2	1	0	0	1	0	2,50	2,50
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av kunst- og uttrykksterapi?	2	1	0	0	1	0	2,50	2,50

Annet

2 enheter oppga at de tilbyr annet, og har spesifisert at dette er individuelt tilpassede aktivitetstilbud (tur, gymsal, fotball, bordtennis, tredemølle, formingsaktiviteter, baking) og vanlig miljøterapi med fokus på fysisk aktivitet.¹⁴

¹⁴ Siden dette er tilbud som kartlegges i undersøkelsens andre del (som omhandler supplerende aktivitetstilbud) ble behandlingstilbudene oppgitt under «annet» ikke inkludert i analysene av supplerende behandlingstilbud.

Appendiks B: Innblikk i de ulike supplerende aktivitetstilbudene

Fysisk aktivitet inne (eks. ballspill, boksesekk, treningsapparater i gymsal o.l.)

19 enheter oppga at de tilbyr fysisk aktivitet inne (f.eks. ballspill, boksesekk, treningsapparater i gymsal o.l.).

Gjennomføring av fysisk aktivitet inne

19 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres individuelt. 12 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres i gruppe. 15 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres kun med pasienter. 3 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres med både pasienter og pårørende. 11 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 6 enheter oppga at fysisk aktivitet inne gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med fysisk aktivitet inne ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/observasjon og fritidsaktivitet.
- For å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold, som en del av behandlingen for angst, depresjon, søvnforstyrrelser etc.
- Del av miljøterapien, fysisk aktivitet er viktig (sammen med kosthold)
- Alt ovennevnte (f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.)
- Fremme funksjon, mestring, normalisere.
- Fremme mestring, mobilisere ressurser, fremme sosial kompetanse, fysisk helse og levevaner
- Som behandling, og relasjonsbygging
- Mestring, ressurser, observasjon, avledning
- Alt nevnt ovenfor (f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.), avhengig av pasientsammensetning og symptombilde
- Kartlegge og bidra til forbedring
- Aktivisering og observasjon

Hvordan fysisk aktivitet inne vurderes

1. Fysisk aktivitet inne vurderes «» som nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 11, spørsmål 1).
2. Enhetens lokalteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet inne (Jf. tabell 11, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «verken eller» i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet inne (Jf. tabell 11, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet inne (Jf. tabell 11, spørsmål 4).

Tabell 11:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes fysisk aktivitet inne som nyttig for enhetens pasientgruppe?	19	1	0	0	3	15	4,63	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokalteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet inne?	19	0	3	1	10	5	3,89	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet inne?	19	2	7	1	7	2	3,00	3,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet inne?	19	2	2	0	13	2	3,58	4,00

Fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (eks. gåturer i nærområdet, ballspill)
19 enheter oppga at de tilbyr fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område.

Gjennomføring av fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område

19 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres individuelt. 13 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres i gruppe. 15 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres kun med pasienter. 5 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres med både pasienter og pårørende. 11 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 5 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/observasjon og fritidsaktivitet.
- For å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold, som en del av behandlingen for angst, depresjon, søvnforstyrrelser etc.
- Fremme mestring og funksjon, opprettholde normalitet og fysisk aktivitet
- Alt ovennevnte (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*)
- Fremme mestring, normalisering, fysisk helse
- Avledning, fokus på fysisk aktivitet og frisk luft, relasjonsbygging, interessedskapning, alternative mestringsstrategier
- Fremme mestring, mobilisere ressurser, fremme sosial kompetanse, fysisk helse og levevaner
- Som fokus på fysisk aktivitet og som behandling ved f.eks. mani
- Mestring, ressurser, observasjon
- Alt nevnt ovenfor (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*), avhengig av pasientsammensetning og symptombilde
- Velvære og helsefremmende

Hvordan fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område vurderes

1. Fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område vurderes «i stor grad» som nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 12, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (Jf. tabell 12, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (Jf. tabell 12, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (Jf. tabell 12, spørsmål 4).

Tabell 12:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område som nyttig for enhetens pasientgruppe?	18	0	0	0	5	13	4,72	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område?	19	1	2	1	7	8	4,00	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område?	19	2	5	1	9	2	3,21	4,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område?	19	2	6	0	10	1	3,11	4,00

Fysisk aktivitet ute i naturen (f.eks. lengre turer i skog og mark, padling, sykling o.l.)

15 enheter oppga at de tilbyr fysisk aktivitet ute i naturen (f. eks. lengre turer i skog og mark, padling, sykling o.l.)

Gjennomføring fysisk aktivitet ute i naturen

13 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres individuelt. 8 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres i gruppe. 14 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres kun med pasienter. 2 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres med både pasienter og pårørende. 9 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 5 enheter oppga at fysisk aktivitet ute i naturen gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med fysisk aktivitet ute i naturen ble beskrevet som;

- Fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.
- For å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold, som en del av behandlingen for angst, depresjon, søvnforstyrrelser etc.
- Fremme mestring og funksjon, opprettholde normalitet og fysisk aktivitet
- Alt ovennevnte (f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.)
- Fremme mestring og helse
- Fokus på fysisk aktivitet, skape nye interesser, relasjonsbygging, avledning, lære andre mestringsstrategier
- Som del av behandlingstilbudet
- Mestring, ressurser, observasjon, avledning
- Alt nevnt ovenfor, (f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.) avhengig av pasientsammensetning og symptombilde
- Aktivisering og observasjon

Hvordan fysisk aktivitet ute i naturen vurderes

1. Fysisk aktivitet ute i naturen vurderes «i stor grad» som nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 13, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet ute i naturen (Jf. tabell 13, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet ute i naturen (Jf. tabell 13, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet ute i naturen (Jf. tabell 13, spørsmål 4).

Tabell 13:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes fysisk aktivitet ute i naturen som nyttig for enhetens pasientgruppe?	15	0	0	0	6	9	4,60	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokalteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby fysisk aktivitet ute i naturen?	15	0	0	2	6	7	4,33	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av fysisk aktivitet ute i naturen?	15	2	4	1	7	1	3,07	4,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av fysisk aktivitet ute i naturen?	15	1	5	0	8	1	3,20	4,00

Dyreassistert aktivitet (mulighet for kontakt med dyr)

4 enheter oppga at de tilbyr dyreassistert aktivitet (mulighet for kontakt med dyr)

Gjennomføring dyreassistert aktivitet

4 enheter oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres individuelt. 2 enheter oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres i gruppe. 2 enheter oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres kun med pasienter. 1 enhet oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres med både pasienter og pårørende. 3 enheter oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). Ingen enheter oppga at dyreassistert aktivitet gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med dyreassistert aktivitet ble beskrevet som;

- Aktivitet, motivasjon, allianse, relasjonsbygging

Hvordan dyreassistert aktivitet vurderes

1. Dyreassistert aktivitet vurderes «til en viss grad» - «i stor grad» nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 14, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» - «i stor grad» utformet og egnet for å tilby dyreassistert aktivitet (Jf. tabell 14, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «ikke i det hele tatt» - «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av dyreassistert aktivitet (Jf. tabell 14, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføringen av dyreassistert aktivitet (Jf. tabell 14, spørsmål 4).

Tabell 14:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes dyreassistert aktivitet som nyttig for enhetens pasientgruppe?	4	0	1	0	1	2	4,00	4,50
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby dyreassistert aktivitet?	4	0	0	1	1	2	4,25	4,50
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av dyreassistert aktivitet?	4	2	1	0	1	0	2,00	1,50
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av dyreassistert aktivitet?	4	1	3	0	0	0	1,75	2,00

Meditasjon, yoga, avspenning

8 enheter oppga at de tilbyr meditasjon, yoga, avspenning.

Gjennomføring meditasjon, yoga, avspenning

6 enheter oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres individuelt. 7 enheter oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres i gruppe. 7 enheter oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres kun med pasienter. 1 enhet oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres med både pasienter og pårørende. 4 enheter oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 4 enheter oppga at meditasjon, yoga, avspenning gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med meditasjon, yoga, avspenning ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/ observasjon og fritidsaktivitet.
- Som en del av behandling for bl.a. angst, depresjoner etc. For å lære om sammenheng mellom kroppslige reaksjoner og psykiske lidelser, dempe angst og uro, lære å regulere aktiveringsnivå, muskulære spenninger etc.
- Avledning, mestring, ressurser og fremme samspill.
- Avledning/ mestringsstrategi, skape følelse av mestring
- Alt nevnt ovenfor (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*), avhengig av pasientsammensetning og symptombilde

Hvordan meditasjon, yoga, avspenning vurderes

1. Meditasjon, yoga, avspenning vurderes «til en viss grad» - «i stor grad» nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 15, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby meditasjon, yoga, avspenning (Jf. tabell 15, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av meditasjon, yoga, avspenning (Jf. tabell 15, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av meditasjon, yoga, avspenning (Jf. tabell 15, spørsmål 4).

Tabell 15:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes meditasjon, yoga, avspenning som nyttig for enhetens pasientgruppe?	8	0	0	0	4	4	4,50	4,50
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby meditasjon, yoga, avspenning?	8	0	1	1	4	2	3,88	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av meditasjon, yoga, avspenning?	8	2	4	0	2	0	2,25	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av meditasjon, yoga, avspenning?	8	2	1	0	5	0	3,00	4,00

Sang, bruk av instrumenter og musikk

11 enheter oppga at de tilbyr sang, bruk av instrumenter og musikk.

Gjennomføring sang, bruk av instrumenter og musikk

10 enheter oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres individuelt. 4 enheter oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres i gruppe. 11 enheter oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres kun med pasienter. Ingen enheter oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres med både pasienter og pårørende. 10 enheter oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 1 enhet oppga at sang, bruk av instrumenter og musikk gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med sang, bruk av instrumenter og musikk ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/ observasjon og fritidsaktivitet.
- For å fylle tiden, som avledning, for å fremme samspill og samhold osv.
- Aktivitet, relasjonsbygging
- Alt ovennevnte (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*)
- Fremme mestring, samhandling, relasjonsbygging
- Samspill, relasjonsbygging, fylle tiden, gi mestringsopplevelser, bruke egne ressurser og eventuelt finne tak i nye ressurser
- Alt nevnt ovenfor (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*), avhengig av pasientsammensetning og symptombilde

Hvordan sang, bruk av instrumenter og musikk vurderes

1. Sang, bruk av instrumenter og musikk vurderes «til en viss grad» nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 16, spørsmål 1).
2. Enhetens lokalteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby sang, bruk av instrumenter og musikk (Jf. tabell 16, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av sang, bruk av instrumenter og musikk (Jf. tabell 16, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføringen av sang, bruk av instrumenter og musikk (Jf. tabell 16, spørsmål 4).

Tabell 16:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes sang, bruk av instrumenter og musikk som nyttig for enhetens pasientgruppe?	11	0	0	0	8	3	4,27	4,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby sang, bruk av instrumenter og musikk?	11	0	2	0	8	1	3,73	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av sang, bruk av instrumenter og musikk?	11	3	7	0	1	0	1,91	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av sang, bruk av instrumenter og musikk?	11	1	5	2	3	0	2,64	2,00

Tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter

14 enheter oppga at de tilbyr tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter.

Gjennomføring tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter

14 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres individuelt. 10 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres i gruppe. 13 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres kun med pasienter. 3 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres med både pasienter og pårørende. 12 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 3 enheter oppga at tegning, maling, keramikk m.m. gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med tegning, maling, keramikk m.m. ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/observasjon og fritidsaktivitet.
- Brukes som kunst- og uttrykksterapi individuelt for å jobbe med følelser, fremme mestring og mobilisere ressurser, jobbe med fleksibilitet vs. rigiditet etc.
- Relasjonsbygging, aktivitet
- Alt ovennevnte (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*)
- Samhandling, mestring, relasjonsbyggende
- Avledning, fylle tiden, relasjonsbygging, mobilisere ressurser, skape nye interesser
- Har arbeidsstue med faste tilbud
- Mestring, avledning, observasjon, ressurser
- Alt nevnt ovenfor (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*), avhengig av pasientsammensetning og symptombilde

Hvordan tegning, maling, keramikk m.m. vurderes

1. Tegning, maling, keramikk m.m. vurderes «til en viss grad» nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 17, spørsmål 1).
2. Enhetens lokaliteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby tegning, maling, keramikk m.m. (Jf. tabell 17, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av tegning, maling, keramikk m.m. (Jf. tabell 17, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «verken eller» i konflikt med gjennomføringen av tegning, maling, keramikk m.m. (Jf. tabell 17, spørsmål 4).

Tabell 17:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes tegning, maling, keramikk m.m. som nyttig for enhetens pasientgruppe?	14	0	0	0	9	5	4,36	4,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby tegning, maling, keramikk m.m.?	14	0	1	0	9	4	4,14	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av tegning, maling, keramikk m.m.?	14	4	4	0	6	0	2,57	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av tegning, maling, keramikk m.m.?	14	3	4	0	7	0	2,79	3,00

Lek og spill-aktiviteter (interaktive dataspill, kortspill, yatzy, puslespill etc.).

17 enheter oppga at de tilbyr lek og spillaktiviteter (interaktive dataspill, kortspill, yatzy, puslespill etc.).

Gjennomføring lek og spillaktiviteter

14 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres individuelt. 10 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres i gruppe. 13 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres kun med pasienter. 3 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres med både pasienter og pårørende. 12 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov). 3 enheter oppga at lek og spillaktiviteter gjennomføres systematisk, fast og regelmessig.

Hensikten med lek og spillaktiviteter ble beskrevet som;

- Aktivitet benyttes til flere formål, i ulike former. Individuell tilrettelegging i behandlingsøyemed/observasjon og fritidsaktivitet.
- For å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.
- Aktivitet og relasjonsbygging og avledning
- Mestring, relasjonsbyggende, samspill
- Avledning, fylle tiden, relasjonsbygging, samspill
- Blir mye brukt i avdelingen
- Mestring, observasjon, ressurser, avledning
- Alt nevnt ovenfor (*f.eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.*), avhengig av pasientsammensetning og symptombylde
- Aktivisering og observasjon

Hvordan lek og spillaktiviteter vurderes

1. Lek og spillaktiviteter vurderes «i stor grad» nyttig for enhetenes pasientgruppe (Jf. tabell 18, spørsmål 1).
2. Enhetens lokalteter og omgivelser vurderes «til en viss grad» utformet og egnet for å tilby lek og spillaktiviteter (Jf. tabell 18, spørsmål 2).
3. Selvmordsforebyggende sikringstiltak kommer «i liten grad» i konflikt med gjennomføring av lek og spillaktiviteter (Jf. tabell 18, spørsmål 3).
4. Smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 kommer «til en viss grad» i konflikt med gjennomføringen av lek og spillaktiviteter (Jf. tabell 18, spørsmål 4).

Tabell 18:

Nr.	Spørsmål	N	Frekvensfordeling					Gj. snitt	Median
			1	2	3	4	5		
1	I hvilken grad vurderes lek og spillaktiviteter som nyttig for enhetens pasientgruppe?	17	0	1	0	7	9	4,41	5,00
2	I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby lek og spillaktiviteter?	17	0	1	1	11	4	4,06	4,00
3	I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av lek og spillaktiviteter?	17	4	7	1	4	1	2,47	2,00
4	I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak relatert til Covid-19 i konflikt med gjennomføringen av lek og spillaktiviteter?	17	2	4	1	9	1	3,18	4,00

Appendiks C: Innblikk i to akuttenheters supplerende tilbud

Mestring og tilfriskning – et innblikk i et levende terapeutisk miljø ved Valen sjukehus, Helse Fonna

Valen sjukehus¹⁵ ble etablert som psykiatrisk sykehus i 1910 og har en lang historie som psykiatrisk institusjon. Sykehuset ligger i landlige omgivelser.

Supplerende behandling- og aktivitetstilbud som ergoterapi, fysioterapi, kreative aktiviteter er organisert i en egen ressursavdeling - «Eining for aktivitet og livsmestring». Avdelingen har 7 ansatte (6 stillinger) og server 4 voksenpsykiatriske avdelinger (akutt, psykose, sikkerhet og rehabilitering), samt 2 DPS døgnavdelinger. De ansatte har ansvar for hver sin avdeling, men tilbudene som tilbys går på tvers av avdelingene. «Eining for aktivitet og livsmestring» har ansvar for tilrettelegging av turer og aktiviteter og for at alt utstyr er i orden. På den måten kan også miljøpersonalet på døgnavdelingene lett benytte utstyr (sykkel, kajakk osv.) og tilby aktiviteter på andre tidspunkt, f.eks. i helger. Akuttavdelingen bruker tilbudet til «Eining for aktivitet og livsmestring» til de pasientene som er i stand til å nyttiggjøre seg det. På denne avdelingen benytter man også i stor grad arbeidsstue, treningsrom og turområdet rundt sykehuset.

Alle tilbudene presenteres i en informasjonsbrosjyre som gis til pasienten ved innleggelse. Ved innleggelse blir pasienten vist rundt og får informasjon om tilbudene. Turene blir markedsført med plakater med bilde fra turer. Hvordan pasientene fungerer i de ulike aktivitetene, journalføres i DIPS. Alle aktiviteter blir evaluert. Brukertilfredsundersøkelser gjennomføres ved avslutning av behandling.

Det har vært stor vilje fra ledelsen til å prøve ut nye «ting». Noen behandlingstilbud/aktiviteter har lang tradisjon og er blitt integrert i behandlingen. Andre tilbud er nyere og hvor initiativtakere har vært ansatte med særlig interesse for feltet. De er ofte sterke pådrivere til tiltakene som settes i gang. Sykehuset har bl.a. fokus på relasjonsbygging, expressed emotion og på recovery basert tenkning.

Man skiller ikke nødvendigvis mellom terapi og aktivitet (f.eks. friluftsterapi og fysisk aktivitet i naturen). Pasientene får selv velge hva de vil være med på. Hvorvidt noe fungerer som en aktivitet eller som en behandling vil avhenge av pasientene og deres opplevelse av tilbudet. Det viktigste er at pasientene kan delta på den aktiviteten de ønsker. Sykehuset tilbyr et stort spekter av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud.

Sanseregulerende behandling er et av tilbudene.

- Sykehuset etablerte for 5 år siden et «stillerom¹⁶» på sikkerhet- og rehabiliteringsavdelingen. Idéen om oppretting av et slikt rom kom etter et studiebesøk til Karolinska Institutet i Stockholm. Rommet er innredet slik at det skal hjelpe pasienter til å slappe av og finne roen gjennom stimulering av syn, hørsel, følelse og lukt. Pasienten bestemmer selv hvilke stimuli han/hun vil bruke. En ansatt med brukererfaring har vært med i utforming av «stillerommet». Man har erfart at «stillerommet» kan redusere aggresjon.

¹⁵ <https://helse-fonna.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/valen-sjukehus>

¹⁶ <https://helse-fonna.no/seksjon-avdeling/Documents/Psykisk%20helsevern/Poster%20rolige%20rommet.pdf>

- Sykehuset har også drevet utstrakt forskning på lysregulerende terapi¹⁷. En overlege (Tone Henriksen) som har gjennomført en doktorgrad på lysregulerende terapi⁴ nevnes som sentral i denne forskningen og som en pådriver til denne behandlingen. I 2019 fikk akuttposten installert et eget «lysrom», som også fungerer som «stillerom». Pasienter med depresjon/søvnproblemer kan få ordinert lysterapi etter visse kriterier, og sitter ca. 1 time i lys om morgenen. Pasienter med bipolar lidelse og søvnproblemer kan få tilbud om bruk av «oransje briller» som blokkerer blått lys og gjør at hjernen oppfatter at dagslyset er borte, og stimulerer produksjon av melatonin. På akuttavdelingen justeres lyset i avdelingen etter døgnnet i deler av fellesrommene og en har mulighet til å regulere det på 2 skjermingsrom. Ved plassering av pasienter på rom, tas det hensyn til pasientenes behov/diagnose og hvordan lyset kommer inn i rommet (øst/vest). Bruk av «blåblokkering» av lys for pasienter som er i manisk fase har vist seg å ha åpenbar effekt allerede etter 1 uke.
- De ansatte trekker frem at også andre tilbud kan ha sanseregulerende effekt. Arbeid med ull og garn kan stimulere lukt, følelse (kjenne på) osv. Fysisk aktivitet bidrar til at pasienter blir roligere og sover bedre om natten. Sykehuset har også kuledyner.

Tiltaket blir presentert som et forslag for pasientene. Når ting blir tydeliggjort og godt forklart, takker pasientene oftest ja til tilbudet.

Sykehuset tilbyr også friluftsterapi/fysisk aktivitet i naturen. Ettersom avdelingen ligger landlig til, med naturen like utenfor døren, ligger det spesielt godt til rette for dette. Ved denne institusjonen har fysisk aktivitet vært bevisst brukt som del av behandlingen i 25 år. Avdelingen er inspirert av Gaustadmiljøet ved Toril Moe og Egil Martinsens arbeid og forskning. En ansatt har utdanning i fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid fra Gaustad og en annen trenerutdanning. Før innleggelse får pasientene beskjed om å ta med turtøy og sko. Avdelingen har også noen varmedresser, støvler, regntøy, sekker, verktøy m.m. som kan lånes.

Avdelingen tilbyr:

- Det er fast turgruppe 1 gang i uken, kl. 10-14/15. Med få unntak, gjennomføres dette hele året. Turene kan foregå i nærområdet eller en kjøretur unna. Det kan være fjellturer, turer til Baroniet i Rosendal osv. Turene kan være fra 3-4 km. og opptil 1 mil. Ved å kjøpe inn mat, legger de ansatte til rette for en matpause underveis. Turgruppen er et tilbud til alle pasienter og er veldig populær (opptil 20 av 45 pasienter kan delta). Pasienter som er dårlige, kan ha med eget miljøpersonell. Påmelding til tur skjer samme dag.
- Et tilbud, kalt «Brobyggerne», er en fast gruppe som pasienter kan søke seg til. Tilbudet foregår 1 gang i uken, og 3-4 pasienter benytter seg av dette. Gruppen bidrar til å legge til rette for sykehusets aktiviteter ved å bygge broer over bekker, lage lavvo og utbedre stier. 4 hytter som tilhører sykehuset skal vedlikeholdes. «Brobyggerne» bidrar med å hugge ved, snekre, male, bære utstyr osv. Tilbudet gir fysisk aktivitet, mestring og økt kompetanse. En ansatt som er utdannet snekker har ansvar for gruppen.
- Til bruk for pasienter, har sykehuset i tillegg fiskeutstyr, kajaker, båt med 20 hestekrefter, sykler, rom til styrketrening og gymsal med klatrevegg (som pasienter har bidratt til å lage).

¹⁷ [Bruk av virtuell mørkebehandling ved mani og hypomani - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](#)
[Forskninga hennar har endra behandlinga av bipolar lidning - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](#)

På morgenmøte i langtidsavdelingene motiveres pasientene til å delta på de ulike tilbudene. Noen pasienter tar selv initiativ til å delta. Noen har vært med tidligere. Det kan stå i behandlingsplan at det er avtalt at man deltar. Noen pasienter blir motivert fra behandler. Andre pasienter på avdelingen motiverer. Noen ønsker å treffe andre. Positive erfaringer gjør at de fleste vil være med flere ganger.

Sykehuset tilbyr også Kunst og uttrykksterapi og kreative aktiviteter (tegning, maling, keramikk m.m.). Institusjonen har lang tradisjon for å gi pasientene tilbud om aktiviteter innen kunst og håndverk.

- Arbeidsstua har vært i drift siden 1960-tallet. Tidligere var dette produksjon for driften av institusjonen; «skogsdrift», vevstove. Det har vært vilje fra ledelsen til å beholde det tradisjonelle og utvikle dette i tråd med tiden slik at det nå fremstår moderne og tidsaktuelt med fokus på terapeutisk effekt. Arbeidsstua har male- og tegne utstyr og tilbyr aktiviteter som snekring, lysstøping, glassmaling, bearbeiding av ull, fremstilling av sølvsmykker og glass-smykker m.m. På arbeidsstua kan pasientene jobbe med det de har lyst til. Det er viktig at aktiviteten kan settes i gang på kort tid, mens pasienten er motivert. Arbeidsstua er åpen kl. 09:30-11:00 og 13:30-15:00. 2 faglig interesserte aktivtører har ansvar for dette tilbudet. Arbeidsstua har plass til 10-12 pasienter.
- Sykehuset har også et snekkerverksted med mye proft utstyr

I tillegg til å ha flere andre typer supplerende aktiviteter (som musikkrom med trommesett og miksepult) er sykehuset opptatt av å markere høytidsdager og ivareta tradisjoner. Det arrangeres høst- og vårfest med dans og middag, St. Hans feiring, juletefest, juleandakt, blåtur i begynnelsen av juni, vår- og høst natursti, «farmen-leikar», m.m.

Ønsker man råd og tips til hvordan organisere og gjennomføre supplerende behandlings- og aktivitetstilbud kan man kontakte Liv Rose Olderkjær Larsen, Valen Sjukehus. E-post:

liv.rose.olderkjaer.larsen@helse-fonna.no

Yoga og dyr i arbeid med barn og unge - kontakt og relasjon står i fokus ved BUP akutt, Sykehuset Innlandet

Sanderud sykehus er en del av sykehuset Innlandet. Sykehuset¹⁸ «ble etablert i 1908 som et pleieasyl for folk med psykiske problemer i Hedmark og ble etter hvert et av Norges store psykiatriske sykehus med både pleie- og behandlingsoppgaver».

BUP Innlandet¹⁹ består av 4 døgneheter. Foruten BUP akutt (8 senger) og «Utredning og behandling» (5 senger) som er lokalisert på Sanderud, består døgntilbudet av Kringsjøatnet på Lillehammer og et fem døgns tilbud til barn i alderen 6-12 år og deres familier på Gjøvik.

På BUP akutt Innlandet står kontakt og relasjon i fokus i et tilbud som vektlegger ressurser, mestring og læring. Blant de supplerende behandlinger og aktiviteter finner man yoga, dyreassistert aktivitet, sang, musikk og andre kreative aktiviteter. Akuttenheten har flere faglige tilnærminger til sitt arbeid som gjør at slike tilbud har en naturlig plass. Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en av de sentrale tilnærmingene. Det er lagt en plan for hvordan man kan benytte denne tilnærmingen i døgnpost. Noen ansatte har utdanning innen DBT. De har bidratt med å gjennomføre en lengre intern kursrekke og gi opplæring i elementer av DBT aktuelle for bruk i døgnpost.

Oppmerksomt nærvær er et viktig element i DBT, som blant annet har medført at enheten har inkludert yoga, en form for nærværspørelse, i sitt tilbud. Akuttenheten har hatt et tilbud om yoga i 3-4 år. Våren 2021 startet man opp med å gi tilbud om den terapeutiske yogaformen MediYoga. MediYoga baserer seg på østens filosofi og vestlig forskning på yoga.

MediYoga er et frivilling lavterskel-tilbud uten krav til prestasjon. Yogaterapien gjennomføres primært i gruppe (1 time 1 dag/uke). De som ikke ønsker å delta i grupper, får tilbud om individuell yogatime. Antall deltagere i gruppen kan variere fra 1 til 5 pasienter. Alle pasienter har med en miljøkontakt. På den måten er det flere ansatte til stede som kan følge opp pasientene. Yogaøvelsene er enkle og bevegelsene er rolige, men kan være krevende ettersom man sitter og ligger lenge stille. Det handler mye om å være tilstede på egen matte hvor man gis anledning til å lukke øynene og vende oppmerksomheten innover uten å måtte være opptatt av hva andre gjør.

Før timen starter, forteller yogainstruktøren om hva som skal skje og formidler at de som har behov for å gå ut av timen og ta pause underveis, kan gjøre dette. Etter timen blir deltagerne alltid spurt av instruktøren, om hvordan det har vært og om de vil dele opplevelser fra timen. De fleste vil ikke dele noe i gruppen, men kan snakke enkeltvis med instruktøren eller med sin miljøkontakt. Det ikke gjennomført noen brukerundersøkelse, men de fleste pasientene har gitt gode tilbakemeldinger. Noen synes det er vanskelig og deltar kun en gang, mens andre deltar flere ganger og utvikler økt evne til kontakt med egen kropp og bevissthet.

¹⁸ https://no.wikipedia.org/wiki/Sanderud_sykehus

¹⁹ <https://sykehuset-innlandet.no/avdelinger/bup-innlandet>

Yoga kan bidra til å dempe angst og stress. På forhånd gjøres en vurdering sammen med behandlerne om hvem som skal tilbys denne behandlingen. Man ser at dette kan være krevende for pasienter med alvorlige traumer. Pasienter med anoreksi kan ha god nytte av dette med tanke på arbeid med kroppsbevissthet og kroppsbilde.

MediYoga ledes av en miljøterapeut som er ansatt ved BUP akutt. Hun er utdannet yogainstruktør. Planleggingen foregår etter ordinær arbeidstid, en dag i uka. Det oppleves å være stor velvilje fra ledelsen til å legge til rette for tilbudet. Yogainstruktøren har fått dekket utdannelsen innen MediYoga. Behandlingen krever lite utstyr. Sykehuset har yogamatter. Man benytter egen gymsal og reserverer bruk av denne lang tid fremover. Ungdommene har gjerne med eget pledd, eller kan låne dette og/eller eventuell pute fra avdelingen. Det er høyttaler i gymsalen. Yogainstruktør lager egen spilleliste som benyttes i forbindelse med behandlingen.

Det er ikke satt av øremerkede midler til tilbudet, men det bevilges midler til innkjøp av nødvendig utstyr når det er behov for dette. Det er mye støtte for yoga blant de ansatte som også bidrar med å oppfordre pasienter til å prøve ut tilbudet ved å formidle positive erfaringer om behandlingen. Tilbudet om MediYoga er presentert i en informasjonsmappe om avdelingen.

Dersom pasientene ønsker å delta på MediYoga timene, legges dette inn i behandlingsplanen. Det evalueres jevnlig om pasientene har effekt av yoga. Pasientenes deltakelse dokumenteres i journal.

Et annet tilbud som BUP akutt Innlandet tilbyr, er dyreassistert aktivitet. Det er institusjons-skolen²⁰, InnPed (Innlandet Pedagogiske Kompetanse- og Veiledningstjeneste) som har ansvar for dette tilbudet. Skolen ligger ca. 300 m. fra sykehuset, har stor hage og er omkranset av skog. Den tar imot elever fra hele Innlandet, inklusiv elever fra tre barne- og ungdomsavdelinger på Sanderud Sykehus. På skolen er det ansatt fem lærere samt rektor. Elevene er mellom 12 og 18 år.

Skolen har drevet med dyreassistert intervensjon i 15 år. De har ulike tilbud knyttet til kontakt med dyr som er testet og egnet til formålet:

Fire dager i uken disponerer de en hund som benyttes på ulike måter til å stimulere og legge til rette for læring. Hunden er med og henter elever som ikke vil eller strever med å komme seg på skolen. Man bruker hunden som pauseaktivitet for elevene og til «walk and talk» med elever og lærere. Skolen disponerer også et eget «hunderom» som kan brukes som klasserom når eleven ikke ønsker å gå inn på skolen.

To dager i uken er det uteskole. Man reiser da til en gård hvor det finnes hester, ponnier, høner og katter. Elevene steller dyrene. Når elevene er sammen med hest, har de for det meste bakkekontakt. Det er fokus på sansene. Innimellom kan det også være rom for å sitte i vogn bak hest, ri, stå på ski etter hest osv.

²⁰ <https://www.elverum.kommune.no/skole/grunnskoler/innped>

Rektor er ansvarlig for dyreassistert aktivitet og påser at dyrene egner seg til dette bruket. Hun har tilleggsutdanning fra NMBU (Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås) ift. dyreassisterte intervensjoner.

Timeplanen kan variere fra uke til uke og avhenger av gruppesammensetningen av elever, av årstid osv. Akkurat nå skal det bygges en hundegård, og elevene skal bidra i dette arbeidet. Det er mye læring i praktisk arbeide.

Det er lave kostnader knyttet til bruk av dyreassistert aktivitet. Hunden eies av en av de ansatte. Skolen kjøper inn hundeposer og noen godbiter. Gården man benytter drives av en ansatt. Det foreligger en leieavtale med kommunen med hensyn til forsikring av elevene og liknende.

Lærerne jobber tett sammen med behandlere og spesialister på institusjonen. Tilbudet er prioritert i driften og en viktig del av behandlingen. Det holdes refleksjonsmøter med behandlere hver uke, noe både skole og avdeling har stor nytte av. Skolen deltar også i behandlingsmøte en gang pr. uke. Skolen legger stor vekt på uteskole, sosial trening og arbeidslivserfaring. De ønsker å hjelpe elevene til å bli aktører i eget liv, komme tilbake til deres hjemmemiljø og til å bli aktive samfunnsborgere.

Uteskolepedagogikk og fokus på folkehelse og livsmestring ligger til grunn for det pedagogiske tilbudet skolen gir. Hver elev har individuelle læringsmål. Observasjonene nedfelles i rapporter og epikrise sendes til skole på hjemsted, barnevern o.l. Ved utskrivelse gjennomføres en elev-undersøkelse. Det kartlegges og observeres hva som fungerer eller ikke fungerer. Elevene deltar i denne prosessen, og evaluering viser at skolens elever er svært fornøyde med dyreassistert aktivitet.

De fleste elevene har et stort utbytte av å være sammen med dyr. Hver dag ser de ansatte på skolen hvor nyttige dyrene er. Elevene blir roligere og mange opplever mindre angst når dyret og ikke de selv er i fokus. Relasjonen med dyr er uforpliktende. Dyrene krever ingenting. «Tøffe gutter» kan f.eks. vise nærhet og omsorg og komme i kontakt med egne følelser i møte med dyr. Kontakt med dyr kan gi livsmestring, bedre helse og bedre læring. Elevene kan trygges og ansvarliggjøres ved f.eks. å ta ansvar for stell, holde hund i bånd osv. Dyrene hører skolehverdagen til og er ikke tilgjengelig på kveld/natt og i helger.

Ønsker man råd og tips til hvordan organisere og gjennomføre supplerende behandlings- og aktivitetstilbud kan man kontakte, Tor-Erland Baadshaug, Sykehuset Innlandet. E-post: Tor.Erland.Baadshaug@sykehuset-innlandet.no

Appendiks D: Spørreskjema

Kultur, kropp og bevegelse - kartlegging av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud i Akuttnettverket

«Kultur, kropp og bevegelse» er et fagutviklingsprosjekt iverksatt av avdeling Forskning og Utvikling (FoU), divisjon psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus (Ahus). Prosjektet gjennomføres i regi av Akuttnettverket i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg.

Målet for prosjektet er å kartlegge bruken av supplerende behandlings- og aktivitetstilbud ved døgnpsykiatriske akutenheter for barn, unge og voksne i Akuttnettverket. De supplerende tilbudene vi har valgt å kartlegge er tilbud som involverer kunst, musikk, natur, kropp og bevegelse, og som kommer i tillegg til etablert samtalerapi og medikamentell behandling. I en hektisk akuttpsykiatrisk hverdag kan øyeblikkelig hjelp og kort liggetid være en utfordring når det gjelder å tilby supplerende behandling og aktiviteter. Samtidig vet vi at det eksisterer et spekter av tilbud som vi ønsker å få mer innblikk i.

Spørreskjemaet vi ber deg fylle ut vil ta ca. 10 minutter, men vil avhenge av hvor omfattende tilbud enheten har. Vi ber deg besvare spørsmålene innen 15. desember 2020.

Resultatene fra spørreundersøkelsen vil formidles i en nettrapport på Akuttnettverkets nettsider, på samling i Akuttnettverket våren 2021 og eventuelt i en fagartikkel i et vitenskapelig tidsskrift. Resultatene vil formidles på gruppenivå, slik at informasjon knyttet til den enkelte enhet ikke vil fremkomme.

Dersom FoU ser at din enhet har et velfungerende behandlings- eller aktivitetstilbud det kan være nyttig for andre å kjenne til, vil vi ta kontakt for å få deres samtykke til å formidle dette. Lokalt personvernombud (PVO) ved Ahus har vurdert at det ikke samles inn personopplysninger i prosjektet, og at personvernlovgivningen ikke kommer til anvendelse.

Kort om utfylling av spørreskjemaet:

Vi benytter gjennomgående begrepet «enhet» i skjemaet, siden det vil avhenge av organisasjonsstrukturen på hvert enkelt sykehus om dette henviser til avdeling, seksjon, post, enhet osv.

Enheten velger selv på hvilket nivå (avdeling, seksjon, post, enhet osv.) det vurderes som hensiktsmessig å besvare spørreskjemaet.

Første del av spørreskjemaet tar for seg supplerende behandlingstilbud. Andre del tar for seg supplerende aktivitetstilbud. Det kan være en glidende overgang mellom supplerende behandlinger og aktiviteter, men supplerende behandling defineres her som at det foreligger en fagspesifikk kompetanse, en forankring i faglig teori og metode, en individuell terapeutisk hensikt og en individuell tilrettelegging.

Vi takker for at du tar deg tid til å fylle ut skjemaet og ønsker deg lykke til med besvarelsen!

Navn på enhet og helseforetak *

.....

Type enhet (velg flere alternativ) *

- BUP
- PHV Voksen
- Ren akuttpost
- Både akutt og elektive, planlagte, lengre innleggelser

Del 1: Supplerende behandlingstilbud

1.1. Hvilke av følgende supplerende behandlingstilbud tilbys vanligvis ved enheten? (Det vil si behandlingstilbud som går utover etablert samtalerterapi, psykoedukasjon og medikamentell behandling.) (Inkluder også behandling som er midlertidig lagt ned pga. Covid-19.) (Velg flere alternativ)

- 1.1.1. Fysioterapi
- 1.1.2. Psykomotorisk fysioterapi
- 1.1.3. Annen kropporientert terapi (eks. sensorimotorisk psykoterapi, terapeutisk mindfulness, yogaterapi o.l.)
- 1.1.4. Sanseregulerende behandling (eks. lysterapi og virtuell mørketerapi, sanserom med massasje, boblebadekar, kuledyne, kulemadrass o.l.)
- 1.1.5. Ergoterapi (eks. ADL trening)
- 1.1.6. Friluftsterapi
- 1.1.7. Dyreassistert terapi (eks. bruk av terapihund, terapiridning o.l.)
- 1.1.8. Musikkterapi
- 1.1.9. Danse- og bevegelsesterapi
- 1.1.10. Kunst- og uttrykksterapi
- 1.1.11. Annet (spesifiser)

FOR HVER AV DE AVKRYSSEDE SUPPLERENDE BEHANDLINGSTILBUDENE, KOMMER DISSE OPPFØLGINGSSPØRSMÅLENE OPP:

a) Hvordan gjennomføres denne behandlingen? (Velg flere alternativ)

- Individuelt
- I gruppe
- Kun med pasienter
- Med både pasienter og pårørende
- Av eksterne ansatte utenfor enheten med formell fagkompetanse (f.eks. innleid fagpersonell, sykehusets kliniske fellesfunksjoner, ergoterapitjeneste o.l.)
- Av ansatte ved enheten med formell fagkompetanse

b) I hvilken grad vurderes denne behandlingen som nyttig for enhetens pasientgruppe?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

c) I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby denne behandlingen?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

d) I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av denne behandlingen?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»

- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

e) I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 i konflikt med gjennomføring av denne behandlingen?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

(GENERELLE SPØRSMÅL VEDR. ALLE DE SUPPLERENDE BEHANDLINGSTILBUDENE)

1.2. I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende behandling i fokus ved rekruttering av personell?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

1.3. I hvilken grad opplever dere at det eksisterende supplerende behandlingstilbudet imøtekommer pasientgruppens ønsker og behov?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

1.4. I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende behandlingstilbud dere har planlagt?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

1.5. I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende behandlingstilbud dere har planlagt?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

Del 2: Supplerende aktivitetstilbud

2.1 Hvilke av følgende supplerende aktivitetstilbud tilbys vanligvis ved enheten? (Inkluder også miljøterapeutiske tiltak som benyttes mer sporadisk og aktiviteter som er midlertidig lagt ned pga. Covid-19). (V)

- 2.1.1. Fysisk aktivitet inne (eks. ballspill, boksesekk, treningsapparater i gymsal o.l.)
- 2.1.2. Fysisk aktivitet ute i sykehusets nærmeste område (eks. gåturer i nærområdet, ballspill o.l.)
- 2.1.3. Fysisk aktivitet ute i naturen (eks. lengre turer i skog og mark, padling, sykling o.l.)
- 2.1.4. Dyreassistert aktivitet (mulighet for kontakt med dyr)
- 2.1.5. Meditasjon, yoga, avspenning
- 2.1.6. Sang, bruk av instrumenter og musikk
- 2.1.7. Tegning, maling, keramikk og andre liknende kreative aktiviteter
- 2.1.8. Lek og spillaktiviteter (interaktive dataspill, kortspill, yatzy, puslespill etc.)

2.1.9. Annet (spesifiser).....

FOR HVER AV DE AVKRYSSEDE SUPPLERENDE AKTIVITETENE, KOMMER DISSE
OPPFØLGINGSSPØRSMÅLENE OPP:

a) Hvordan gjennomføres denne aktiviteten? (velg flere alternativ)

Individuelt

I gruppe

Kun med pasienter

Med både pasienter og pårørende

Sporadisk (som del av handlingsrepertoaret for miljøpersonalet etter behov)

Systematisk, fast og regelmessig

b) Med hvilken hensikt eller terapeutisk gevinst gjennomføres aktiviteten? (eks. for å fylle tiden, som avledning, for å fremme mestring og mobilisere ressurser, for å fremme samspill og samhold osv.) (spesifiser)

.....

c) I hvilken grad vurderes denne aktiviteten som nyttig for enhetens pasientgruppe?

«I stor grad»

«Til en viss grad»

«Verken eller»

«I liten grad»

«Ikke i det hele tatt»

d) I hvilken grad er enhetens lokaliteter og omgivelser utformet og egnet for å tilby denne aktiviteten?

«I stor grad»

«Til en viss grad»

- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

e) I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med gjennomføring av denne aktiviteten?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

f) I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 i konflikt med gjennomføring av denne aktiviteten?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

GENERELLE SPØRSMÅL VEDR. ALLE DE SUPPLERENDE AKTIVITETSTILBUDENE

2.2. I hvilken grad står fagkompetanse innen supplerende aktiviteter i fokus ved rekruttering av personell?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

2.3. I hvilken grad opplever dere at det eksisterende supplerende aktivitetstilbudet imøtekommer pasientgruppens ønsker og behov?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

2.4. I hvilken grad har faste ansatte ansvar for gjennomføringen av aktivitetene? (I motsetning til innleid personell, vikarer, ekstravakter osv.)

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

2.5. I hvilken grad kommer selvmordsforebyggende sikringstiltak i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende aktivitetstilbud dere har planlagt?

- «I stor grad»
- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»

2.6. I hvilken grad kommer smitteforebyggende tiltak i forbindelse med Covid-19 i konflikt med initiering av eventuelt andre supplerende aktivitetstilbud dere har planlagt?

- «I stor grad»

- «Til en viss grad»
- «Verken eller»
- «I liten grad»
- «Ikke i det hele tatt»