

Lerum, Dina Beate
Kampenhøi, Madeleine Tangen

Tilretteleggelse av aktivitet i psykisk helsevern

Hvordan tilrettelegges aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien?

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Torbjørn S. Jacobsen

Mai 2021

Lerum, Dina Beate
Kampenhøi, Madeleine Tangen

Tilretteleggelse av aktivitet i psykisk helsevern

Hvordan tilrettelegges aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Torbjørn S. Jacobsen
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Tilretteleggelse av aktivitet i psykisk helsevern.
Forfattere	Madeleine Tangen Kampenhøi Dina Beate Lerum
Veileder:	Torbjørn S. Jacobsen
Nøkkelord:	Aktivitet, psykisk helsevern, pasientdeltakelse, ergoterapi, tilretteleggelse.
Antall ord:	10 950
Antall sider:	57

Innledning: Ergoterapeuter har sitt opphav fra psykiatrien, men de senere årene har de blitt mindre utbredt innenfor fagfeltet. Gjennom forskning blir det fremhevet at engasjement i meningsfulle aktiviteter er en viktig komponent i bedring av psykiske lidelser. Samtidig fremlegges det at personer med psykiske lidelser ofte opplever barrierer ved deltakelse av aktivitet.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse hvordan aktivitet ble tilrettelagt på enhetene for å påvirke pasientdeltakelse i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien. Med dette ønsker vi å få et innblikk i virksomhetens utførelse av aktivitet sett ifra informantenes erfaringer.

Forskningsspørsmål: Hvordan tilrettelegges aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien?

Metode: Studien var basert på kvalitativt forskningsintervju, der utvalget var på fire informanter. Intervjuene ble basert på individuelle semistrukturerte intervjuer.

Resultat: Studiens funn påpekte varierende tilrettelegging av aktivitet på enhetene. Funnene viste ulike organisering som kan ha muliggjørende eller begrensende utfall på pasientdeltakelsen. Informantene fremhever motivasjon som en viktig strategi for å påvirke pasientenes engasjement. Likevel påpekes det manglende faglig forståelse rundt aktivitet som medfører til utfordring angående tilretteleggelse av aktivitet. Samtidig kommer det frem at nasjonale og administrative føringer kan sette begrensinger for pasientdeltakelsen på døgnbaserte enheter.

Konklusjon: Funnene fremhever at pasientdeltakelsen kan ses som et resultat av enhetens organisering av aktivitet og personalets evne til å motivere. Samtidig kan mangel på faglig forankring, samt nasjonale og administrative føringer påvirke tilretteleggelse av aktivitet. Pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter kan dermed beregnes som en følge av dynamikken mellom person, aktivitet og omgivelser.

Ord: 245

Abstract

Title:	Facilitation of activity in mental health care.
Authors:	Madeleine Tangen Kampenhøi Dina Beate Lerum
Supervisor:	Torbjørn S. Jacobsen
Keywords:	Activity, mental health care, patient participation, facilitation, occupational therapy.
Number of words:	10 950
Pages:	57

Introduction: Occupational therapists have their origins in psychiatry, but in recent years they have become less widespread in the field. Through research, it is emphasized that involvement in meaningful activities is an important component in the recovery of mental disorders. At the same time, it is presented that people with mental disorders often experience barriers when participating in activity.

Research question: How is activity arranged to influence patient participation in 24-hour units in adult psychiatry?

Purpose: The purpose of the study is to shed light on how activity is arranged at the units to influence patient participation in 24-hour units in adult psychiatry. With this, we want to get an insight into the company's performance of activity from the informants' experiences.

Method: The study is based on a qualitative research interviews, where four informants were included. The interview is based on individual semi-structured interviews.

Result: The discovery of the research indicates varying facilitation of activity at the units. The findings show different organization, which may have enabling or limiting outcomes on patient participation. The informants emphasize motivation as an important strategy for influencing patient involvement. Still, there is a lack of professional understanding regarding activity, which entails a challenge around facilitation of activity. At the same time, the national and administrative guidelines may place restrictions on patient participation in 24-hour-based units.

Conclusion: The findings emphasized that patient participation can be a result of the unit's organization of activity and the ability of the personal to motivate. At the same time, the lack of professional foundation, as well as national and administrative guidelines can affect the facilitation of activity. Patient participation in 24-hour units can then be seen in the context of the dynamics of interaction between person, activity and environment.

Number of words: 290

Forord

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en svært innholdsrik prosess. Vi ser tilbake på en tid som har vært lærerik, interessant og utforende. Vi har skrevet om et tema som vi begge synes er viktig, og har gjennom denne prosessen innarbeidet ny kunnskap som vi er veldig takknemlige for.

Vi ønsker å takke alle som har bidratt til at vi kan presentere vårt endelige produkt. En spesiell takk ønsker vi å rette til informantene som har bidratt med sin tid og kunnskap inn i bacheloroppgaven. Vi vil takke vår veileder Torbjørn S. Jacobsen som har gitt oss gode råd og støtte underveis i prosessen.

Vi ønsker også å takke familie og venner som har støttet oss gjennom hele prosessen.

Til slutt vil vi takke hverandre for god støtte, faglige diskusjoner og godt samarbeid gjennom prosessen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Forord	3
1.0 Innledning og bakgrunn	6
<i>1.1 Begrepsavklaring</i>	6
<i>1.2 Teoretisk rammeverk</i>	7
1.2.1 The Person – Environment – Occupation Model	7
1.2.2 Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet	7
<i>1.3 Bakgrunn for temaet</i>	8
1.3.1 Personlig erfaringsbakgrunn	8
1.3.2 Tidligere forskning på aktivitet i psykiatrien	8
1.3.3 Ergoterapifaglig relevans	10
1.3.4 Nasjonale føringer og dokumenter knyttet til psykisk helsearbeid	10
<i>1.4 Hensikt og problemstilling</i>	11
2.0 Metode	11
<i>2.1 Metodiske utgangspunkt</i>	11
<i>2.2 Utvalg</i>	12
<i>2.3 Datainnsamling og transkribering av intervju</i>	13
<i>2.4 Analyse</i>	14
<i>2.5 Artikkelsøk</i>	16
<i>2.6 Etiske hensyn</i>	17
3.0 Resultat	18
<i>3.1 Aktivitetstilbud på enhetene</i>	18
<i>3.2 Strategier for å påvirke aktivitetsdeltakelse</i>	19
3.2.1 Organisering av aktivitetstilbud	19

3.2.2	Motivasjonsfaktorer.....	21
3.2.3	Oppmøte av pasienter på aktivitet.....	22
3.3	<i>Nasjonale og administrative føringer.....</i>	23
3.3.1	Tidligere behandlingsløp og liggetid.....	23
3.3.2	Nedkutting av stillinger.....	23
3.4	<i>Kompetanse for aktivisering.....</i>	24
4.0	Diskusjon.....	25
4.1	<i>Resultatdiskusjon.....</i>	25
4.1.1	Aktivitetstilbud på enhetene.....	25
4.1.2	Organisering av aktivitet på enhetene.....	29
4.1.3	Motivasjonsfaktorer.....	31
4.2	<i>Metodediskusjon.....</i>	33
4.2.1	Valg av metode.....	33
4.2.2	Utvalg av informanter.....	33
4.2.3	Innsamling av data.....	34
4.2.4	Litteratursøk.....	35
5.0	Konklusjon.....	36
6.0	Referanseliste.....	38
7.0	Vedlegg.....	44
7.1	<i>Vedlegg: Informasjonsskriv.....</i>	44
7.2	<i>Vedlegg: Intervjuguide.....</i>	48
7.3	<i>Vedlegg: Søkehistorikk.....</i>	52
7.4	<i>Vedlegg: NSD godkjenning bachelor.....</i>	55

1.0 Innledning og bakgrunn

Temaet for studien berører aktivitet i psykisk helsevern. Oppgaven har fokus på hvordan aktivitet tilrettelegges for å påvirke pasientdeltakelsen på døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien, herunder spesialisthelsetjenesten. Studien baseres på kvalitativt forskningsintervju, der utvalgets erfaringer og meninger tilknyttet temaet ble undersøkt. Funnene ble sammenliknet og drøftet med tidligere forskning.

1.1 Begrepsavklaring

Psykisk helsevern: Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelser og behandlinger av mennesker på grunn av psykiske lidelser, samt pleie og omsorg (Psykisk helsevernloven, 1999).

Døgnbaserte enheter: Døgnopphold gis til pasienter som er innlagt og overnatter på døgnenheten for å få behandling (Helsedirektoratet, 2016).

Pasientbegrepet: Personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenestene eller som henvender seg til helsetjenestene med en anmodning om helsehjelp inngår i begrepet (Helsedirektoratet, 2018). Både «friske», kroniske syke og personer med funksjonshemninger som har brukt for ytelser fra helsetjenestene vil være pasienter når de bruker helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2018).

Aktivitet: Defineres som en enestående beskjeftigelse hvor en person engasjerer seg i sine daglige aktivitetserfaringer (Law *et al.*, 1996). Aktivitet anses å være den grunnleggende enheten av en oppgave (Law *et al.*, 1996).

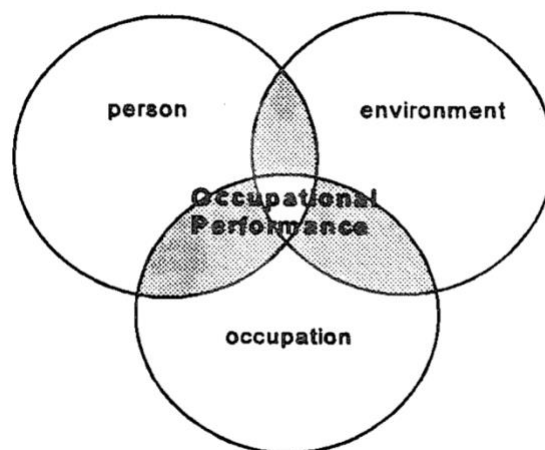
Meningsfull aktivitet: Defineres som en gruppe av aktiviteter og oppgaver som en person engasjerer seg i for å møte sine indre behov for vedlikeholdene av selvet, uttrykkelse og oppfyllelse (Law *et al.*, 1996).

Aktivitetsdeltakelse: Defineres som den dynamiske opplevelsen av en person som engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter innenfor omgivelser (Law *et al.*, 1996).

1.2 Teoretisk rammeverk

1.2.1 The Person – Environment – Occupation Model

Det teoretiske rammeverket som ble benyttet i oppgaven er The Person – Environment – Occupation Model, heretter kalt PEO-modellen. Denne modellen henviser til det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelsene (Law *et al.*, 1996). I samsvar med modellen antas personen å være dynamisk, motivert og et stadig utviklende vesen som kontinuerlig samhandler med omgivelsene (Law *et al.*, 1996). Omgivelsene viser til konteksten hvor aktivitetsdeltakelsen til personen finner sted, og kan ha muliggjørende og begrensende effekt på aktivitetsdeltakelsen (Law *et al.*, 1996). Aktivitet anses for å møte personens indre behov for å vedlikeholdet selvet, uttrykkelse og oppfyllelse i sammenheng med individets personlige rolle og omgivelse (Law *et al.*, 1996). Samspillet mellom disse tre komponentene resulterer i individets aktivitetsdeltakelse (Law *et al.*, 1996). PEO-modellen ble valgt for å fremheve samspillet, og belyse de ulike komponentenes påvirkningskraft på aktivitetsdeltakelsen. Gjennom diskusjonskapitlet har PEO-modellen vært med på å underbygge personens behov for aktivitet, som har vist til aktivitetens relevans innenfor voksenpsykiatrien. Hvordan enhetene tilrettelegger for aktivitet kan påvirke pasientenes aktivitetsdeltakelse, der omgivelsene kan skape muliggjørende og begrensende faktorer.



Figur 1: Modellen illustrerer PEO-modellen hvor komponentene aktivitet, person og omgivelser påvirkes i en dynamisk prosess (Law *et al.*, 1996).

1.2.2 Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet

Perspektivet som har blitt benyttet i studien er det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet.

Teorien baseres på en antagelse om at individer forstår verden på bakgrunn av hvor de lever

og arbeider (Creswell, 2009). Enkelt personer utvikler med tiden subjektive opplevelser av deres erfaringer som er rettet mot bestemte fenomener (Creswell, 2009). Erfaringene blir varierende, som fører til at forsker må se kompleksiteten i meningene i stedet for å begrense (Creswell, 2009). Målet med forskningen har vært å fremme deltakerens syn på situasjonen som studeres (Creswell, 2009). Dette ble tatt i betraktning når gruppemedlemmene skulle utforme og utføre intervjuene, samt analysearbeidet der meningsfortetting ble benyttet. Vi har dermed ansett det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet som relevant for å besvare problemstillingen, da ønske var å se på informantenes erfaringer knyttet til temaet.

1.3 Bakgrunn for temaet

1.3.1 Personlig erfaringsbakgrunn

Temaet for oppgaven ble bestemt på grunnlag av vår personlig interesse og erfaring fra praksisfeltet psykiatri. Gruppemedlemmene har observert et variabelt aktivitetstilbud på døgnbaserte enheter, der aktivitetene har vært sammensatt av ulike verdier knyttet til organisering og faglig forankring. Vi har ansett temaet som tidsaktuelt på bakgrunn av den økende forekomsten av psykiske lidelser.

Om lag halvparten av befolkningen vil nemlig oppleve psykiske vansker i løpet av livet (Meld. St.7 (2019-2020)). Studier som er gjennomført i etterkant av koronapandemiens utbrudd viser til dels en drastisk forverring i andelen voksne mennesker med psykiske plager de første månedene av koronapandemien (Daly, Sutin, Robinson, 2020; Pierce *et al.*, 2020; Twenge og Joiner, 2020; Folkehelseinstituttet, 2021). I Norge er ikke de samme funnene bekreftet, da en norsk studie fant stabile nivåer av psykiske lidelser i befolkningen de første seks månedene av pandemien (Folkehelseinstituttet, 2021; Knudsen *et al.*, 2021).

1.3.2 Tidligere forskning på aktivitet i psykiatrien

Forskning viser at voksne som er diagnostisert med psykiske lidelser opplever ofte barrierer som begrenser muligheter til å delta i hverdagslige aktiviteter, som resulterer i dårlig trivsel og aktivitetsubalanse (Milbourn, McNamara, Buchanan, 2017). Aktivitet er et grunnleggende behov som er avgjørende for individets eksistens og kvaliteten på denne (Stewart *et al.*, 2016). Helse, velvære og meningsfull aktivitet kan ses i et gjensidig forhold, hvor helse er en ressurs for å muliggjøre deltakelse i nødvendige, verdifulle og meningsfulle aktiviteter (Stewart *et al.*, 2016). Samtidig vil helse og velvære skapes, oppleves og gjenopprettes gjennom deltakelse i

meningsfulle aktiviteter (Stewart *et al.*, 2016). Ifølge Lipskaya-Velikovsky, Kotler og Krupa (2016) er engasjement i meningsfulle aktiviteter en viktig komponent i bedring av psykiske lidelser.

Ifølge forskningen til Wong *et al.* (2020) belyses det at pasienter som er innlagt i psykiatrien opplever generelt liten motivasjon til aktivitetsdeltakelse, der pasientene ofte ser på aktivitet som en mindre meningsfull del av behandlingen. Dette kan ses i lys av at personer med psykiske lidelser ofte kan betraktes som mer inaktive enn den generelle befolkningen (Peddie, Westbury og Snowden, 2020). Samtidig fremlegges det at personer med psykiske lidelser ofte opplever barrierer ved deltagelse av aktiviteter (Peddie, Westbury og Snowden, 2020; Milbourn, McNamara, Buchanan, 2017). Wong *et al.* (2020) belyser viktigheten av å la pasienter selv velge aktiviteter som de foretrekker å utføre i stedet for at personalet skal ta avgjørelsen. Grunner til dette er at det kan bidra til motivasjon, hvor pasienten bytter fra grunnleggende egenomsorgsaktiviteter til målrettede aktiviteter (Wong *et al.*, 2020).

Ifølge forskningen til Renberg og Sandlund (2019) vises det at personalet som jobber i psykiske helsevern forsøker å lytte til pasientenes behov og ønsker, men det bemerkes behov for mer systematisk måte å utføre dette på. Det fremlegges at å lytte til pasientens forespørsel vil ha en innflytelse på individnivå, som kan medføre til høyere grad av deltagelse (Renberg og Sandlund, 2019). I tillegg er samarbeid mellom pasientene innad på enheten en viktig komponent for pasienters opplevelse av aktiviteten (Foye *et al.*, 2020). Ved å involvere seg i gruppeaktiviteter sammen med andre pasienter kan medføre til sosial tilknytting og følelse av inkludering (Foye *et al.*, 2020).

Gjennom litteratursøk observerte gruppemedlemmene at det var mye forskning angående fysisk aktivitet og psykisk helse. Peddie, Westbury og Snowden (2020) bemerker en økende mengde med bevis som støtter positive forhold mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Dette har resultert i mangelfull forskning i henhold til meningsfull aktivitet. Foye *et al.* (2020) belyser behov for ytterligere forskning angående deltagelse på aktivitet innenfor psykiatriske avdelinger for voksne. Samtidig fremheves det et behov for forskning ved identifisering av meningsfulle aktiviteter hos den enkelte pasient (Foye *et al.*, 2020). Ved å skape faglig forankring rundt aktivitet på avdeling, kan det bidra til å fremme aktivitetstilbudet som kan møte pasientens behov (Foye *et al.*, 2020). Det er også behov for forskning knyttet til hvordan forholdet mellom personal og pasient kan påvirke hverandre (Milbourn, McNamara og

Buchanan, 2017). Når gruppemedlemmene søkte i de ulike databasene, fremkom det mangelfull forskning angående aktivitet, samt organisering av aktivitet på døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien.

1.3.3 Ergoterapifaglig relevans

Ergoterapeuter har sitt opphav fra psykiatrien, der meningsfull aktivitet var sentralt for utvikling av faget for over 100 år siden (Christiansen og Haertl, 2014). Ergoterapeuter tar sikte på å tilrettelegge for individers ytelse for å støtte restitusjon, helse, velvære og sosial deltakelse (Cole, 2014). Ergoterapeuter har deriblant en lang tradisjon med å bruke fysisk aktivitet for sine terapeutiske fordeler, spesielt innen psykiatriske institusjoner (Cole, 2014). Ved de store psykiatriske sykehusene var arbeidsstuer et vanlig og verdsatt tilbud til pasienter (Nygård, 2018). Arbeidsstueene var ledet av ergoterapeuter, men gradvis endret de psykiatriske institusjonene mye av sitt preg på begynnelsen av 1970-tallet (Nygård, 2018). Mange arbeidsstuer ble borte, dermed forsvant flere ergoterapeutstillinger med disse (Nygård, 2018). Ergoterapeuter kan tilrettelegge for aktivitetsdeltakelse gjennom det dynamiske samspillet mellom person, omgivelse og aktivitet (Law *et al.*, 1996).

Nygård (2018) viser til at de ikke har noen god statistikk over utviklingen i antall stillinger for ergoterapeuter innenfor psykisk helse og rusavhengighet. Enkelte steder er ergoterapeutstillingene opprettholdt, andre steder er stillingen fjernet eller omgjort til miljøterapeutstillinger (Nygård, 2018). Ergoterapi har blitt mindre utbredt innenfor psykiske helsetjenester gjennom årene (D'Amica, Jaffe og Gardner, 2018). Ifølge Gutman (2012) kan dette ses i lys av manglende forskning rundt ergoterapifaget innenfor psykisk helse, som kan medføre usikkerhet rundt ergoterapeuters rolle innenfor fagfeltet.

1.3.4 Nasjonale føringer og dokumenter knyttet til psykisk helsearbeid

Antallet heldøgnsplasser i spesialisthelsetjenesten tilknyttet rusbehandling og psykiatri har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014 (Myhrvold *et al.*, 2018-2019). Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at bakgrunnen for redueringen skyldes omstruktureringen fra døgnbehandling ved sykehusene til dagbehandling ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) (Myhrvold *et al.*, 2018-2019). I 1998 var det 6 276 sengeplasser i psykisk helsevern, men antallet ble drastisk redusert til 3 746 i 2017 (Myhrvold *et al.*, 2018-2019). Med færre sengeplasser og kortere liggetid er også innholdet i tilbudet på døgnavdelinger endret

(Nygård, 2018). Gjennomsnittlig liggetid i psykisk helsevern har også blitt redusert i overkant av 30 prosent fra 2009 til 2018 (Hansen, 2019). Liggetiden har dermed gått ned fra henholdsvis 27 liggedøgn til 18 (Hansen, 2019).

Regjeringen har styrket tjenestene for mennesker med psykiske helseutfordringer de senere årene på grunn av den økte forekomsten av psykiske lidelser (Meld. St.7 (2019-2020)). Allikevel kommer det frem at behandlingen ikke når alle (Meld. St.7 (2019-2020)). I noen tilfeller kan dette forbindes med at pasientene ikke blir godt nok involvert i egen behandling (Meld. St.7 (2019-2020)). Tjenestene bør i større grad innrettes etter om behandlingen faktisk hjelper og om den bidrar til bedre livskvalitet og mestring av eget liv, sett med pasientenes øyne (Meld. St.7 (2019-2020)).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan aktivitet ble tilrettelagt på enhetene for å påvirke pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien. Med dette ønsket vi å få et innblikk i virksomhetens utførelse av aktivitet sett ifra informantenes erfaringer. Med utgangspunkt i studiets hensikt ble følgende problemstilling utformet:

- Hvordan tilrettelegges aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien?

2.0 Metode

Metodekapitlet beskriver stegene i forskningsprosessen, der den valgte fremgangsmåten blir presentert. De syv stadiene til Kvale og Brinkmann (2019) har blitt benyttet for å planlegge hvordan prosessen skulle gjennomføres: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, verifisering og rapportering. Det følgende kapitlet beskriver metodisk utgangspunkt, utvalg, analyse, artikkelsøk og etiske hensyn.

2.1 Metodiske utgangspunkt

Studiet ble basert på kvalitativt forskningsintervju, der intervjupersonen ble fremhevet som et subjekt gjennom å skape mening og forståelse over et bestemt tema (Kvale og Brinkmann, 2019). Kvale og Brinkmann (2019) forklarer kvalitative forskningsintervju som en

søken etter å forstå verden sett fra intervjupersonens side, der målet er å fremme betydningen av folks erfaringer, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2019). For å få kunnskap som kunne belyse problemstillingen anså vi kvalitativt forskningsintervju som den mest hensiktsmessige metoden, da fagpersonene fikk mulighet til å beskrive selv hvordan aktivitet ble tilrettelagt på enhetene.

2.2 Utvalg

Utvalget ble på fire informanter, der antallet informanter ble bestemt på grunnlag av bacheloroppgavens omfang. Det ble foretatt et strategisk utvalg, kombinert med snøballrekrutering. Vi startet med å sende mail til avdelingssjefer på aktuelle enheter, der mailadressene ble funnet gjennom webcruiter. Responsen var redusert og noen takket nei til deltakelse, men en informant ble rekruttert via denne prosessen. De tre øvrige informantene har blitt valgt ut ifra snøballrekrutering, der gruppemedlemmene fikk bistand av bekjente i miljøet som kunne vært potensielle informanter. Snøballrekrutering handler om at personer gir forslag om andre informanter som kan være aktuelle for studie (Halvorsen, 2008). Grunnlaget for denne rekrutteringsprosessen var at vi hadde et manglende nettverk i miljøet. Rekrutteringsprosessen tok utgangspunkt i flere inklusjonskriterier som de bekjente som bidro med rekruteringen fikk innsikt i. Studien har dermed tatt utgangspunkt i et strategisk utvalg.

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting, hvor materialet kan belyse studiets problemstilling (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriet for utvalget var en treårig utdanning innenfor helse og sosialfag, sett bort ifra ergoterapi, og jobbe i voksenpsykiatrien herunder spesialisthelsetjenesten. Vi oppsøkte informanter som hadde minimum 2 års arbeidserfaring innenfor tjenesten, slik at utvalget hadde best mulig potensial for å belyse studiet. Utvalget skulle jobbe på døgnbaserte enheter, der pasientene er i behandling med ca. samme lengde. Vi valgte å utelukke enheter i akuttpsykiatrien, for å fokusere på enheter som hadde lengere innleggelse.

Bakgrunnen for å intervju helsefaglige yrkesgrupper, med unntak av ergoterapeuter, var for å få en indikasjon på deres erfaringer tilknyttet aktivitet. Som nevnt i innledningskapitlet har ergoterapi blitt mindre utbredt innenfor psykiske helsetjenester gjennom årene (D'Amica, Jaffe og Gardner, 2018; Nygård, 2018). Enkelte steder er ergoterapeutstillingene fjernet eller omgjort til miljøterapeutstillinger (Nygård, 2018). Med dette som bakgrunn ble

gruppemedlemmene nysgjerrige på hvordan aktivitet tilrettelegges for å påvirke pasientdeltakelsen, da det imidlertid var få ergoterapeuter som jobbet i psykiatrien.

2.3 Datainnsamling og transkribering av intervju

Forskningsintervjuet ble basert på et semistrukturert intervju, der målet var å innhente beskrivelser av intervjupersonens fortolkninger og meninger om et bestemt fenomen (Kvale og Brinkmann, 2019). Intervjuet skal verken være en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer med forslag til spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2019). Med dette som grunnlag ønsket gruppemedlemmene å innhente informantenes erfaringer basert på studiets tema, for å se hvordan aktivitet blir tilrettelagt i praksis. Intervjuene ble utført individuelt, med utgangspunkt i intervjuguiden som er vist i vedlegg 7.2. I etterkant av intervjuene bemerket gruppemedlemmene at funnene ikke besvarte daværende problemstilling. Dermed ble ny problemstilling utformet, som har gjort at informasjonsskrivet, vist i vedlegg 7.1, ikke samsvarer nøyaktig med nåværende problemstilling. Innholdet og temaet i studiet ble dermed videreutviklet fra oppgavens start.

Det ble valgt å benytte individuelle intervju på bakgrunn av å innhente enkeltpersoners erfaringer knyttet til aktivitet i voksenpsykiatrien. Dette samsvarer med Malterud (2017) som trekker frem at individuelle intervju medfører å skape en trygg situasjon, hvor informantene kan legge frem sine erfaringer. Det ble lagt vekt på å stille åpne spørsmål, for å få frem informantenes subjektive erfaringer (Creswell, 2009). På denne måten ville ikke informantene bli ledet, noe som kan styrke funnernes validitet. Dette fremhever at funnene er pålitelige, sannsynlige og troverdige (Kvale og Brinkmann, 2019). Intervjuguiden ble hovedsakelig benyttet som et hjelpemiddel for at de sentrale temaene ble belyst underveis i samtalen. Den ble dermed ikke benyttet punktvis, men mer for å sikre at flyten i samtalen ble vedlikeholdt.

Rollen som moderator ble byttet på etter hvert intervju, altså annenhver gang, slik at begge fikk prøvd seg i rollen. Det var moderatoren som hadde ansvar for kommunikasjonen med informantene, mens den andre hadde rollen som observatør og ansvar for eventuelle oppfølgingsspørsmål. Moderatoren tok raske beslutninger på hvilke deler av forskningsdeltakers svar som skulle følges opp med et nytt spørsmål (Kvale og

Brinkmann,2019). Alle intervjuene ble gjennomført over Zoom på bakgrunn av restriksjoner tilknyttet Covid-19. Intervjuene hadde en varighet på ca. 45 minutter.

Diktafon ble benyttet under intervjuene, og opptakene ble i etterkant av hvert intervju overført fra diktafon til minnepenn og ekstern harddisk. Kvale og Brinkmann (2019) fremlegges nødvendigheten av å lagre opptak og transkripsjonene trygt for å beskytte forskningsdeltakere sin konfidensialitet. Samtidig var det viktig at personlige opplysninger, som navn, arbeidsplass og stedsnavn skulle anonymiseres for å beskytte konfidensialiteten til forskningsdeltaker og institusjonene som ble nevnt i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019). Dette var noe vi tok hensyn til under transkripsjonsstadiet.

Etter hvert som et og et intervju var gjennomført, ble intervjuene transkribert fra tale til skriftlig tekst. Intervjuene ble fordelt på gruppemedlemmene, hvor hvert gruppemedlem transkriberte to intervjuer. Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) poengteres viktigheten av å benytte samme skriveprosedyre dersom transkriberingen fordeles på flere. Ved å utarbeide en felles skiveprosedyre kan det styrke reliabilitet i oppgaven, da transkriberingen ble gjennomført på samme måte. Reliabilitet omhandler resultatenes konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2019). Vi samarbeidet dermed tett gjennom prosessen og hadde jevnlig kontakt via telefon. Transkriberingen ble gjennomført ved å lytte til opptakene og skrive ordrett ned informantenes svar. I transkriberingen ble gjentakelser, registrering av «eh»-er og liknende valgt å inkluderes (Kvale og Brinkmann, 2019). På denne måten ble innholdet basert på informantenes uttalelser. Det transskriberte materialet ble på 52 sider og dannet grunnlaget for analysen.

2.4 Analyse

Det første trinnet i analysen var å lese gjennom alle transkripsjonene for å få et helhetlig overblikk over intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019). Dette var noe gruppemedlemmene gjorde individuelt. Det ble benyttet en induktiv form ved analysering av forskningsintervjuene. Prosessen ble basert på observasjoner tilknyttet et antall tilfeller for å si noe generelt om den gitte gruppen (Kvale og Brinkmann, 2019). Gruppemedlemmene anså denne tilnærmingen som hensiktsmessig, da vi baserte våre funn på utvalgets informasjon. Den innsamlede dataen danner utgangspunktet for kunnskapen som kommer frem i forskningen (Kvale og Brinkmann, 2019).

Analysen ble basert på meningsfortetting, kombinert med datastyrt koding. Det ble valgt naturlige meningsenheter i henhold til informantenes uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2019). Meningsenheter ble omgjort til enklere og kortere formuleringer, der det ble forsøkt å gjennomføre meningsforettingen uten fordommer (Kvale og Brinkmann, 2019). Informantenes uttalelser ble tematisert ut fra deres synsvinkel sånn som forskeren fortolket det (Kvale og Brinkmann, 2019). Meningsenhetene ble direkte omgjort fra råtekst til kondensert tekst, og plassert inn i et analyseark. Vi valgte å utforme en egen tabell, vist i tabell 1, som var tilpasset vårt bruksområdet for å systematisere funnene.

Tabell 1: Utdrag fra tabellen som ble utarbeidet for å systematisere funnene.

Tema	Kategori	Informant	Kondensering
Strategier for å påvirke aktivitetsdeltakelsen	Motivasjonsfaktorer	1	Å motivere pasienter til deltakelse på aktivitet er individuelt (...).
		2	Vi må nok bli enda bedre på å motivere pasientene til deltakelse (...).

Videre ble meningene utviklet til koder. Kodene ble ikke utviklet på forhånd, men utviklet gjennom tolkning av materialet (Kvale og Brinkmann, 2019), noe som samsvarer med datastyrt koding. Intervjumaterialet ble kodet ved å benytte fargekoding, hvor hvert nøkkelord knyttes opp til tekstsegment og fikk en spesifikk farge i transkripsjonen. Koding innebærer nemlig at et eller flere nøkkelord blir knyttet til et tekstsegment for å senere tillatte identifisering av en uttalelse (Kvale og Brinkmann, 2019). For å utarbeide nøkkelord og skape en felles forståelse av nøkkelordene, ble det valgt å gjennomføre koding av det første intervjuet sammen via Zoom. Deretter ble resterende av intervjuene fordelt på gruppemedlemmene, og koding ble gjennomført hver for seg. Ved å skape en felles forståelse av prosessen bidro til å øke resultatenes troverdighet, da de resterende intervjuene ble kodet med samme utgangspunkt.

Når kodingen var gjennomført, ble nøkkelordene slått sammen til kategorier. Koding fører nemlig til kategorisering, som innebærer at meningen i lange intervjuuttalelser reduseres til noen få enkle kategorier (Kvale og Brinkmann, 2019). Gruppemedlemmene valgte å utvikle kategoriene i løpet av analyseprosessen. På denne måten ble kategoriene hentet ut ifra intervjupersonens eget ordforråd (Kvale og Brinkmann, 2019), som samsvarer med en

induktiv form og sosialkonstruksjonistisk verdenssynet. Kategorisering av intervjuene kan gi en oversikt over store mengder utskrifter og lette sammenligninger og hypoteser (Kvale og Brinkmann, 2019). Med dette som bakgrunn ønsket gruppe medlemmene å benytte seg av denne fremgangsmåten, da vi anså dette som en god fremgangsmåte for å opparbeide en god struktur over funnene.

Materialet ble så omgjort til temaer, som danner underoverskriftene som strukturerer resultatdelen av oppgaven. Når koding, kategorisering og tematisering var gjennomført, ble meningsenhetene sett i sammenheng med hensikten til intervjuundersøkelsen. Deretter ble de viktigste emnene i intervjuet bundet sammen til en sammenhengene tekst som dannet resultatdelen av oppgaven (Kvale og Brinkmann, 2019).

2.5 Artikkelsøk

Tabell 2: PICO-skjemaet som ble benyttet.

P	I	C	O
Pasienter i voksenpsykiatrien	Aktivitet		Pasientdeltakelse
Hospital, psychiatric Inpatient	Human activity Activities of daily living		Patient participation

Gruppe medlemmene opplevde noe utfordring med å finne relevant forskning som kunne belyse problemstillingen. Ved innhenting av forskning ble det benyttet et PICO-skjema for å finne frem til gode emneord, samt strukturere søket. Det ble tatt utgangspunkt i problemstillingen, hvor det ble trukket ut nøkkelord som kunne benyttes ved søk. Deretter ble ordene oversatt til engelsk ved hjelp av Mesh.uia.no og Ordnett.no. Samtidig fikk gruppen veiledning og tips fra bibliotekar angående relevante søkeord. Databasene som har blitt benyttet er Medine (Ovid), CHINAL, EMBASE og PubMed, men det var kun Medine (Ovid) og CHINAL som ga relevant resultat for vår problemstilling. Artikkene som ble benyttet i oppgaven ut fra et strukturert litteratursøk var Wong, *et al.* (2020), Lipakaya-Velikovsky, Kotler og Krupa(2016), Stewart *et al.* (2016), Milbourn, McNamara og Buchanan (2017), D’Amico, Jaffe og Gardner (2018), Griffin,*et al.* (2020), Peddie, Westbury og Snowden (2020), Renneberg og Sundland (2019). Søkehistorikken til disse artiklene utdypes ytterligere i vedlegg 7.3.

I henhold til PEO-modellen ble Law *et al.* (1996) benyttet etter råd fra veileder. De resterende artiklene ble funnet via manuelt søk. Daly, Sutin og Robinsson (2020) og Pierce, *et al.* (2020) ble funnet via Knudsen, *et al.* (2021), og Knudsen, *et al.* (2021) ble funnet via www.NHI.no. Foye, *et al.* (2020) ble funnet gjennom en annen artikkel på databasen CHINAL, og ansett som relevant for oppgaven. Gjennom referanselisten hos en tidligere bacheloroppgave fant studentgruppen frem til Gutman (2012). Fagartikkelen fra Nygård (2018) ble funnet via www.ergoterapeutene.no.

2.6 Etske hensyn

I samsvar med forsvarlighet- og ansvarsprinsippet ved medisinsk forskning fremlegges det at forskere har et etisk og faglig forsvarlig ansvar (NOU 2005: 1). Med dette som bakgrunn ble det tatt hensyn til ulike etiske overveielser som oppstod ved gjennomføringen av intervjuundersøkelsen. Før igangsettelse av intervjuundersøkelsen ble prosjektet sendt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD), hvor det ble vurdert at prosjektet innfridde gjeldende krav (NTNU, u.å). Dette bidro til ivaretagelse av forskningsdeltakers personvern (NOU 2005: 1). Godkjennelsen fra NSD vises i vedlegg 7.4.

Et annet forskningsprinsipp som ble relevant under intervjuundersøkelsen var selvbestemmelseprinsippet (NOU 2005: 1). En forutsetning for å kunne gjennomføre intervjuene var å innhente informert samtykke. Det informerte samtykket medførte til frivillig deltakelse hos informantene, samtidig som den belyste deres rett om å trekke seg fra studie når som helst (Kvale og Brinkmann, 2019). For å innhente informert samtykke fra informantene ble det utarbeidet et informasjonsskriv. Ved å benytte informasjonsskrivet ble informantene informert om forskningens formål, prosedyre og hvem som skulle ha tilgang til materialene (Kvale og Brinkmann, 2019). Informasjonsskrivet ble sendt til informantene via e-post ved første kontakt, hvor det også var lagt ved en samtykkeerklæring som informantene måtte skrive under på før intervjuene skulle gjennomføres. Gjennom hele intervjuundersøkelsen ble taushetsplikten overholdt. Informantenes opplysninger ble anonymisert, og intervjumaterialet ble oppbevart på minnepenn og ekstern harddisk. Ved prosjektets slutt ble lydopptakene og informantenes personopplysninger slettet. Dette kan ses i sammenheng med menneskeverdsprinsippet hvor informantenes sikkerhet, personvern og velferd ble tatt hensyn til (NOU 2005: 1).

Forskerens rolle var en sentral etisk overveielse gjennom hele intervjuundersøkelsen. Kvale og Brinkmann (2019) belyser forskerens rolle som en betydelig påvirkningsfaktor ved vitenskapelig kunnskap og etiske beslutninger i kvalitativ forskning. Det kan ses i sammenheng med forskerens moralske integritet, empati, sensitivitet og engasjement angående forskningens moralske spørsmål og handlinger (Kvale og Brinkmann, 2019). Gjennom praksiser og arbeid innenfor fagfeltet hadde gruppe medlemmene opparbeidet seg individuelle meninger og holdninger til temaet. I samsvar med «Heisenberg effekten» fremheves det at forskerens tilstedeværelse kan bidra til å påvirke forskningsdeltakerne (Bogdan og Biklen, 2007). Med dette som bakgrunn var gruppe medlemmene svært bevisst på å ikke legge føring på informantene eller tolkningen av intervju materialet. Det ble lagt vekt på åpne spørsmål, noe som samsvarer med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet (Creswell, 2009). Dermed stilles det etiske krav til forskeren, hvor offentliggjøring av funn skal legges frem på en nøyaktig og representativ måte (Kvale og Brinkmann, 2019).

3.0 Resultat

Analysearbeidet resulterte i fire hovedtemaer, samt noen underkategorier for å besvare problemstillingen. Hovedtemaene er: aktivitetstilbud på enhetene, strategier for å påvirke aktivitetsdeltakelse, nasjonale og administrative føringer og kompetanse for aktivisering.

3.1 Aktivitetstilbud på enhetene

Informantene fortalte at aktivitet ble benyttet som en vesentlig del av behandlingen på enhetene. Det kom frem klarere likheter, men samtidig store variasjoner på aktivitetstilbudet. To informanter beskrev et aktivitetstilbud med variasjon for å knytte aktivitet opp mot pasientenes interessefelt og mangfold. Alt fra jakt og fjellturer til baking og håndarbeid var aktiviteter som ble nevnt. Informantene tilrettela for aktiviteten ved å imøtekomme pasientenes forutsetninger med tanke på alder, kjønn, behov og etnisitet. Ytterligere to informanter beskrev aktivitetstilbudet med fokus på gåturer og samhandling i fellesarealet. Variasjonen på tilbudet var noe mindre sammenliknet med aktivitetstilbudet til de to øvrige informantene. De to informantene poengterte at aktivitetene gikk mye på basale ting som døgnrytme, søvn, frisk luft og måltidsrytme. Utover det var det ikke mye aktivitet fortalte den ene informanten: «Jeg skulle gjerne fortalt dere veldig mye i forhold til det vi har av

aktiviteter, men det er ikke mer. Det er ikke for å svartmale behandlingen, men det er dessverre en realitet».

Samtlige informanter kom inn på gruppeaktivitet som et vesentlig tilbud, der måltider, kroppsbevissthet og fysisk aktivitet var gjentakende. Det ble poengtert fra den ene informanten at de ikke har noe hovedmål å lage toppidrettsutøvere, men viser til at fysisk aktivitet i psykiatrien er godt bevist med god resultater. Målet var at pasientene skulle oppleve mestring, å styrke det som er friskt og fremme helse på den måten. Alle informantene poengterte at aktivitet skulle ha en overføringsverdi når pasientene skal bli skrevet ut, slik at aktiviteten kunne vedlikeholdes og bygges videre på.

Tre av fire informanter arrangerte også turgrupper, der båltur og bading var et utdrag. Pasientene kunne på den måten innarbeide nye inntrykk, deriblant mestringsfølelse og gode opplevelser. I kontrast fra beskrivelsen til foregående informant anga to informanter at aktivitet ikke ble verdsatt like høyt. Medisiner, samarbeidsmøter og arbeidsoppgaver tilknyttet deres yrke ble først prioritert. Videre ble det presisert fra informanten at pasientene ofte blir sittende i stuen hvis aktivitetene utgår. Informanten beskrev at de prøver å finne mening for pasientene for å øke pasientdeltakelsen, men at det blir lite rom for dette. Informanten presiserer følgende: *«Aktivitet er det første som blir strøket hvis det oppstår noe. Sykepleierfaget går først kan man si, altså det rene sykepleierfaget, selv om aktiviteter burde, eller er en del av sykepleierfaget, så går aktivitet bort».*

3.2 Strategier for å påvirke aktivitetsdeltakelse

3.2.1 Organisering av aktivitetstilbud

Ut ifra informantenes beskrivelser ble det indikert store variasjoner angående organisering av aktivitet. Felles for samtlige var at aktivitetene ble praktisert både organisert og uorganisert. Det ble trukket frem at bruk av grupper var dominerende. To av informantene poengterte at enkelte av aktivitetene var obligatoriske, men det var varierende hvorvidt de klarte å opprettholde dette. En av de to informantene forklarte at obligatoriske aktiviteter kunne skli ut, og at dette skyldes både personalet og pasientene. De resterende informantene fremhevdde at det var frivillig å delta på aktivitet.

Hvem som hadde ansvar for organisering og arrangering av aktivitetene på enhetene var varierende. To av informantene påpekte at det var faste personer som hadde ansvar. En av de to informantene fremla at de hadde en arbeidsgruppe som planla aktiviteter med utgangspunkt i tilbakemeldinger som pasientene ga, slik at aktivitet ble tilrettelagt ut ifra pasientenes ønsker. De resterende informantene fortalte at de ikke hadde faste personer med ansvar, men at dette ble rullert i personalgruppen. En av informantene forklarte følgende:

Vi deler på ansvaret for aktivitet. Noen har fast turgruppe, da de selv er veldig glad i å gå tur. Vi må nesten dele på ansvaret, for vi har jo hver vår pasient som vi må følge opp. En person kan ikke ha alle aktivitetene, så personalet bidrar på de aktivitetsgruppene som de har interesse for.

To av informantene skildret at de organiserer aktivitetene ut ifra faste dager og tidspunkter. Det ble poengtert at faste tidspunkt for aktivitet gjorde det lettere å forholde seg til, både for personalet og pasienter. På denne måten gikk ikke pasienten glipp av aktivitet grunnet andre behandlingsavtaler. Samtidig formidlet tre av informantene at de benyttet ulike planer for å strukturere aktivitet, samt som et hjelpemiddel for å informere pasientene og dermed øke pasientdeltakelsen. En av de tre informantene la frem at de benyttet ukeplan hvor de ulike aktivitetene ble oppført. Denne planen ble hengt inne på alle pasientrommene, slik at pasientene selv kan følge med på hvilke aktiviteter som ble gjennomført. En annen informant forklarte at de hadde månedsplan, hvor alle aktivitetene ble planlagt en måned frem i tid. Den tredje informanten forklarte at pasientenes behandlingsplan ble benyttet for å strukturere hvem som skulle være med på gruppene.

Samtlige av informantene belyste at de forsøkte å inkludere pasientene ved valg av aktivitet, men det var varierende i hvilken grad dette ble strukturert. Tre av informantene la frem at de inkluderte pasientene ved å lytte til innspill på aktiviteter, men at dette ble utført på ustrukturerte måter. Personalet var dermed avhengig av at pasientene tok initiativ selv, hvis de ønsket å utføre bestemte aktiviteter. Det ble ikke utført arrangerte møter, hvor pasientene kunne komme med innspill. Det var kun en informant som la frem at de gjennomførte tre møter i uka hvor pasientene kunne komme med forslag til aktivitet. I forhold til tilrettelegging i form av gradering av aktivitet var det kun en av informantene som viste et primært fokus på dette. Vedkommende belyser at aktivitetsnivået må tilrettelegges for den enkelte. Noen av pasientene ble beskrevet som vare for inntrykk, og trengte å skjermses. Dermed måtte

aktivitetsnivået tilrettelegges for den enkeltes behov. Samtidig belyste en annen informant at de ikke var flinke nok til å finne pasientens ressurser, og at de hadde et forbedringspotensial på dette området.

3.2.2 Motivasjonsfaktorer

Informantene uttrykte utfordringer med å få pasientene til å delta på aktivitet, og så på motivering som en av hovedoppgavene i sin jobb. Samtidig bemerket to av informantene at de måtte bli bedre på å motivere pasientene, slik at flere deltok på aktivitet. Informantene nevnte ulike teknikker som ble benyttet for å motivere pasientene til deltakelse på aktivitet. En av motivasjonsteknikkene som kom frem var kognitiv tekning, hvor det ble snakket med pasienten om hvilke tanker vedkommende hadde rundt aktiviteten.

To av informantene fremstilte en annen motivasjonsteknikk, der de forklarte hensikten med aktiviteten til pasientene. På denne måten kunne det bidra til å trygge pasientene, ved å ta opp tanker angående aktivitet. Samtidig poengterte en av informantene at pasientene ofte trengte påminning av aktivitetene, da mange av dem hadde dårlig hukommelse. En annen motivasjonsteknikk som kom frem, var undervisning. En av informantene fortalte at de hadde undervisning i forbindelse med fordeler og ulemper knyttet til fysisk aktivitet som en teknikk for å motivere. Ved å benytte undervisning ville pasientene selv få en oppfattelse av viktigheten med fysisk aktivitet, og på denne måten kunne pasienten finne motivasjon til å delta. Videre belyste en informant at behandlingsplanen ble benyttet som et hjelpemiddel for å motivere pasientene. I behandlingsplanen ble det lagt inn aktiviteter som pasienten skulle delta på. Informanten bemerket at de hadde blitt flinkere på å utarbeide behandlingsplan, men at de fortsatt hadde et forbedringspotensial. Et av elementene som informanten tenkte å forbedre var å forankre pasienten enda mer i behandlingsplanen. På denne måten kunne pasienten føle en større forpliktelse til å delta på aktivitet som gjorde at pasientdeltakelsen økte.

Videre bemerket informanten et manglende fokus på Recovery innenfor spesialisthelsetjenesten. Informanten presiserte at pasientene selv burde ha en aktiv rolle innenfor utforming av sitt eget behandlingsopplegg. Den siste motivasjonsteknikken som kom frem, var å finne pasientenes indre motivasjon. To av informantene prøvde å motivere pasientene gjennom å finne deres interesser, og på denne måten bidra til en indre motivasjon

for å delta på aktivitet. En av informantene fortalte følgende, «*Det er enklest å få med folk når de har den indre motivasjonen, i stedet for å stå foran dem og fortelle at dette er bra for deg*».

Informantene poengterte at oppmøte på aktivitet påvirkes av både personalet og pasienten, men samtlige informanter trakk frem pasientens motivasjon som en vesentlig faktor. «*Det vi merker med aktivitet er motivasjonen til pasientene. Det er dette som er aller vanskeligst å få til. Fysisk aktivitet virker i psykiatrien, men det er motivasjonen som det skorter på*». De øvrige informantene nevnte også pasientens motivasjon som avgjørende, men la mer fokus på at det var enklere å få med seg pasientene på aktivitet når de hadde vært med på å bestemme.

På samme måte som pasientenes motivasjon påvirker oppmøte på aktivitetene, vil personalet også ha en vesentlig innvirkning. Som vist tidligere i oppgaven bemerket to av informantene forbedringspotensial når det kom til motivering av pasientene slik at pasientdeltakelsen på aktivitet økte. En av de to informantene fortalte at å motivere pasientene til deltakelse av aktivitet ble praktisert individuelt, hvor det var opp til hver enkelt ansatt hvordan det ble valgt å motivere. Informanten beskrev at personalet ofte tar med pasienten på de aktivitetene som interesserte dem selv. Dermed belyste informantene behov for mer systematiske metoder for å få med pasientene på aktivitet, uavhengig av personalets interesser. Personalets innstilling til aktivitet kan også påvirke pasienten til å delta på aktivitet. En informant beskrev at alle som jobbet på enheten var positive til aktivitet, og at det sjelden var et problem å sette opp personal til å delta på aktivitetene. Dersom pasientene ønsket å delta på en aktivitet, så skulle personalet alltid fysisk være med på aktiviteten. Dette ble ikke utdypet av de resterende informantene. Informanten poengterte følgende:

Jeg mener at når vi jobber på et sånt sted som dette, og du kanskje ikke har den største interessen for å dra på treningsstudio, så er du på en måte forpliktet til det. Det gjør noe med pasientene hvis dem har med seg et personal som er positiv til det dem driver med.

3.2.3 Oppmøte av pasienter på aktivitet

Informantene bemerket en varierende pasientdeltakelse på aktivitet. Tidvis kunne aktivitetsdeltakelsen være høy, der flertallet av pasientene deltok, men deltakelsen kunne også være lav. Den ene informanten presiserte at pasientgruppen hadde et stort mangfold som gjorde at pasientens deltakelse ville variere, alt ifra tunge psykiatriske pasienter til unge

mennesker med spiseforstyrrelser. Informanten hevdet at det var vanskelig å få til felles aktiviteter, da sammensetningen av pasientenes behov og interesser var mangfoldig. To av informantene opplevde et redusert oppmøte, hvor 1/3 av pasientene deltok eksempelvis på gåturer. Resterende informanter hevdet at de fleste pasientene deltok på aktivitet.

3.3 Nasjonale og administrative føringer

3.3.1 Tidligere behandlingsløp og liggetid

Et tema som kom frem i tre av fire intervjuer var de nasjonale og administrative føringen sin påvirkning på behandlingsløpet. Informantene beskrev nemlig at både liggetid og behandlingsløp hadde forandret seg mye i løpet av de siste 8-15 årene. Aktivitet har blitt opphørt og aktivitetsrom har blitt redusert på størrelse eller fjernet. Aktivitetsrommene var tidligere fylt med forskjellige hobbyaktiviteter som garn, puslespill og maling, men aktivitetsrommene har blitt gjort om til kontorer. Dette har medført at hobbyaktivitetene enten har blitt flyttet til stuen eller fjernet som et aktivitetstilbud. Tre informanter beskrev også at ytterligere aktiviteter har blitt kuttet, der skiturer og fjellturer var et utdrag. Informantene forklarte at i samsvar med at liggetiden til pasientene ble kortere, ble aktiviteter redusert. Flere fortalte at liggetiden iallfall har blitt halvert i løpet av de siste årene, som har gitt andre prioriteringer. Den ene informanten poengterte hvor pasifiserende det er å være innlagt på enheten etter liggetiden og aktivitetstilbudene ble redusert. En informant formidlet følgende:

Det er liksom ikke plass til aktivitet lenger, for det går for fort og er så kort.

Grunnlaget for at aktivitetsrommet ble fjernet og aktivitetstilbudene som fjellturer og gårdsbesøk er redusert er fordi det ikke er plass til det. Det er mye som skal være på plass før de reiser.

3.3.2 Nedkutting av stillinger

Informantene trakk frem manglende kapasitet for å utføre aktivitet som et vesentlig element for dårlig tilretteleggelse av aktivitet. Enkelte aktiviteter ble borte på grunn av nedkutting av stillinger, deriblant musikkterapi og bildeterapi. Samtlige hadde erfart at det ofte var stillingen til aktiviteten som ble fjernet. Ergoterapistillinger, sosionomstillinger og fysioterapistillinger var noen eksempler på stillinger som har blitt fjernet ifølge informantene. Det var kun en informant som hadde en ergoterapeut i teamet, samt en psykomotorisk fysioterapeut i et annet team. Den ene informanten beskrev en takknemlighet for å ha en aktivitør i teamet, og håpte

at stillingen ble vedvarende i tiden fremover. En informant fortalte følgende, «*Det er ofte stillingen til aktivtøren som ryker først, og ofte er det ergoterapeutens stilling. Og det gjorde den her også i 2010*».

3.4 Kompetanse for aktivisering

Gjennom intervjuene med de ulike informantene ble det indikert en varierende kompetanse angående aktivitet. Samtlige illustrerte at aktivitet innebar mye, og at det nødvendigvis ikke bare omhandlet fysisk aktivitet. Ved spørsmål knyttet til begrepet meningsfull aktivitet viste alle informantene til forståelse av begrepet, men ingen benyttet dette som fagterm. En av informantene fortalte at meningsfull aktivitet var veldig viktig i psykiatrien, da det for enkelte kan være avgjørende for å finne en grunn til å leve. Derfor er det viktig at personalet klarer å finne aktiviteter som gir mening for den enkelt pasient, som kan bidra til å øke deltakelsen på aktivitet. Ut fra informantenes beskrivelser av aktivitetstilbud, organisering og motivasjonsteknikk kan det indikeres at de prøver å benytte meningsfull aktivitet som en del av behandlingen. Likevel vises det til mangel på faglig forståelse rundt begrepet som medfører utfordringer rundt strukturering for å praktisere det inn mot behandling.

En av informantene belyste utfordring med å utføre aktivitet dersom de faste som har ansvar for aktivitetene ikke var til stede. Enkelte av personalet syntes det var ubehagelig og ønsket ikke å holde aktiviteter og aktivitetsgrupper. Dette ble forklart med bakgrunn i manglende kompetanse rundt aktivitet, som medførte til utrygghet i rollen som leder av aktivitetsgrupper. Informanten forklarte at personalet hadde en oppfatning av at de må ha mer utdanning for å kunne lede aktivitet. Med dette som utgangspunkt resulterer det til at ingen overtar aktivitetene når den faste personen som hadde ansvar ikke var til stede, og dermed utgikk aktivitetene for pasientene. Det bemerkes at de som har aktivitetene fast var sykepleiere som ikke hadde noen spesifikk utdanning knyttet til aktivitetene, men at det var interessen som gjorde til at vedkommende hadde aktiviteten fast. Samtlige av informantene indikerte et behov for noen som hadde mer kunnskap rundt aktivitet og som kunne ha et overordnet ansvar for at aktivitetene ble gjennomførte. To av informantene fortalte at det ikke blir ansatt personer som ikke har medisinkompetanse i teamet.

Tre av de fire informantene hadde ingen erfaring ved å jobbe med ergoterapeuter innenfor voksenpsykiatrien, men de belyste ergoterapeuters kompetanse innenfor psykiatrien som

relevant. En av informantene viste til at dersom en ergoterapeut hadde hatt ansvar for aktivitetene kunne det bidra til å aktivisere pasientene mer enn det som blir gjort på nåværende tidspunkt. Kun en av de fire informantene hadde erfaring med å samarbeide med en ergoterapeut. Informantene belyste at ergoterapeuter har en annen innfallsvinkel i psykiatrien, hvor de har en annen måte å se pasientens muligheter på. Alle informantene poengterte ergoterapeuters relevans og viktighet i psykiatrien, men viste til at stillingen ble som regel utelatt eller den første som røyk på institusjon.

4.0 Diskusjon

Informantene har gjennom studiet beskrevet flere sider av hvordan aktivitet tilrettelegges for å påvirke pasientdeltakelse for mennesker med psykiske lidelser. Diskusjonskapitlet er delt inn i to, hvor den første delen er basert på funnene av forskningsintervjuene. Ulike sider vil bli drøftet ut ifra funnene som er presentert i resultat, knyttet opp til relevant litteratur. Andre del innebærer diskusjon av metoden, der positive og negative aspekter blir fremhevet tilknyttet metodens fremgangsmåte.

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Aktivitetstilbud på enhetene

Aktivitet er et grunnleggende behov hos alle mennesker (Law *et al.*, 1996), og kan være avgjørende for individets eksistens og kvaliteten på denne (Stewart *et al.*, 2016). Bukhave og Mærsk (2016) viser at mennesker med psykiske lidelser oppnår utvikling gjennom deltakelse i aktivitet. Med dette som bakgrunn kan det anses som hensiktsmessig å benytte seg av aktivitet i psykiatrien. Funnene fra intervjuundersøkelsen var heller ikke avvikende fra denne forståelsen, da informantene indikerte at aktivitet var en vesentlig del av behandlingen. Allikevel kom det frem en klar variasjon på hvor mange aktiviteter som inngikk i aktivitetstilbudene. To informanter beskrev at variasjonen på aktivitetstilbudet var viktig for å kunne tilrettelegge for en mangfoldig pasientgruppe, og dermed påvirke pasientdeltakelsen i en positiv retning. Bukhave og Mærsk (2016) utdyper at en forutsetning for pasienters utvikling, er at aktivitetene oppleves som meningsfullt for den enkelte. Dette er også noe de to informantene hadde fokus på, da det ble poengtert at det tidvis kunne være en stor variasjon på pasientgruppen. Derfor kan et variert aktivitetstilbud medvirke til økt pasientdeltakelse, da

det vil berører individenes ulike interesser og forutsetninger. Dette samsvarer også med samspillet i PEO-modellen.

PEO-modellen ser på aktivitet som noe personen engasjerer seg i for å møte sine indre behov, og for å vedlikeholde selvet og medbestemmelsen (Law *et al.*, 1996). Individet kan på denne måten utvikle sin egen aktivitetsutførelse, samt forutsetninger, deriblant sansemotoriske- og kognitive ferdigheter (Ergoterapeutene, 2017). Man kan anse denne teorien som en nødvendighet i psykisk helsevern, da gapet mellom aktivitet, person og omgivelser kan bli redusert. Å overkomme barrierer som har oppstått som følge av den psykiske sykdommen kan være essensielt for å bedre individets aktivitetsutførelse. Aktivitet utføres i tråd med individets omgivelser, som gjør at enhetene må invitere og tilrettelegge for deltakelse. Dette kan omhandle å gradere aktiviteten for å imøtekomme personens behov og forutsetninger (Ergoterapeutene, 2017). Når det er sagt var det kun en informant som hadde et primært fokus på gradering av aktivitet for å imøtekomme hver enkelt pasient og ikke hele gruppen. Et variert aktivitetstilbud kan på denne måten være avgjørende for pasienters aktivitetsdeltakelse.

Imidlertid beskrev de to øvrige informantene et mindre varierende aktivitetstilbud, der det ble poengtert at aktivitetene går mye på basale ting. Man kan dermed stille seg kritisk til disse enhetenes evne til å tilrettelegge aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen i positiv forstand. Redusert aktivitetsvariasjon kan betraktes som en vesentlig demper for pasientenes aktivitetsdeltakelse, da aktivitetene ikke nødvendigvis gjenspeiler pasientenes interesser og forutsetninger. Ifølge Foye *et al.* (2020) kan manglende engasjement i meningsfull aktivitet medføre at pasientene blir inaktive, som kan forsterke sykdom med vonde tanker og følelser (Foye *et al.*, 2020). Dette samsvarer med samtlige av informantenes uttalelser, hvor det var observert at inaktivitet ikke bidro til bedring verken fysisk eller psykisk. Informantene fortalte at de ikke benyttet meningsfull aktivitet som en fagterm, men de poengterte allikevel at meningsfull aktivitet var viktig i psykiatrien. Til tross for at begrepet ikke ble benyttet direkte i behandlingen, kan det indikeres gjennom enhetenes strategier for å påvirke aktivitetsdeltakelsen at de prøvde å benytte meningsfull aktivitet.

Fokus på meningsfull aktivitet i behandlingen kan bidra til tilretteleggelse av aktivitet for å påvirke pasientdeltakelsen på aktivitet, noe som kan styrke individenes helse. Meningsfull aktivitet kan dermed betraktes som en motstandskraft mot de negative faktorene, deriblant vonde tanker og følelser, som vil styrke det gode i helsen gjennom deltakelse på aktivitet.

Dette kan ses i lys av det salutogonetiske perspektivet, som handler nettopp om å styrke helsen, for å skape forsvar mot de negative faktorene (Mæland, 2016). Wong *et al.* (2020) fremhever at pasienter som engasjerer seg i meningsfull aktivitet og vedlikeholder en sunn livsstil under en innleggelse, vil oppnå bedre fysisk og psykisk helse etter utskrivelse. Dette kan være et resultat av innarbeidelse av nye vaner, der aktiviteten kan ha en overføringsverdi. Gode vaner øker nemlig ferdighetene i samsvar med aktivitetsutførelsen, da mindre fokus på handlingen kan gjøre at individet kan ha mer fokus på utvikling (Matuska og Barrett, 2014). Dette viser imidlertid også Lipskaya-Velikovsky, Kotler og Krupa (2016) da engasjement i meningsfulle aktiviteter er anslått som en viktig komponent i bedring av psykiske lidelser.

Ifølge Foye *et al.* (2020) sin forskning vises det at mer enn 1/3 viser misnøye med aktiviteter som blir praktisert på psykiatriske avdelinger. Deriblant medfører dette til kjedsomhet hos pasientene, som medvirker til å hindre recovery (Foye *et al.*, 2020). Man kan stille seg kritisk til om manglende aktivitetstilbud er et resultat av personalets faglige kompetanse tilknyttet aktivitet. Det ble nemlig poengtert utfordringer med å utføre aktivitet dersom de faste som hadde ansvar for aktivitetene ikke var til stede. Enkelte av personalet syntes det var ubehagelig og ønsket ikke å holde aktiviteter og aktivitetsgrupper. Informanten forklarte at personalet hadde en oppfatning av at de må ha mer utdanning for å kunne lede aktivitet. I den forbindelse belyste samtlige informanter et behov for ergoterapeuter, der de viste til ergoterapeuters relevans tilknyttet aktivitet. Ergoterapeuter har deriblant en lang tradisjon med å bruke fysisk aktivitet for sine terapeutiske fordeler, spesielt innen psykiatriske institusjoner (Cole, 2014). Allikevel ser det ut til at ergoterapi har blitt mindre utbredt innenfor psykiske helsetjenester gjennom årene (D'Amica, Jaffe og Gardner, 2018).

Til tross for informantenes beskrivelser tilknyttet behov for en aktivitør, fortalte informantene at nasjonale og administrative føringer påvirker behandlingstilbudet. Informantene trakk frem at de opplevde en manglende kapasitet til å utføre aktivitet, hvor enkelte aktiviteter har blitt fjernet grunnet nedkutting av stillinger og aktivitetsrom. Deriblant nevnte informantene at det ofte er aktivitørstillingene som blir fjernet. Dette kan ses i lys av PEO-modellen der omgivelsene kan berøre kulturelle, sosioøkonomiske, institusjonelle, fysiske og sosiale forhold (Law *et al.*, 1996). Disse omgivelsene kan både ha muliggjørende og begrensende effekt på aktivitetsdeltakelsen (Law *et al.*, 1996), men i denne konteksten vil nedkutting av stillinger og aktivitetsrom ha en begrenset effekt. Dette viser hvordan omgivelser, person og aktivitet er basert på et dynamisk samspill. Nasjonale og administrative forhold vil påvirke

omgivelsene på enhetene, der behandlingstilbud kan blir endret og omorganisert til tross for de ansattes ønsker. Dette vil igjen ha påvirkningskraft på pasienters utbytte av behandling i form av redusert aktivitetstilbud og aktivitetsdeltakelse.

Dette kan utdypes videre gjennom et økende søkelys på medisiner, som har gjort at aktivitet har blitt nedprioritert. Griffin *et al.* (2020) poengterer nettopp at offentlig psykiske helsevern ofte forblir medisinsk fokusert og viser til medisiner som en bærebjelke i behandlingen av psykisk syke. Med medisiner som hovedfokus kan personalets evne til å tilrettelegge for aktivitet bli begrenset, da aktivitet kan bli nedprioritert til fordel for medisin. En av informantene hevdet at det ikke blir ansatt noen som ikke har medisinkompetanse. Med dette som utgangspunkt kan det oppstå en manglende fagkompetanse innenfor det tverrfaglige teamet, som vil resultere i begrensede omgivelser for pasienters aktivitetsdeltakelse. Ut ifra forskningen til Griffin *et al.* (2020) og funnene fra intervjuene kan det imidlertid stilles spørsmål om aktivitet blir tilrettelagt i den grad enhetene har forutsetninger til å utføre, da behandlingsfokuset kan være noe annet.

Samtidig ble det poengtert ifra informantene at behandlingstilbudet har blitt forandret de senere årene. Reduseringen av liggetid ble trukket frem som et grunnlag på forandringen, som har resultert i et begrenset aktivitetstilbud. Informantene fortalte at aktivitet ikke lenger har en like stor rolle i behandlingen, da oppholdene til pasientene går for fort. Informantenes opplevelser anslås som holdbare, da gjennomsnittlig liggetid i psykisk helsevern har blitt redusert i overkant av 30 prosent fra 2009 til 2018 (Hansen, 2019). Medfølgende har også sengeplassene i psykisk helsevern blitt drastisk redusert (Myhrvold *et al.*, 2018-2019). Dette skjer til tross for den økende forekomsten av psykiske lidelser i Norge (Meld. St.7 (2019-2020)).

Basert på statistikk, stortingsmeldingen og informantenes erfaringer kan man antyde at divisjon psykisk helsevern vil stå ovenfor ytterligere forandringer i tiden fremover. Likhetene kan også konkretiseres til Nygård (2018), hvor det blir nevnt at innholdet i tilbudet på døgnavdelinger er endret som følge av færre sengeplasser og kortere liggetid. Om dette har noe med at ergoterapi har blitt mindre utbredt innenfor psykiske helsetjenester gjennom årene (D'Amica, Jaffe og Gardner, 2018) kan man imidlertid stille seg kritisk til. Man kan dermed anslå at nasjonale og administrative føringer har en innvirkning på pasienters behandlingsløp knyttet til aktivitet, og dens fokus som behandling og variasjon.

4.1.2 Organisering av aktivitet på enhetene

Ut ifra informantenes opplysninger kan det indikeres en varierende struktur på aktivitetstilbudene på enhetene. Deriblant ble faste tidspunkter og aktivitetsplaner trukket frem som en metode for å tilrettelegge for aktivitet i behandlingen. Metoden kan anses som en muliggjørende effekt for å påvirke pasientdeltakelsen i en positiv retning, da det bidrar til forutsigbarhet for både pasienter og ansatte, samt at det bidrar til å holde pasientene informert om enhetenes tilbud. Tre av fire informanter formidlet at de brukte faste tidspunkter og ukeplaner, behandlingsplaner eller månedsplaner for å organisere aktivitet. Informantene belyste at dette ble praktisert for at pasientene ikke skulle gå glipp av aktivitetene grunnet andre behandlingsavtaler. Foye *et al.* (2020) poengterer at aktiviteter som blir arrangert på enhet kan bidra til å gi pasientene struktur i hverdagen. Dette kan ses i sammenheng med PEO-modellen hvor de tidsmessige aspektene viser at et individs aktivitetsrutine kan bidra til tidsmønster og rytme over en dag, uke eller lengre (Law *et al.*, 1996). Deriblant kan det bidra til å strukturere pasientenes hverdag, som pasientene kan videreføre også etter utskrivelse.

Til forskjell ifra de tre informantenes beskrivelser, nevner ikke den øvrige informanten at enheten brukte planer for å organisere aktivitet. Dette kan betraktes som en vesentlig begrensning for pasientenes aktivitetsdeltakelse. Omgivelsene er konteksten hvor aktivitetsdeltakelsen oppstår (Law *et al.*, 1996), dermed vil organisering av aktivitet ha en vesentlig innvirkning på aktivitetsdeltakelsen. I tillegg belyste informantene at mange pasienter har dårlig hukommelse som gjør at de ofte må påminnes aktivitet. Deriblant kan ukeplan og månedsplan anses som et godt hjelpemiddel for å påminne pasientene om enhetens aktivitetstilbud. Dette samsvarer med antakelsene til Sims (2014), hvor det blir påpekt at informasjon ofte må gjentas, samt at personalet må bruke tid på å orientere pasientene om enhetens rutiner.

To av informantene henviste til varierende oppmøte på aktivitet, men i kontrast fra denne beskrivelsen fortalte to informanter at pasientdeltakelsen ble beregnet som jevnt høy. Imidlertid kan dette indikere at pasientdeltakelsen på aktivitet er et resultat av hvordan enhetene tilrettelegger for aktivitet. Riktignok kan barrierer påvirke aktivitetsdeltakelsen både internt og eksternt (McCullough, 2014). Eksterne forhold kan deriblant omhandle strukturering av aktivitet ved hjelp av ukeplaner, behandlingsplaner og månedsplaner. Dette kan utdypes gjennom PEO-modellen, som viser at omgivelsene kan ha muliggjørende og begrensende effekt på aktivitetsdeltakelsen (Law *et al.*, 1996). Funnene fra

intervjuundersøkelsen indikerer at de enhetene som organiserer aktivitet på en strukturert måte opplevde et bedre oppmøte på aktivitet. En mulig forklaring kan være at enhetene praktiserte faste aktiviteter og hadde et varierende aktivitetstilbud. Samtidig ble aktivitetene strukturert gjennom uke- eller månedsplaner, som gjorde det enkelt å forholde seg til for pasientene. I tillegg fremla disse informantene et sentralt fokus på involvering av pasienter ved valg av aktivitet. På bakgrunn av disse funnene kan man anta at personalets evne til tilretteleggelse av aktivitet vil ha en vesentlig betydning for pasientdeltakelsen på aktivitet.

Allikevel kan man ikke utelukke at andre faktorer også kan skape varierende oppmøte på aktivitet som er i regi av enhetene. Det kom eksempelvis frem fra to informanter at personalet ofte tok med seg pasienter på de aktivitetene som interesserte dem selv. Dette kan i stor grad påvirke pasientenes aktivitetsdeltakelse negativt, da pasientene vil oppleve en manglende støtte i omgivelsene for å utføre aktivitet som ikke berører personalets interessefelt. Dette kan utdypes ytterligere gjennom PEO-modellen, hvor personen enten kan betraktes som et enkeltindivid eller en gruppe (Ergoterapeutene, 2017). Personalet kan også anses som en gruppe som kan påvirke pasientdeltakelsen med både muliggjørende og begrensede elementer i form av inkluderende omgivelser. Interessene til personalet trenger ikke nødvendigvis å ha en begrenset effekt, men også en muliggjørende. Dersom personalet og pasienten har de samme interessene, kan dette oppfattes som muliggjørelse av aktivitet. Imidlertid kan man stille seg kritisk til hvordan brukermedvirkning og meningsfull aktivitet blir praktisert på enhetene, da personalets interesser blir fremhevet som et element under forskningsintervjuene. Det blir bemerket av Renberg og Sandlund (2019) at kvaliteten på samhandling mellom pasient og personell er viktig, og at fravær fra dette kan bidra til oppfattelse av stigmatiserende omgivelser.

Wong *et al.* (2020) belyser viktigheten av å la pasientene selv velge aktiviteter som de foretrekker å utføre, i stedet for at personalet skal ta avgjørelsen. Deriblant viste informantene at de forsøkte å lytte til pasientene, men det var varierende hvorvidt det organiseres med møter. Pasientene må nemlig ta initiativ til å komme med innspill på aktivitet selv. På grunn av dette belyste informantene behov for mer systematiske metoder for å få med pasientene på aktivitet. Dette samsvarer med Renberg og Sandlund (2019) som gjennom sin forskning også bemerker behov for systematisk innhenting av pasientens ønsker og behov. En informant hevdet at brukermedvirkning var viktig. Grunnen til dette er at pasientene har en demokratisk rett til å medvirke (Tuntland, 2018). Wong *et al.* (2020) viser til at pasientene selv må ta valg

om aktivitet, og at dette er en viktig komponent ved motivasjon til å bytte fra grunnleggende egenomsorgsaktiviteter, til målrettet aktiviteter og økt timer for deltakelse (Wong *et al.*, 2020).

Når det er sagt kan brukermedvirkning også benyttes ved pasientens behandlingsplan. Et av funnene viste at behandlingsplanen ble benyttet som et verktøy for å strukturere hvem som skulle delta på de ulike gruppene. Allikevel belyste informantene at de hadde et forbedringspotensial angående utarbeidelse av behandlingsplan, og ønsket å forankre pasienten ytterligere til planen. På denne måten kan det medføre til økende engasjement og motivasjon til å delta på aktivitet. I samsvar med dette belyser Stortingsmelding nummer 7 (2019-2020) at pasientene ikke blir nok involvert i egen behandling, og at dette kan være en faktor for at behandlingen ikke når alle. På grunn av dette bør tjenestene i større grad ta i bruk behandling som bedrer livskvalitet og mestring, ut fra pasientens meninger (Meld. St. 7 (2019-2020)).

Et annet relevant punkt er å benytte seg av grupper for å strukturere aktivitet. Grupper omhandler å samle et antall mennesker som deler et felles formål som kan oppnås gjennom samarbeid (Scaffa, 2014). Ifølge forskningen til Foye *et al.* (2020) vises det at pasienter som deltar i gruppeaktiviteter opplever håp og formål, samtidig som det gir pasientene mening. På grunn av dette kan involvering i gruppeaktiviteter med andre pasienter føre til sosial tilknytning og følelse av inkludering (Foye *et al.*, 2020). Til tross for de positive effektene tilknyttet gruppeaktiviteter, kan det settes spørsmål hvorvidt aktivitetsgruppene treffer alle pasientene. Derfor kan involvering av pasienten ved utarbeidelse av aktivitetstilbudet være vesentlig for å tilrettelegge til engasjement og pasientdeltakelse på aktivitet.

4.1.3 Motivasjonsfaktorer

En strategi som ble benyttet for å påvirke og tilrettelegge til pasientdeltakelsen på aktivitet var å motivere. Dette innebærer å styre pasientenes handlinger mot vedkommende sine behov (McCullough, 2014). Funnene fra intervjuundersøkelsen indikerte en varierende pasientdeltakelse på aktivitet. Dette kan handle om at pasienter som er innlagt i psykiatrien har generelt liten motivasjon for å delta på aktiviteter (Wong *et al.*, 2020). Samtidig kan pasienter betrakte aktivitet som en mindre meningsfull del av behandlingen (Wong *et al.*, 2020). Dette kan ses i sammenheng med Peddie, Westbury og Snowden (2020) som viser at personer med psykiske lidelser ofte er mer inaktive enn den generelle befolkningen. Grunnen

til dette kan være at mennesker med psykiske helseutfordringer ofte opplever barrierer ved deltakelse på aktiviteter (Peddie, Westbury og Snowden, 2020; Milbourn, McNamara, Buchanan, 2017). Derfor vil en stor andel av pasienter ha behov for ytre påvirkninger for å komme i gang med aktivitet (Moe, 2018). Pasienter innenfor denne gruppen kan angivelig velge bort aktivitetene på enhetene, til fordel for å oppholde seg på pasientrommene. Man kan dermed være avhengig av at aktivitetene har obligatorisk oppmøte, for å øke pasientdeltakelsen. Dette kan betraktes som en ytre påvirkning, der pasientene kan få en opplevelse av forpliktelse. Imidlertid var det kun en informant som fortalte at aktivitetene var obligatoriske. Dette kan åpenbart være en begrensende faktor i omgivelsene.

Informantene belyste at motivasjon var en viktig del av jobben. Samtidig poengterte to av informantene at de hadde forbedringspotensialet når det kom til motivering av pasienter. Viktigheten av motivasjon kan ses i lys av Moe (2018) som viser at ytre motivasjon kan være en viktig faktor i startfasen, for å utarbeide en indre motivasjon. Ifølge PEO-modellen fremlegges det at omgivelsene rundt personen påvirker muliggjørende aspekter for aktiviteter (Law *et al.*, 1996). Det kan anslås at personalet har en viktig påvirkningskraft for tilretteleggelse av pasientdeltakelsen, basert på ytre motivasjonen. Personalet kan oppleves som en støttende faktor for pasientene dersom de aktivt deltar i aktivitet. En av informantene bemerket nemlig at det å delta på aktivitet sammen med pasienten var en selvfølge på deres enhet. Dette kan ses i sammenheng med Moe (2018) som belyser at motivert personell som selv deltar på aktivitetene vil kunne påvirke pasientene. På grunn av dette kan pasientene oppleve trygghet og annerkjennelse, samt at grenser flyttes (Moe, 2018).

Til forskjell fra dette kan redusering av ytre press føre til at motivasjon avslår i fravær av indre interesser (Cole, 2014). Motivasjon kan nemlig deles inn i indre og ytre motivasjon, og kan påvirkes av ulike faktorer (McCullough, 2014). Det ble beskrevet fra to informanter at det forsøkes å finne frem til pasientenes interesser, og på denne måten skape en indre motivasjon. Det ble poengtert at det var enklere å få med pasientene på aktivitet når de hadde en indre motivasjon. Dette kan utdypes ytterligere gjennom PEO-modellen der et individ stadig vil påvirke måten en person samhandler med omgivelsene og utfolder sin aktivitetsdeltakelse (Law *et al.*, 1996). Derimot kan pasientens indre behov som interesser, verdier og kultur, bidra til å påvirke vedkommende sin motivasjon, som igjen kan ha innvirkning på aktivitetsdeltakelsen. Informantene belyste at de ønsket at aktivitetene skulle ha en

overføringsverdi etter utskrivelse. For å kunne realisere overføringsverdien, kan det anses som hensiktsmessig å påvirke den indre motivasjon hos pasienten.

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Valg av metode

Studiet ble basert på kvalitativt forskningsintervju, hvor man søker etter å forstå verden sett fra intervjupersonens side, tilknyttet folks erfaringer og opplevelser (Kvale og Brinkmann, 2019). Gruppemedlemmene betraktet denne forskningsmetoden som den mest hensiktsmessige måten å belyse problemstillingen på. Målsettingen var at funnene skulle være basert på intervjupersonen, framfor vitenskapelige forklaringer. Utgangspunktet ligger på fagpersonenes erfaringer tilknyttet hvordan aktivitet tilrettelegges for å påvirke pasientdeltakelse i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien. På denne måten kom individers erfaringer, opplevelser og handlingsvalg frem.

Allikevel kan man ikke utelukke at andre forskningsmetoder kunne vært benyttet for å belyse problemstillingen. Vi anser mixed methods som en metode som kunne vært aktuell, hvor man kombinerer kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Integrasjonen av kvantitativ og kvalitativ data ville gitt ytterligere innsikt utover hva en av metodene gir alene (Creswell og Creswell, 2018). Funnene på forskningen kan altså bli både bredere og dypere ved bruk av mixed methods. Men til tross for mixed methods fordeler, forutsetter forskningsmetoden at forskerne har god kunnskap til både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Dette var noe gruppemedlemmene hadde lite kjennskap til. På bakgrunn av vår kompetanse og bacheloroppgavens omfang ble kvalitativt forskningsintervju ansett som den forskningsmetoden som var mest hensiktsmessig å benytte seg av.

4.2.2 Utvalg av informanter

Utvalget er på fire informanter, hvor strategisk utvalg samt snøballrekruttering ble benyttet. Ettersom responsen var redusert når gruppemedlemmene tok kontakt med aktuelle kandidater, bisto to bekjente med rekrutteringsprosessen. Gruppemedlemmene ønsket at utvalget skulle arbeide på samme enhet i forskjellige kommuner, men noe av inklusjonskriteriet måtte avvikes for at utvalget skulle ende opp på fire informanter. Utvalget jobber i forskjellige kommuner i landet, men en informant jobber ved en annen enhet enn resterende. Sett fra den ene siden kan det avvikelende inklusjonskriteriet betraktes som oppgavens svakhet. Man kan

stille seg kritisk til funnenes likheter samt ulikheter, da enhetene i utgangspunktet er ulike. På den andre siden betraktes ikke enhetene som totalt avviklende fra hverandre. Alle informantene er tilknyttet andrelinjetjenesten innen psykisk helsevern og tilbyr døgntilbud over varierende tidsrom. Allikevel vil vi poengtere at det hadde vært en fordel om alle informantene hadde hatt det samme utgangspunktet baserte på generell oppbygning av behandlingsløp, tilknyttet liggetid og behandlingstilbud.

Kvale og Brinkmann (2019) poengterer spørsmålet om hvorvidt funnene i intervjustudier er generaliserbare eller ikke. En vanlig innvending mot intervjuforskning er nemlig at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres (Kvale og Brinkmann, 2019). Antallet med informanter kan i denne studien anses som lavt, men på grunn av begrenset tid på forskningsprosjektet, ville man ikke ha hatt mulighet til å intervju flere informanter. Man kan dermed antyde at studiet ikke har tilstrekkelig med informanter til å kunne avklare generaliseringen av forskningsresultatene. Imidlertid betrakter vi ikke funnene uten overføringsverdi til andre kontekster eller situasjoner, da funnene også belyser nasjonale føringer. Dessuten ble utvalget valgt strategisk, der alle informantene jobbet spredt i Norge. Dette kan styrke funnenes generaliserbarhet, samt validitet fordi resultatene ikke baserer seg på lokale forhold (Kvale og Brinkmann, 2019).

4.2.3 Innsamling av data

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av det digitale verktøyet Zoom. Dette er grunnet smittevernregler som var innført i Norge vedrørende koronapandemien. Restriksjonene skapte begrensninger for utførelse av intervjuene med fysisk oppmøte, dermed måtte intervjuene gjennomføres over digitalt verktøy. Til tross for utprøving av lyd og erfaringer relatert til anvendelse av Zoom hadde intervjuene noe varierende lyd kvalitet på to intervjuer. Dette kan ha påvirket informantens tolkning av spørsmålene som ble stilt, samt transkripsjonen som ble gjennomført i ettertid. Likevel betrakter gruppelemmene funnene som troverdige og pålitelige. Transkriberingen ble utført umiddelbart etter gjennomførelse av hvert intervju, og både informant og moderator gjentok innholdet hvis lyden ble avvikende.

Forskningsintervjuet baseres på et semistrukturert intervju, der målet var å innhente beskrivelser av intervjupersonens fortolkninger og meninger om et bestemt fenomen (Kvale og Brinkmann, 2019). Intervjuene ble utført i overensstemmelse med intervjuguide, hvor forslag til spørsmål var notert. Guiden inneholdt en detaljert rekkefølge av formulerte

spørsmål som var korte og enkle (Kvale og Brinkmann,2019). For å sirkle inn bestemte temaer med spørsmål (Kvale og Brinkmann,2019) valgte gruppemedlemmene å utforme spørsmålene detaljert slik at innholdet i intervjuene ble basert på studiets tema.

Gruppemedlemmene hadde deriblant fokus på å ikke påvirke informantene som er et av flere etiske hensyn. Spørsmålene ble utformet åpne, slik at informantene ikke skulle bli ledet i sine forklaringer. Dette gjaldt også oppfølgingsspørsmålene som ble stilt underveis av intervjuet.

Imidlertid kan man ikke utelukke at utvalget ble ledet i sine forklaringer. Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) er moderatorene forskjellige med hensyn til hvor åpne de er om studiets formål. Enten kan moderator forklare formålet ved intervjuets start, alternativt kan moderator først avsløre formålet når intervjuet er overstått (Kvale og Brinkmann, 2019). Dette var noe gruppemedlemmene ikke reflekterte over ved studiets start. Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv, hvor formålet til studiet ble beskrevet, samt at formålet ble nevnt innledningsvis i hvert intervju. Dette kan deriblant ha påvirket informantenes svar, og studiets funn. Dessuten kan også vår utdanningsretning innenfor ergoterapi gi informantene en forventning om hva gruppemedlemmene ønsker svar på hvis de kjenner til yrkets kjernekompetanse. Nødvendigvis trenger ikke dette å ha en negativ effekt på funnene.

Det ble valgt å fordele transkriberingen på gruppemedlemmene, da det medføre til effektivisering av prosessen. Deriblant kan det reflekteres rundt økt reliabilitet av oppgaven dersom gruppemedlemmene hadde sett over hverandres arbeid for å kontrollere at transkriberingen ble gjennomført ordrett og uten fortolkninger. Ved analyseringen ble det bestemt å kode første intervju sammen for å danne en felles forståelse rundt nøkkelordene. Deretter bestemte gruppemedlemmene å fordele arbeid og analysere resterende intervju individuelt. Imidlertid kan det i ettertid betraktes en økende reliabilitet og validitet dersom analyseringen ble gjennomført i fellesskap.

4.2.4 Litteratursøk

Utvalget av artikler som har blitt benyttet i oppgaven er hovedsakelig basert på artikkelsøk fra forskjellige databaser. Ut ifra de artikkelsøkene som har blitt utført kan det tyde på at studiets tema hadde noe redusert forskning både internasjonalt og nasjonalt. Enkelte artikler ble nedprioritert da utgivelsesåret var på starten av 2000- tallet. Gruppemedlemmene har gjennom litteratursøk observert at det finnes mest forskning tilknyttet fysisk aktivitet i psykiatrien, men at aktivitet generelt ikke er forsket like mye på. På tross av dette ble noe av forskningen

gjennom oppgaven basert på fysisk aktivitet, og ikke generell aktivitet. Dette kan belyse nødvendighet av videre forskning på dette området og forsterke behovet for å gjennomføre dette studiet. Når det er sagt kan de få søkertreffene skyldes gruppemedlemmene manglende kunnskap for å finne passende søkeord og kombinasjoner av disse. Imidlertid fant vi noen studier som samsvarer med våre funn, noe som kan forsterke oppgavens validitet.

5.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse hvordan aktivitet ble tilrettelagt på enhetene for å påvirke pasientdeltakelse i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien. Med dette ønsket gruppemedlemmene å få et innblikk i virksomhetens utførelse av aktivitet sett ifra informantenes erfaringer. Med utgangspunkt i studiets hensikt ble følgende problemstilling utformet:

- Hvordan tilrettelegges aktivitet for å påvirke pasientdeltakelse i døgnbaserte enheter i voksenpsykiatrien?

Studien fremhever at pasientdeltakelsen på aktivitet kan anses som et resultat av en rekke faktorer, deriblant enhetens organisering av aktivitet og personalets evne til å motivere. Likeså har nasjonale og administrative føringer en vesentlig betydning for pasienters behandlingsløp. Aktivitet tilrettelegges med betydelige variasjoner, men felles for samtlige var at aktivitet praktisertes både organisert og uorganisert, samt at aktivitetene struktureres i form av grupper. Informantene fremla at de brukte ulike strategier for å tilrettelegge for økt aktivitetsdeltakelse blant pasientene, deriblant indre og ytre motivasjon. Det fremheves en vesentlig variasjon angående organisering av aktivitet, samt ulik bruk av brukermedvirkning. Informantene formidlet et behov for noen som kunne ha et overordnet ansvar for aktivitetene, da det antydes en varierende kompetanse angående aktivitet og organisering av denne. Funnene på studiet indikerer dermed at personalets evne til å tilrettelegge for aktivitet i voksenpsykiatrien kan beregnes som en følge av dynamikken mellom person, aktivitet og omgivelser.

Studien anslås som begrenset da forskningens generaliserbarhet er noe tvilende. Videre er det et behov for ytterligere forskning, der det kunne vært interessant å belyse et større utvalg av informanter for å gå nærmere inn på hvordan aktivitet blir tilrettelagt i psykisk helsevern. Likeså kunne det vært relevant å oppklare og bevise ergoterapeutens kunnskap innenfor dette

fagfeltet. Til tross for lite forskning betrakter gruppemedlemmene at problemstillingen har satt søkelys på et viktig tema.

6.0 Referanseliste

- Bogdan, R. C., Biklen, S. K. (2007) *Qualitative research for education. An introduction to theories and methods*. 5.utg. Bostan, Mass: Pearson A & B.
- Bukhave, E. B., Mærsk, J. L. (2016) Grundlag for ergoterapeutisk intervention, i Nyboe, L., Johannesen, S., Jørgensen, P. (red.) *Psykiatri*. 2.utg. København: Munksgaard, s.173-177.
- Christiansen, C. H. og Haertl, K. (2014) A countextual History of Occupational therapy, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. Utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 9-34.
- Cole, F. (2014) Physical activity for mental health and wellbeing, i Bryant, W., Fieldhouse, J., Banningan, K. (red.) *Creek's Occupational therapy and Mental health*. 5.utg. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, s. 205-223.
- Creswell, J. H. (2009) *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. Los Angeles: Sage.
- Creswell, W., J. og Creswell D.J. (2018) *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5. Utg. Thousand Oaks, United States: SAGE.
- Daly, M., Sutin, A. R., Robinsson, E. (2020) Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence form the UK Hausehold longitudinal study, *Psychological medicine*, s.1-10. Doi – 10.1017/50033291720004432.
- D'Amico, M. L., Jaffe, L. E., Gardner, J. A. (2018) Evidence for intervention to improve and maintain occupational performance and participation for people with serious mental illness: A systematic review, *The American journal of occupational therapy*, 72(5), s.7205190020p1 – 7205190020p11. Doi – 10.5014/ajot.2018.033332.
- Ergoterapeutene (2017) *Alle skal kunne delta: ergoterapeuters kjernekompetanse*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.

- Folkehelseinstituttet (2021) *Stabil andel med psykiske lidelser de første seks månedene av pandemiene*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2021/stabil-andel-med-psykiske-lidelser-de-forste-seks-manedene-av-pandemien/> (Hentet: 01. mai 2021).
- Foye, U. Li, Y., Biken, M., Perle, K., Simpson, A. (2020) Activities on acute mental health inpatient wards: A narrative synthesis of the service users' perspective, *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), s.482-493. Doi – 10.1111/jpm.12595.
- Griffin, G. Bicker, S. Zammit, K. Patterson, S. (2020) Establishing an occupational therapy assessment clinic in a public mental health service: A pragmatic mixed methods evaluation of feasibility, utilization, and impact, *Australian occupational therapy journal*, 67(4), s.350-359. Doi – 10.1111/1440-1630.12668.
- Gutman, S., A. (2012), State of Mental Health Research in the American Journal of Occupational Therapy 2008-2011, *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), s.30-33. Doi- 10.5014/ajot.2012.003913.
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hansen, J. (2019) *Kortere liggetid i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-liggetid-i-psykisk-helsevern?fbclid=IwAR2PM-Kq4pahHmrgOAKVGlz9bG3ybN-t-16PwgSyg2ZG1WRImOJInHVeJXk> (Hentet: 03. mai 2021).
- Helsedirektoratet (2016) *Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/203e364f-c9b3-4fd2-bd06-4aa241ef7f38:91e26d9af56c5de4905b9641a48a3feb210c23c/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Veileder.pdf (Hentet: 02. mai 2021).

- Helsedirektoratet (2018) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser#definisjoner> (Hentet: 01. mai 2021).
- Knudsen, *et al.* (2021) Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis, *The Lancet Regional Health – Europe*, 4, s.1-10. Doi – 10.1016/j.lanep.2021.100071.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2019) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal.
- Law, *et al.* (1996), The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), s.9-23. Doi - 10.1177/000841749606300103.
- Lipskaya-Velikovsky, L., Kotler, M., Krupa, T. (2016) Description of and Preliminary Findings for Occupational Connections, an Intervention for Inpatient Psychiatry Settings, *The American journal of occupational therapy*, Vol.70 (6), s. 7006350010p1-7006350010p5. Doi – 10.5014/ajot.2016.014688.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitativ forskningsmetode for medisin og helsefag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Matuska, K. og Barrett, K. (2014) Patterns of Occupation, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12.utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 163-172.
- McCullough, S. (2014) Planning and implementing interventions, i Bryant, W., Fieldhouse, J., Banningan, K. (red.) *Creek's Occupational therapy and Mental health*. 4.utg. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, s. 86-102.
- Meld. St.7 (2019-2020) (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf> (Hentet: 24.februar 2021).

Milbourn, B., McNamara, B., Buchanan, A. (2017), A qualitative study of occupational well-being for people with severe mental illness, *Scandinavian journal of occupational therapy*, Vol.24 (4), s. 269-280. Doi – 10.1080/11038128.2016.1241824.

Moe, T. (2018) Motivasjon for fysisk aktivitet, i Martinsen, E. W. (red.) *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – kognitiv terapi*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 155-171.

Myhrvold *et al.* (2018-2019) *Representantforslag om å stoppe nedbygging av sengeplasser og øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra:

<https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Representantframlegg/2018-2019/dok8-201819-060s/?all=true&fbclid=IwAR39shA-h2drucerL8N2SzNTafdO8sWqjLKhVavz0hnMdaPdDDaZqiDZJuk>

(Hentet: 29. april 2021).

Mæland, J., G. (2016) *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg., Oslo, Universitetsforlaget.

NOU 2005:1 (2005) God forskning – bedre helse: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger (helseforskningsloven). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.

NTNU (u.å) *Retningslinje for behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra:

<https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger#section-Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger-6.2+Melding+til+NSD>

(Hentet: 6. mai 2021).

Nygård, S. (2018) Ergoterapeuters plass innen psykisk helse og rusavhengighet,

Ergoterapeuten, (1), s.28-30. Tilgjengelig fra:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjaiYCUu7XvAhVCmIsKHXNuCxcQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2F>

www.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDWSDownload.aspx%3FFile%3DFiles%252FFiles%252FFagartikler%252FErgoterapeuters_Plass_psykisk_helse_rus.pdf&usg=AOvVaw09fSqTX5lmFQgLGp9g5N9E

(Hentet: 16. mars 2021).

Peddie, N., Westbury, T., Snowden, A. (2020) 'Nobody will put baby in the corner!': A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health, *Health & social care in the community*, 28(6), s.2060-2075. Doi- 10.1111/hsc.13017.

Pierce, *et al.* (2020) Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population, *The lancet psychiatry*, 7(10), s.883-892. Doi – 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (Hentet: 01. mai 2021).

Renberg, F. E., Sundlund, M. (2019) Microdecisions instead of coercion: patient participation and self-perceived discrimination in a psychiatric ward, *Nordic journal of psychiatry*, 73(8), s.532-538. Doi- 10.1080/08039488.2019.1664629.

Scaffa, M. E. (2014) Group process and group intervention, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12.utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 9-34.

Sims, K. L. (2014) The acute setting, i Bryant, W., Fieldhouse, J., Banningan, K. (red.) *Creek's Occupational therapy and Mental health*. 4.utg. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, s. 346-357.

Stewart, *et al.* (2016) Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being, *Canadian journal of occupational therapy*, 83(4), s.249-259. Doi – 10.1177/0008417415625425.

Tuntland, H. (2018) *En innføring i ADL, teori og intervensjon*. 2.utg. Oslo: Høyskoleforlaget.

Twenge, J. M., Joiner, T. E. (2020) Mental distress among U.S. adults during the COVID-19 pandemic, *Journal of clinical psychology*, 76(12), s.2170-2182. Doi – 10.1002/jclp.23064.

Wong, *et al.* (2020) Activity Participation and Perceived Health Status in Patients with Severe Mental Illness: a Prospective Study, *East Asian archives of psychiatry*, 30(4), s. 95-100. Doi –10.12809/eaap1970.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Meningsfull aktivitet i voksenpsykiatrien ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om meningsfulle aktiviteter i voksenpsykiatrien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2021. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer knyttet til meningsfull aktivitet innenfor psykisk helse. Vår problemstilling er: hvordan kan meningsfull aktivitet i spesialisthelsetjenesten fremme sunnhet og velvære for pasienter innlagt i voksenpsykiatrien? Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ansatt i spesialisthelsetjenesten og har blitt anbefalt av kolleger å kontaktes. Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi gjennomfører et individuelt intervju på Zoom på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med meningsfull aktivitet innen psykisk helsevern. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være studentene Dina Beate Lerum og Madeleine Tangen Kampenhøi, veileder Torbjørn S. Jacobsen og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.21. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Dina Beate Lerum og Madeleine Tangen Kampenhøi,
epost: madeleine.kampenhøi@gmail.com, telefon: 90262926
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no ,
telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no)
eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Dina Beate Lerum

Madeleine Tangen Kampenhøi

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Meningsfullaktivitet i voksenpsykiatri* og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju
Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.21

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

7.2 Vedlegg: Intervjuguide

Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

Informasjon:

- Takk for at du ønsker å stille opp som informant til vår studie
- Vi skulle veldig gjerne gjennomført intervjuet med fysisk oppmøte, men omstendighetene blir litt annerledes i disse korona-tider.
- Jeg skal stille spørsmålene gjennom dette intervjuet, og min makker skal være observatør, og hun har mulighet til å stille noen oppfølgingsspørsmål ved intervjuets slutt.
- **Først en kort presentasjon av oss**, slik at vi ikke er totalt ukjente for deg:
- Jeg heter da Madeleine, og er fra Gjøvik. Min makker heter Dina og er fra Sogndal. Som du kanskje har forstått så er vi ergoterapiststudenter ved NTNU Gjøvik, og er nå ferdig utdannet til sommeren. Faglig sett så har vi en spesiell interesse innenfor fagfeltet psykiatri, der vi har opparbeidet oss noen erfaringer gjennom arbeidslivet og praksiser i regi av NTNU. Dette dannet da bakgrunnen for bacheloroppgaven, og her kommer da du inn i bildet.
- **Før igangsetting av intervjuet skal du få litt praktisk informasjon.**
- En forutsetning for gjennomføring av intervjuet er at vi har mottatt samtykke, og det har vi allerede fått av deg.
- Vi har taushetsplikt og dette vil bli tatt betraktning gjennom hele prosessen.
- Bidraget ditt vil bli anonymisert slik at den informasjonen du formidler til oss ikke vil bli gjenkjent i oppgaven.
- Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av en dikafon, dette er for å sikre at transkriberingen blir gjennomført så ordrett som mulig. Slik at det er dine ord og ikke våres.
- Du har rett til å avbryte intervjuene når som helst og når som helst trekke ditt bidrag.
- Intervjuene vil ha en varighet på ca. en time.
- Materialet vil bli slettet ved prosjektets slutt.

- Bacheloroppgaven vil bli sendt til deg som deltaker etter endt prosjekt, om dette er ønskelig.
- Har du noen spørsmål før vi starter?

Introduksjon av oppgaven:

- Starte opptak
- Formålet med studien er å samle erfaringer rundt meningsfull aktivitet i voksenpsykiatrien.
- Kan du fortelle litt om deg selv? (Navn, kjønn, alder og arbeidsplass)

Hoveddel – spørsmål knyttet til tema

Innledende spørsmål:

1. Hvor lenge har du arbeidet som helsepersonell? Og hvilke utdanninger har du?
2. Hvor lang erfaring har du med arbeid i psykiatrien?
3. Kan du fortelle litt om din arbeidshverdag?
 - Hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsoppgaver har du?

Tematiske spørsmål:

4. Hvilke behandlingsformer tilbyr dere pasientene som er innlagt hos dere?
 - Eks: stabilisering, undervisning, medisiner og aktivitet.
5. Hva legger du i begrepet aktivitet?
 - Hvis **AKTIVITET** kommer frem på forrige spørsmål:
 - Hvilke aktiviteter tilbyr dere?
 - Hvordan strukturer/arrangerer dere aktivitetene?
 - Hvilke aktiviteter er ofte gjentakende?
 - Hvordan prøver dere å få med alle pasienter på aktivitet?

- Har du kjennskap til begrepet meningsfull aktivitet? Eventuelt hvordan forstår du begrepet?
 - Hvem på avdelingen har ansvar for strukturering og utførelse av aktiviteter?
 - Hvordan strukturerer/arrangerer dere aktivitetene?
 - På hvilken måte tror du aktivitet har innvirkning på et individ som er innlagt i psykiatrien?
 - Kan du se noe sammenheng mellom utførelse av aktivitet og individets opplevelse av eget velvære? Kan du utdype hvordan du ser denne sammenhengen?
- Hvis **AKTIVITET IKKE** kommer frem på forrige spørsmål:
- Har du noen tanker om hvorfor aktivitet ikke er en del av behandlingstilbudet?
 - Har du kjennskap til begrepet meningsfull aktivitet?
 - Hvordan forstår du begrepet meningsfull aktivitet?
 - På hvilken måte tror du aktivitet har innvirkning på et individ som er innlagt i psykiatrien?
 - Kan du se noe sammenheng mellom utførelse av aktivitet og individets opplevelse av eget velvære?

6. Når vi sier ergoterapi, hva forbinder du med dette yrke?

- Har du erfaring med å jobbe med ergoterapeuter i psykiatrien?
- Hva tenker du ergoterapeuter kan bidra med i psykiatrien?

Oppsummerende spørsmål

- Trekke frem essensen av informantens svar
- Er det noe du ønsker å utdype eller legge til?

- Avslutningsvis så vet jeg ikke om min makker har noen spørsmål?

Avslutning

- Vi vil takke for at du ønsket å delta i studie vårt og håper du sitter igjen med en positiv opplevelse etter intervjuet.
- Skru av diktafon

7.3 Vedlegg: Søkehistorikk

Søkeord	Database	Søketreff	Kilde
<ol style="list-style-type: none"> 1. Occupational therapy 2. Human activity 3. Activities of daily living 4. mental health 5. adults 6. 2 or 3 7. 1 and 4 8. 6 and 7 9. 5 and 8 	CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 42 086 2. 6085 3. 41 664 4. 155 011 5. 1 408 479 6. 47 623 7. 2436 8. 120 9. 45 	Wong, <i>et al.</i> (2020) Activity Participation and Perceived Health Status in Patients with Severe Mental Illness: a Prospective Study, <i>East Asian archives of psychiatry</i> , 30(4), s. 95-100. Doi –10.12809/eaap1970.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Activities of daily living 2. mental health 3. well-being 4. psychiatry 5. 1 and 2 and 3 and 4 	CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 41 740 2. 155 538 3. 62 114 4. 19 068 5. 3 	Lipskaya-Velikovsky, L., Kotler, M., Krupa, T. (2016) Description of and Preliminary Findings for Occupational Connections, an Intervention for Inpatient Psychiatry Settings, <i>The American journal of occupational therapy</i> , Vol.70 (6), s. 7006350010p1-7006350010p5. Doi - 10.5014/ajot.2016.014688.
<ol style="list-style-type: none"> 1. occupation 2. mental health 3. occupational therapy 4. 1 and 2 and 3 	Medline (ovid)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 34954 2. 43153 3. 13577 4. 10 	Stewart, <i>et al.</i> (2016) Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being, <i>Canadian journal of occupational therapy</i> , 83(4), s.249- 259. Doi – 10.1177/0008417415625425.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mental health 2. Occupation 3. OT 4. Well-being 5. Mental illness 6. 2 or 3 7. 1 and 5 	CHINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 158 055 2. 38 911 3. 19 361 4. 63 427 5. 58 123 6. 56 186 7. 28 446 	Milbourn, B., McNamara, B., Buchanan, A. (2017), A qualitative study of occupational well-being for people with severe mental illness, <i>Scandinavian</i>

8. 4 and 6 and 7		8. 47	<i>journal of occupational therapy</i> , Vol.24 (4), s. 269-280. Doi – 10.1080/11038128.2016.1241824.
<ol style="list-style-type: none"> 1. mental health 2. mental health disorders 3. occupation 4. activities of daily living 5. treatment 6. intervention 7. 1 or 2 8. 3 or 4 9. 5 or 6 10. 7 and 8 and 9 11. outcomes 12. 10 and 11 13. occupational therapy 14. 12 and 13 	CHINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 157 549 2. 5884 3. 38 864 4. 42 060 5. 1 153 049 6. 466 344 7. 157 549 8. 79 814 9. 1 474 660 10. 1145 11. 991 712 12. 506 13. 42 289 14. 69 	D’Amico, M. L., Jaffe, L. E., Gardner, J. A. (2018) Evidence for intervention to improve and maintain occupational performance and participation for people with serious mental illness: A systematic review, <i>The American journal of occupational therapy</i> , 72(5), s.7205190020p1 – 7205190020p11. Doi – 10.5014/ajot.2018.033332.
<ol style="list-style-type: none"> 1. occupational therapy 2. mental health 3. professional role 4. 1 and 2 and 3 5. intervention 6. 4 and 5 	CHINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 42 317 2. 157 888 3. 49 423 4. 233 5. 467 289 6. 33 	Griffin, G. Bicker, S. Zammit, K. Patterson, S. (2020) Establishing an occupational therapy assessment clinic in a public mental health service: A pragmatic mixed methods evaluation of feasibility, utilization, and impact, <i>Australian occupational therapy journal</i> , 67(4), s.350-359. Doi – 10.1111/1440-1630.12668.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mental health 2. Activity 3. Motivation 4. Patient attitudes 5. 1 and 2 and 3 and 4 	CINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. 158 055 2. 397 972 3. 55 803 4. 55 263 5. 31 	Peddie, N., Westbury, T., Snowden, A. (2020) ‘Nobody will put baby in the corner!’: A qualitative evaluation of a physical activity intervention to improve mental health, <i>Health &</i>

			<i>social care in the community</i> , 28(6), s.2060-2075. Doi- 10.1111/hsc.13017.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient participation 2. Inpatient 3. Mental health 4. Mental disorders 5. 3 or 4 6. 1 and 5 7. 2 and 6 	Medline (ovid)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 26 982 2. 23 673 3. 43 153 4. 1 283 475 5. 1 312 144 6. 2 499 7. 42 	Renberg, F. E., Sundlund, M. (2019) Microdecisions instead of coercion: patient participation and self-perceived discrimination in a psychiatric ward, <i>Nordic journal of psychiatry</i> , 73(8), s.532-538. Doi- 10.1080/08039488.2019.1664629

7.4 Vedlegg: NSD godkjenning bachelor



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bacheloroppgaver i ergoterapi

Referansenummer

914763

Registrert

17.02.2021 av Linda Stigen - linda.stigen@ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)
/ Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Linda Stigen, linda.stigen@ntnu.no, tlf: 93223019

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Prosjektperiode

01.03.2021 - 01.08.2021

Status

17.03.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

17.03.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Denne tilbakemeldingen gjelder en samlet vurdering av bacheloroppgaver i ergoterapi ved NTNU Gjøvik våren 2021. Dette gjelder ca. 15 studenter. Denne vurderingen gjelder for

studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen fra NSD. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

NSD SIN VURDERING

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 17.03.2021.

Så fremt prosjektene gjennomføres på denne måten er det vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen.

NSD SIN VURDERING

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 17.03.2021.

Så fremt prosjektene gjennomføres på denne måten er det vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen.

Behandlingene kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektene vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektene vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektene legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom det brukes en databehandler i prosjektene må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til NSD.

Lykke til med prosjektene!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

