

Håkon Nøst Skauge
Robin Løvoll Troøyen
Tor-Arne Halvorsen

Hvilke sammenhenger er det mellom kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Trine Tetlie Eik-Nes
Juni 2022

Håkon Nøst Skauge
Robin Løvoll Troøyen
Tor-Arne Halvorsen

Hvilke sammenhenger er det mellom kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Trine Tetlie Eik-Nes
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Abstrakt

Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å kunne se på hvilke sammenhenger det er mellom kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni.

Metode

Bacheloroppgaven følger stegene i scoping review for å systematisk innhente litteratur. Fem ulike artikler ble valgt ut ifra de tre ulike databasene Pubmed, Sage og Oria. Deretter ble analysestrategien for systematisk tekstkondensering fulgt for å analysere og sortere funn.

Resultat

Funnene ble delt inn i tre ulike underkategorier som vi fant at belyste sosial inkludering. Dette var sosiale relasjoner, personlig velvære og sosial aksept.

Konklusjon

Ved å tilrettelegge omgivelsene som kreative gruppeaktiviteter utføres i, kan ergoterapeuter hjelpe personer med schizofreni til å etablere gode rutiner, skape nye roller, forbedre sosiale relasjoner og utvide sitt sosiale nettverk. Dette kan bidra til at schizofrene blir mer inkludert og får økt mulighet til sosial deltakelse i samfunnet.

Nøkkelord

Schizofreni, sosial inkludering, kreative gruppeaktiviteter, sosiale relasjoner, sosial aksept.

Innholdsfortegnelse

ABSTRAKT	1
1.0 INTRODUKSJON	3
1.1 SAMFUNNSAKTUALITET	3
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	5
1.3 BEGREPSAVKLARING	6
1.3.1 Schizofreni	6
1.3.2 Sosial inkludering	6
1.3.3 Kreative gruppeaktiviteter	7
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR	7
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	8
2.1 AKTIVITET OG DELTAKELSE	8
2.2 MODEL OF HUMAN OCCUPATION	8
2.2.1 Vanedannelse	8
2.2.1.1 Roller	9
2.2.2 Aktivitetsidentitet	9
2.2.3 Omgivelser	10
3.0. METODE	11
3.1. FREMGANGSMÅTE MED LITTERATURSØK	11
3.1.1 Søkestrategi	11
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.1.3 Utvalg og analyse av resultat	13
4.0 RESULTAT	15
4.1 UTVALGTE ARTIKLER	15
4.2 PRESENTASJON AV FUNN	15
4.2.1 Sosiale relasjoner	16
4.2.2 Personlig vekst	17
4.2.3 Sosial aksept	19
5.0 DISKUSJON	21
5.1 SOSIALE OMGIVELSER	21
5.2 SOSIAL AKSEPT	23
5.3 PERSONLIG VEKST	23
5.4 METODISKE BETRAKTNINGER	26
6.0 AVSLUTNING	27
REFERANSELISTE	28
VEDLEGG 1: ARBEIDSSKISSE FARGEKODING	34
VEDLEGG 2: EKSEMPEL PÅ BRUK AV FARGEKODER I PRAKSIS	35
VEDLEGG 3: UTVALGTE ARTIKLER	36

1.0 INTRODUKSJON

Denne bacheloroppgaven tilknyttet ergoterapiutdanningen ved NTNU Trondheim, har til hensikt å undersøke sammenhenger mellom deltakelse i kreative aktiviteter og sosial inkludering hos personer med schizofreni. Alle forfatterne har i løpet av studiet fått erfaring med og interesse for psykisk helse gjennom praksisperioder og ansettelsesforhold ved ulike institusjoner. Som fremtidige ergoterapeuter er vi opptatt av et hensiktsmessig samspill mellom person, aktivitet og omgivelser for å sikre helsefremming gjennom deltakelse og inkludering. Forfatterne har alle benyttet seg av kreative aktiviteter i praksis for å etablere relasjoner hos personer med psykiske utfordringer. Derfor ønsker vi å undersøke denne formen for aktivitet for personer med schizofreni. Siden vår erfaring tilsier at disse personene ofte kan ha vansker med sosial interaksjon, ønsker vi å se om deltakelse i kreative aktiviteter kan bidra til sosial inkludering for schizofrene.

1.1 Samfunnsaktualitet

Samfunnet består av mennesker med forskjellige forutsetninger, noe som blant annet skyldes ulikheter i helse og velvære. Psykiske problemer er en av de største utfordringene for folkehelsen, og er samtidig en lidelse som har stor økning blant ungdom (Ergoterapeutene, u.å.-a). Norsk Ergoterapeutforbund er opptatt av at folkehelsearbeidet legger til rette for forebygging av psykisk sykdom gjennom trivsel og inkludering blant befolkningen, og et samfunn som bidrar til gode sosiale forhold. Fra et ergoterapeutisk perspektiv er vi opptatt av faktorene person, aktivitet og omgivelser og mener at et gunstig samspill fører til helsefremmende deltakelse. Derfor er det avgjørende at den enkeltes evne til å oppleve sosial deltakelse og interaksjon med andre ivaretas, uavhengig av helsetilstand (Ergoterapeutene, 2011, s. 3-5).

Det er blitt anslått av Folkehelseinstituttet (FHI) at om lag 30 til 50 prosent av befolkningen vil oppleve en eller annen form for psykisk uhelse i løpet av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 9). Det er vanlig å skille mellom alvorlighetsgraden av psykiske lidelser, og i denne oppgaven har vi valgt å konsentrere oss om schizofreni, en alvorlig psykisk lidelse. FHI (2018) viser til at det ikke er en klar definisjon av alvorlige psykiske lidelser, men det omfatter vanligvis diagnosene schizofreni, bipolar lidelse eller andre psykotiske lidelser. Lidelsen gir en betydelig funksjonsnedsettelse og må ha en varighet gjennom mer enn to år (FHI, 2018, s. 14). Personer med alvorlige psykiske lidelser har en

forventet levealder som er fem til femten år kortere enn hos de uten alvorlige psykiske lidelser (FHI, 2021). Schizofreni og bipolare lidelser blir beskrevet som de mest utsatte sykdommene i forhold til forkortet levetid (FHI, 2021).

Andelen av voksne personer som behandles for schizofreni-lignende psykoser i Norge har ligget stabilt på omkring 1% av befolkning de siste ti årene (FHI, 2021). Selv om andelen mennesker som behandles for schizofreni er liten, så er kostnaden for samfunnet store. Ifølge Falkum et al. (2015) så har personer med schizofreni lidelser ofte lange forløp og behandlingstid som gir store påkjenninger for personene, men også for samfunnet. Beregninger viser at det ble brukt 11 milliarder kroner i 2012 i behandling av personer med schizofreni lidelser i Norge. (Falkum et al., 2015. s.37-38).

Samfunnet vårt styres av en rekke felles sosiale normer; det vil si de gjensidige forventningene vi har til hvordan vi skal oppføre oss. De sosiale normene er nødvendige for å opprettholde en ryddig, trygg og forutsigbar samfunnsstruktur (Helgesen, 2017, s. 301-302). Personer med schizofreni har ofte symptomer som kan gjøre det vanskelig å leve opp til de sosiale normene i samfunnet. Schizofreni kan ofte føre til en rekke symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, uorganisert oppførsel, agitasjon og manglende evne til forståelig kommunikasjon med omverdenen (WHO, 2022). Helsedirektoratet (2014) påpeker at et slikt fravær av sosial kompetanse kan føre til stigmatisering og diskriminering av mennesker med schizofreni, ved at deres utseende eller væremåte gjør at de skiller seg ut fra samfunnet. Denne mangelen på sosiale ferdigheter og mestring av hverdagsliv, gjør også at personer med schizofreni har økt fare for å stå uten arbeid og sosialt nettverk (Helsedirektoratet, 2014, s. 55).

Arbeid er viktig for personer med schizofreni, siden arbeid er en kilde til sosial inkludering, sosial status og økonomisk trygghet. Personer med schizofreni står ofte utenfor arbeidslivet og går dermed glipp av de fordelene som arbeid gir. Videre kommer det frem at 94% av personer med schizofreni var utenfor arbeidslivet, og at 53 - 70% av personer med schizofreni ønsker ordinært arbeid (Bull & Lystad, 2011, s. 626).

Det sosiale nettverket påvirker helsen vår, og det ser ut til at særlig sosial støtte fungerer som en helsefremmende faktor (Folkehelseinstituttet, 2015). Mennesket som art utvikles og lever best innen en sosial gruppekontekst, og mellommenneskelige relasjoner stimulerer til

biologisk, psykologisk, emosjonell og sosial utvikling og vekst (Creek, 2014, s. 30). Men mange mennesker med schizofreni har uttalte mangler i sosiale ferdigheter, som følge av de negative symptomene som ofte følger med sykdomsforløpet (Mueser et al., 1990, s. 52). Denne gruppen er derfor spesielt utsatt for å isolere seg fra andre, noe som på sikt kan føre til et manglende sosialt nettverk (Helsebiblioteket, 2019). Vi ser derfor viktigheten av at ergoterapeuter iverksetter tiltak for å bedre de schizofrenes evne til sosial kontakt med andre, og for å fremme opplevelsen av sosial støtte og hindre ensomhet.

Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser viser også til viktigheten av å legge til rette for sosialt felleskap og meningsfulle aktiviteter innen psykisk helsearbeid. For å kunne skape et sosialt felleskap er det viktig å ta utgangspunkt i individets interesser, samtidig som aktivitetene i størst mulig grad bør foregå på offentlige arenaer (Helsedirektoratet, 2013, s. 98). Gjennom sosial deltakelse i kommunale lavterskeltilbud som møteplasser med tilbud om meningsfulle aktiviteter, vil personer med psykiske problemer få muligheten til å skape nettverk og relasjoner med andre. Det anbefales derfor at alle kommuner tilbyr et utvalg av lavterskeltilbud hvor alle har mulighet for å delta, uavhengig av livssituasjon, for å sikre aktivitetstilbud til personer med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 84). Deltakelse i meningsfull aktivitet kan virke helsefremmende og inkluderende. Praksisperioder ved NTNU har vist oss at ergoterapeuter kan nå ut til personer med schizofreni gjennom tilbud av kreative aktiviteter i institusjoner og i kommunale lavterskeltilbud. For personer som har utfordringer med å forholde seg til egen situasjon eller andre mennesker kan deltakelse i kreative gruppeaktiviteter være med på å hjelpe dem med å håndtere den sosiale situasjonen (Hansen & Morville, 2013, s. 94). Ergoterapeuter kan benytte kunnskap om deltakelse i meningsfull aktivitet som et tiltak for utvikling av sosial kompetanse og sosial nettverksbygging for en utsatt gruppe.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å se på sammenhengen mellom kreative aktiviteter og sosial inkludering hos personer med schizofreni. Vi har tidligere belyst viktigheten av sosial inkludering, og hvordan personer med schizofreni kan falle utenfor samfunnet på ulike områder. I den sammenheng har vi erfart fra både praksis og arbeid, at kreative aktiviteter har hatt en positiv innvirkning på personer med psykoselidelser.

På bakgrunn av samfunnsforankringen, våre erfaringer og nysgjerrighet innenfor feltet psykisk helse og schizofreni, endte vi opp med problemstillingen:

“Hvilke sammenhenger er det mellom bruk av kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni?”

1.3 Begrepsavklaring

I denne delen av oppgaven avgrenses og defineres begrepene schizofreni, sosial inkludering og kreative gruppeaktiviteter i problemstillingen.

1.3.1 Schizofreni

ICD 10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. utg.) deler opp schizofreni i flere ulike typer, som blant annet paranoid schizofreni, hebefren schizofreni og kataton schizofreni (Verdens helseorganisasjon, 2019, s. 154-156). Personer med schizofreni får som oftest diagnosen i en alder mellom 16 og 25 år, og sykdommen kan oppstå akutt eller utvikle seg gradvis over tid. Schizofreni kan bli utløst av rus, stress eller sosial isolasjon (Rådet for psykisk helse, 2019). Schizofrene opplever både positive og negative symptomer (Helgesen, 2017, s.276). Negative symptomer blir forklart som affektavflatning, matthet, manglende initiativ og tilbaketrekning (Malt et al., 2004, s. 210). Negative symptom som for eksempel tilbaketrekning er et av de negative symptomene personer med schizofreni kan få, og kan bidra til sosial tilbaketrekning (WHO, 2022).

1.3.2 Sosial inkludering

Begrepet sosial inkludering kan forstås og forklares på ulike måter ut ifra kontekstuelle forhold (Boutillier & Croucher, 2010, s.137). Sosial inkludering kan defineres som en flerdimensjonal prosess for å fremme sosial deltakelse, forbedre evner til å oppfylle normene for sosiale roller, og på et kollektivt nivå styrke sosiale relasjoner, samhold og integrering (Silver, 2015, s. 2-3). På bakgrunn av dette velger vi i denne oppgaven å forstå begrepet sosial inkludering gjennom sosiale relasjoner, personlig vekst og sosial aksept.

1.3.3 Kreative gruppeaktiviteter

Kreativitet kan bli definert som en betegnelse på menneskets evne eller ferdighet til å skape noe nytt (Gamborg, 2013 s. 25). Alle mennesker, uavhengig av alder, kjønn eller kultur, kan få utløp for kreativitet gjennom sine aktiviteter. Mange meningsfulle aktiviteter er synonymt med å være kreativ og derfor kan man si at kreativitet er en del av menneskers hverdagsliv. På samme måte som aktivitet er en sentral del av det å være menneske, er også kreativitet det. Å uttrykke seg kreativt kan ha en positiv påvirkning på menneskers helse og velvære (Walters et al., 2014, s. 260). Kreativ aktivitet blir definert som enhver meningsfull aktivitet som innebærer aktiv deltagelse, bruk av fantasi og kreative ferdigheter (Hansen & Morville, 2013, s. 86).

Vår problemstilling fokuserer på kreative gruppeaktiviteter. Det betyr at en utfører kreative aktiviteter som forklart ovenfor, med flere personer. Vi har valgt denne vinklingen på bakgrunn av vårt fokus på sosial inkludering, og mener derfor det er hensiktsmessig å bruke gruppeaktiviteter for å kunne se på en forbedring av dette.

1.4 Oppgavens struktur

Strukturen for denne bacheloroppgaven i ergoterapi følger en tilpasset versjon av IMRoD-modellen. Forkortelsen IMRoD står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland & Trygstad, 2013, s. 79). Vi har i tillegg inkludert en teoridel hvor det presenteres et ergoterapeutisk perspektiv.

Introduksjonen består av en innledning hvor vi presenterer bakgrunn for valgt tema og tilhørende samfunnsaktualitet. Videre presenteres oppgavens problemstilling og hensikten med denne. Introduksjonen avsluttes med avklaringer på begrepene schizofreni, sosial inkludering og kreative aktiviteter. Etter introduksjonen blir valg av teori presentert. Deretter blir metode forklart, hvordan vi har gått frem i litteratursøk, søkestrategi, inklusjon- og eksklusjonskriterier og analyse av resultat. Videre blir funnene fra artiklene systematisk presentert. I diskusjonsdelen samles all informasjon for å belyse problemstillingen, satt opp mot valgt teori. Avslutningsvis kommer det en oppsummering og konklusjon for å besvare problemstillingen.

2.0 Teoretisk perspektiv

I denne delen av oppgaven presenteres det teoretiske perspektivet vi bruker for å sikre et aktivitetsfokus for å forstå og diskutere våre funn. Innledningsvis blir aktivitet og deltakelse forklart i et ergoterapeutisk perspektiv. Videre blir Model of Human Occupation (MoHO) og de relevante dimensjonene presentert.

2.1 Aktivitet og deltakelse

Personer med psykiske lidelser kan ofte mangle motivasjon for å være aktiv og deltakende (Ergoterapeutene, u.å.-b). Derfor er konsekvensen av psykiske helseutfordringer i mange tilfeller passivitet og ensomhet. Ergoterapi har som formål å legge til rette for deltakelse og inkludering, gjennom et velfungerende samspill mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017, s. 15). I den sammenheng er aktivitet og deltakelse to begrep som står sentralt i forståelsen av inkludering gjennom aktivitet, fra et ergoterapeutisk perspektiv (Aagaard & Langdal, 2019, s. 114). Aktivitet handler om gjøremål eller oppgaver som den enkelte finner meningsfullt, mens deltakelse innebærer engasjement i aktiviteter og samfunnsliv (Ergoterapeutene, 2017, s. 16-20).

2.2 Model of Human Occupation

For å sikre aktivitetsperspektivet, og at ny informasjon integreres med faglig kunnskap, presenteres MoHO for å forstå og diskutere våre funn opp mot problemstillingen. MoHO forklarer hvordan aktivitetsutførelse oppstår gjennom et dynamisk samspill mellom dimensjonene person, aktivitet og omgivelser (Kielsgaard et al., 2019, s. 139).

MoHO består av en rekke komponenter som er i konstant dynamisk interaksjon med hverandre. Det betyr at dersom én komponent endres, for eksempel omgivelser, vaner eller roller, vil hele dynamikken skifte - enten i en positiv eller negativ retning (O'Brien & Kielhofner, 2017, s. 26-27). Vi velger å fokusere på komponentene vanedannelse og omgivelser og aktivitetsidentitet.

2.2.1 Vanedannelse

Vaner er den automatiske respons og utførelsen i kjente daglige situasjoner. Mennesket danner seg individuelle sosiale vaner knyttet opp mot en bestemt sosial kontekst (Lee & Kielhofner, 2017, s. 60). I dimensjonen vanedannelse kommer det frem at mennesket

identifiserer seg i ulike roller sett opp imot den sosiale settingen, og at samfunnet har forventninger opp mot bestemte roller.

2.2.1.1 Roller

Mye av det vi gjør hver dag blir gjort gjennom våre roller som f.eks. arbeidstaker, ektefelle, forelder, student og lignende. (Lee & Kielhofner, 2017, s. 65). Roller tildeles av samfunnet og tas opp av individet, slik at en rolle er både en sosial posisjon og et sett av oppgaver vi utfører (Creek, 2014, s. 39). MoHO forklarer hvordan vi gjennom roller danner relasjoner til andre, og får en forståelse for hvordan det forventes at vi skal oppføre oss sosialt (Aagaard & Langdal, 2019, s. 119-120). Derfor har roller betydning for vår måte å omgås andre på, og de medfører både rettigheter fra og forpliktelser til samfunnet (Creek, 2014, s. 39).

Roller oppstår gjennom deltakelse i bestemte aktiviteter over tid innen bestemte tidsmessige mønstre, og de endres gjennom hele livet. Vi kan selv velge å tre inn i en rolle og forlate en rolle. Men noen ganger kan vi også bli påtvunget rolle-endringer gjennom omstendighetene. Personer med nedsatt funksjonsevne kan bli hindret fra, ha vansker med å utføre, eller mangle muligheten til å lære eller påta seg roller. Eller de kan være nødt til å ta uønskede roller i sitt liv. Uten tilstrekkelige og meningsfulle roller mangler vi identitet, hensikt og struktur i hverdagslivet. Det oppstår en betydelig svekkelse i identiteten når vi ikke lenger identifiserer oss med og blir anerkjent for de rollene vi tidligere har hatt og hverdagen kan oppleves som uforutsigbar (Lee & Kielhofner, 2017, s. 65-69). Sett opp imot mennesker med schizofreni og deres utfordringer knyttet til sosial tilbaketreking og sosial inkludering, skal vi belyse hvordan deres roller kan forstås gjennom MoHO.

2.2.2 Aktivitetsidentitet

Identitet henviser til en sammensatt definisjon av hvem man oppfatter seg selv som, inkludert roller og relasjoner, verdier, selvoppfattelse, og personlige ønsker og målsettinger. Noen argumenterer også for at vår deltakelse i aktiviteter er med på å skape vår identitet. Dette synet utgjør begrepet aktivitetsidentitet som defineres som en sammensatt følelse av hvem man er og ønsker å bli som et aktivitetsvesen, på bakgrunn av sin aktivitetshistorie (Heras de Pablo et al., 2017, s. 117). Aktivitetsidentitet handler om hvordan menneskers daglige aktiviteter påvirker deres identitetsoppfattelse, og hvordan deres identitetsoppfattelse påvirker aktivitetsvalgene de tar (Mærsk & Wolters, 2019, s. 68-69). For å skape oss en

aktivitetsidentitet må vi starte med å danne oss en forståelse av våre evner og interesser, for deretter å konstruere oss en ønsket fremtidsvisjon basert på våre verdier (Heras de Pablo et al., 2017, s. 117). For personer med schizofreni kan det være utfordrende å danne seg en aktivitetsidentitet utenom sin diagnose og sine symptomer. Dette kan påvirke deres evne til deltakelse i sosiale settinger.

2.2.3 Omgivelser

Omgivelser beskrives som et alltid tilstedeværende element som enten kan muliggjøre eller forhindre aktivitetsutførelse (Kielsgaard et al., 2019, s. 139). I MoHO ser man på ulike dimensjoner av omgivelser; blant annet sosiale omgivelser (Fisher et al., 2017, s. 92). De sosiale omgivelsene handler om mellommenneskelige forhold og interaksjoner. Det vil si de personene man har et forhold til gjennom sin livssituasjon. Det kan være nære kontakter eller mer tilfeldige møter, og inkluderer for eksempel familie, venner, arbeidskolleger, helsepersonell og butikkmedarbeidere. De sosiale omgivelsene er med på å bestemme kvaliteten på våre interaksjoner, basert på den fysiske, verbale, kognitive og følelsesmessige støtten som tilbys gjennom våre nettverk (Fisher et al., 2017, s. 93-96). MoHO deler opp omgivelsene i global, lokal og nær kontekst som dynamisk påvirker hverandre. Hver kontekst inneholder faktorer som gjensidig påvirker hverandre og personen (Fisher et al., 2017, s. 98-99). Som beskrevet tidligere har personer med schizofreni ofte utfordringer i sosiale omgivelser, ved både positive og negative symptomer. Det kan føre til at de mellommenneskelige relasjoner blir utfordrende, og personer med schizofreni kan ofte ha vansker med å delta i omgivelser som setter krav til sosiale ferdigheter.

3.0. Metode

I denne delen av oppgaven ønsker vi å presentere hvilken metode og søkestrategier vi benyttet i søkeprosessen. Metode handler om hvordan man går frem for å innhente kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Vi beskriver først metoden vi bruker for å innhente litteratur og hvordan vi har gått frem i søket og valg av inklusjon- og eksklusjonskriterier. Deretter beskrives hvordan vi har selektivt valgt ut artikler og analysert dem.

3.1. Fremgangsmåte med litteratursøk

Vi har i denne oppgaven valgt å benytte oss av scoping review for å systematisk innhente litteratur-grunnlaget vi ønsker å se nærmere på for å kunne besvare vår problemstilling. Scoping review beskrives som en måte å kartlegge omfanget av forskningen som er tilgjengelig om et emne, og videre kunne danne et sammendrag, og mulig identifisere kunnskapshull. De fem stegene i scoping review er fulgt for å strukturere vårt litteratursøk og sikre at artiklene er relevant for vår problemstilling (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21).

3.1.1 Søkestrategi

Vi valgte å starte med et grovsøk på ulike elektroniske databaser, som "Google Scholar" og "Oria" for å få et overblikk over den tilgjengelige litteraturen som kunne være med på å besvare vår problemstilling. Nøkkelord fra vår problemstilling er schizofreni, kreative aktiviteter og sosial inkludering, se tabell (Tabell 1) for ytterligere søkeord. Norske søkeord ga ikke nok treff på artikler for at vi kunne svare på vår problemstilling, det ble derfor søkt hovedsakelig ved bruk av engelske ord og fagbegreper. For å kunne få et tilstrekkelig blikk på tilgjengelig litteratur på temaet søkte vi i flere databaser, som PubMed, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, SAGE journals, psycINFO og AMED. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner. Vi benyttet oss av AND mellom ordene for å spisse søket og begrense antall treff. Der hvor vi søkte etter sammensatte ord, brukte vi også anførselstegn for å unngå å få treff på artikler hvor ordene forekommer hver for seg. Et eksempel på et slik frasesøk er «social inclusion». Disse avgrensningene i litteratursøkene resulterte i flere treff i databasene Oria, SAGE journals og PubMed. Vi begynte å søke etter schizofreni opp mot problemstillingen, men fikk lite treff. Videre søkte vi etter "Severe mental illness" (SMI), som er en kategori schizofreni går under, for å utvide søket. Når artiklene med SMI ble lest, var et av kriteriene at en del av deltakerne hadde schizofreni.

Av de fem artiklene vi til slutt endte opp med er det tre kvalitative studier, en kvantitativ studie, og en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ studie. Vi valgte å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, men med en overvekt av den førstnevnte studien. Årsaken til dette er at vi i denne oppgaven ønsket å innhente deltakernes subjektive opplevelser av deltakelse i kreative gruppeaktiviteter, men vi ønsket ikke å utelukke det håndfaste data som bidrar til å se det brede bildet.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Videre valgte vi ut ulike variabler og satte inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å kunne best mulig skaffe oss den mest relevante litteraturen for å besvare vår problemstilling. Vi ekskluderte litteratur som var eldre enn 10 år, da vi ønsket å kun innhente litteratur som beskriver fagdiskusjonen i nyere tid. Videre inkluderte vi kun litteratur som er fagfellevurdert, for å kunne sikre at oppgaven vår er vitenskapelig forankret og dermed reliabel. Reliabilitet handler om litteraturen er troverdig eller ikke, dette er et kriterium for kvalitet i forskning (Dalland, 2020, s. 58). Vi valgte å søke etter litteratur fra vestlige samfunn, slik at vi fant informasjon som var sammenlignbar i forhold til kulturelle verdier og samfunnsstrukturer som er lik våre erfaringer fra praksis i Norge.

I oppgaven inkluderes alle typer schizofreni, grunnen for dette er at vi ønsker å utforske om alle typer schizofreni kan få en effekt av kreative aktiviteter. Artiklene som er valgt inneholder både personer som har en diagnose og som rapporterer selv at de har schizofreni. Vi ønsker med dette å inkludere personer med schizofreni som både er inne til og ute av behandling. Ved å inkludere selvrapporing kan personer utenom behandling ta initiativ til å delta i prosjektene selv og kan gi oss et bredere bilde over gruppen. Oppgaven avgrenses til personer i alderen 18-65 år. Dette gjøres på bakgrunn av at schizofreni diagnosen oppstår i tidlig alder.

I denne oppgaven avgrenses kreative gruppeaktiviteter til å omhandle det å kunne produsere, lære om, diskutere, samhandle sosialt rundt, observere og stille ut kunst. Eksempler er maling, tegning, skriving og skulpturering. Disse aktivitetene mener vi ikke setter spesielt høye krav til funksjon og åpner muligheten for at personer med schizofreni kan uttrykke sine tanker og følelser på en ny måte i en gruppe. Kreative gruppeaktiviteter som dans, musikk og drama blir ekskludert, fordi vi ikke har noen tidligere erfaringer med slike aktiviteter i behandling. Vi har

også ekskludert kunstterapi, på bakgrunn av at det er en spesifikk behandlingsform som i mange land krever videreutdanning og er en beskyttet tittel.

3.1.3 Utvalg og analyse av resultat

Underveis i det systematiske søket selekterte vi litteratur som var relevant til vår problemstilling (tabell 1). Vi begynte med å lese overskriftene for og så lese abstraktene til artiklene, dersom tittelen hadde relevans for vår problemstilling. Dersom tittel og abstrakt hadde relevans, ble hele artikkelen lest og vurdert. Vi ønsket i våre søk å innhente kunnskap om både negative og positive sammenhenger av vår problemstilling. Videre ble artikkelen valgt ut for videre analyse dersom innholdet belyste problemstillingen.

Vi valgte å følge analysestrategien systematisk tekstkondensering (STK) for å analysere og strukturere våre resultat. STK er en metode for å tematisk analysere kvalitativ data.

Analysemodellen består av fire trinn (Malterud, 2017). Vi startet med å lese gjennom alle de utvalgte artiklene for å skaffe oss et helhetsinntrykk. Deretter begynte vi å sortere ut deler av materialet som skulle studeres nærmere. Etter sorteringen begynte vi å tolke resterende data ved å bruke ulike fargekoder. Funnene fra hver enkelt artikkel ble sortert etter farge for å skape en oversikt i innholdet, se Vedlegg 1 og Vedlegg 2 for eksempel på koding av funn. Avslutningsvis ble dataene samlet i de ulike fargekodene, for å bli skrevet om til en sammenfattende helhetlig tekst.

Tabell 1

Søkeord					
1. Schizophrenia 2. Severe mental illness (SMI) 3. Creative activities 4. Social 5. Social inclusion 6. Creative writing 7. Mental health 8. Creative Activity 9. Wellbeing 10. Art 11. Recovery					
Dato	Database	Kombinasjon av søkeord	Antall treff	Relevant	Artikkel
20.04.2022	PubMed	2, 3	27	2	Saavedra et al., 2018a
20.04.2022	Sage Journals	4, 7, 9, 10	3	1	Lawson, et al., 2014
22.04.2022	Oria	1, 8, 11	136	6	Saavedra et al., 2018b
22.04.2022	Oria	1, 6, 5	11	2	Williams et al., 2018
25.04.2022	Oria	1, 11, 10, 5	255	14	Colbert, et al., 2013

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres de fem artiklene (Vedlegg 3) som ble valgt ut for å besvare vår problemstilling, presentasjon av hovedfunn og resultat fra analyse av resultatene.

4.1 Utvalgte artikler

Tabell 2: Tabellen viser våre utvalgte artikler, se vedlegg 3 for mer utfyllende tabell.

Artikkel	Artikkelnavn, forfattere og årstall
1	Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion. Javier Saavedra, Elvira Perez, Paul Crawford & Samuel Arias (2018a)
2	Impact of creative workshops for people with severe mental health problems: art as a means of recovery. Javier Saavedra, Elvira Perez, Paul Crawford & Samuel Arias (2018b)
3	It's like having a day of freedom, a day off from being ill': exploring the experiences of people living with mental health problems who attend a community-based arts project, using interpretative phenomenological analysis. Jackie Lawson, Frances Reynolds, Wendy Bryant & Lesley Wilson, (2014)
4	Identification with arts-based groups improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. Elyse Williams, Genevieve A. Dingle, Jolanda Jetten & Christian Rowan (2018)
5	The art-gallery as a resource for recovery for people who have experienced psychosis. Susannah Colbert, Anne Cooke, Paul M. Camic & Neil Springham (2013)

4.2 Presentasjon av funn

Litteraturen vi har analysert tidligere er blitt kodet og strukturert i vedlegg (se vedlegg 1). På bakgrunn av vår forståelse av sosial inkludering har vi delt funnene fra litteraturen inn i sosiale relasjoner, personlig vekst og sosial aksept.

4.2.1 Sosiale relasjoner

I flesteparten av (4/5) artiklene kom det frem at deltakerne fikk dannet nye sosiale relasjoner når de deltok i kreative aktiviteter (Colbert, et al. 2013; Lawson, et. al 2014; Saavedra et. al. 2018a; Saavedra et. al. 2018b). Artiklene viste til at de sosiale omgivelsene kan være avgjørende for å danne nye sosiale relasjoner. De nye sosiale omgivelsene var med på å skape en opplevelse av trygghet for deltakerne. Alle deltakerne påpekte at det å møte mennesker utenfor den kliniske konteksten, men heller i nye sosiale omgivelser i prosjektet, var med på å danne nye sosiale relasjoner (Lawson et al., 2013). Åpenheten for å snakke og uttrykke sine tanker og følelser var noe alle deltakerne påpekte. Deltakerne følte seg trygge nok til å kommunisere med andre i sosiale omgivelser, som for eksempel i museet (Saavedra et al., 2018b). Studien viste at galleriet opplevdes som et trygt sted hvor det kunne skapes sosiale relasjoner (Colbert et al., 2013).

I tre av fem artikler (3/5) ble det presentert at det oppsto en utjevning av maktfordelingen mellom deltakere og helsepersonell (Colbert et al., 2013; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b). På grunn av at deltakerne sin uhelse ikke ble satt i fokus, opplevde deltakerne at de kunne danne nye relasjoner med helsepersonell. De sosiale omgivelsene ble presentert slik “Det kan bli sett på at det ble skapt et trygt sted i galleriet, der en annen relasjon oppstod. Dette ble beskrevet som nyttig for både ansatte og deltakerne, som bidro til velvære og sosial inkludering” (Colbert et al., 2013, s. 255). Gjennomgående for alle de tre studiene, var at omgivelsene var med å støtte sosiale relasjoner mellom deltakere og helsepersonell (Colbert et al., 2013; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b).

Kreative gruppeaktiviteter ble i alle artiklene vist å øke eller forbedre de sosiale relasjonene til deltakerne (Colbert, et al. 2013; Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). Ved å delta på kreative aktiviteter, klarte mange av deltakerne å tilegne seg kunnskap om kunst slik at de kunne benytte dette som nye samtaleemner, og videre bruke det til å danne nye relasjoner (Saavedra et al., 2018b). Engasjementet i kunsten ble brukt som et redskap for å fremme sosiale interaksjoner (Colbert, et al., 2013). Det ble også vist til en overføringsverdi, ved at mange av deltakerne klarte å bruke denne nye kunnskapen og ferdighetene til å ikke bare danne nye relasjoner inne i prosjektene, men også at de møtte deltakerne utenfor. De klarte å ta opp igjen kontakten med gamle relasjoner, ta med familien eller venner til museet og fungere som en veileder eller guide (Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b).

I over halvparten av artiklene (3/5) kom det frem at gruppetilhørighet var viktig for opplevelsen av å delta i kreative gruppeaktiviteter (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). I det toårige kunstprosjektet kom det frem at alle deltakerne følte en tilhørighet som var viktig for deres deltakelse. Prosjektet gjorde at deltakerne jevnlig fikk møtt den samme kjente gruppen med mennesker. Dette ble spesielt verdsatt av de som til vanlig levde veldige isolerte liv fra før (Lawson et al., 2014). Viktigheten av å identifisere seg i gruppe ble presentert i en av studiene. De som identifiserte seg mer i gruppen, fikk bedret velvære. På den andre siden viste studien at de som ikke identifiserte seg i gruppen, opplevde heller ingen positiv effekt (Williams et al., 2018).

4.2.2 Personlig vekst

Alle artiklene (5/5) viste til at engasjement i kreative aktiviteter resulterte i forbedret psykologisk velvære hos de fleste av deltakerne (Colbert, et al. 2013; Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). Deltakerne rapporterte blant annet at repetitive og negative tankemønstre ble brutt, de klarte å slappe av, følte mindre stress og opplevde redusert stemmehøring. De kreative aktivitetene fungerte som et fokusskifte som tillot deltakerne å glemme sine psykiske lidelser og plager. Flere av deltakerne beskrev å være så oppslukt av aktiviteten at de klarte å slippe unna sine problemer og oppleve ro under utførelsen (Colbert, et al., 2013; Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018b).

Selv om de aller fleste deltakerne opplevde bedret psykologisk velvære, viste to artikler (2/5) til at et fåtall av deltakerne følte en økning i stress som følge av engasjement i kreative aktiviteter (Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018b). Dette handlet om en opplevelse av press, enten selvpålagt eller fra andre, med tanke på å lage et godt nok produkt. Det ble blant annet beskrevet hvordan noen deltakere følte at humøret ble negativt påvirket dersom man leverte et kunstverk som ikke levde opp til personlige forventninger (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b).

De fleste artiklene (4/5) beskrev hvordan deltakerne fikk forbedret sine sosiale interaksjoner gjennom kreative gruppeaktiviteter (Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2019). Aktivitetsgruppene var mer enn en plass hvor man fikk

muligheten til å skape sin egen kunst, det var også en arena hvor deltakerne fikk trening i å delta i sosiale aktiviteter. Det ble forklart hvordan aktivitetsgruppene la til rette for bedre sosiale interaksjoner ved at deltakerne ble oppfordret til å uttrykke egne følelser og personlige erfaringer knyttet til kunstopplevelser. På den måten ble det beskrevet at deltakerne lærte seg sosiale ferdigheter som å lytte, ikke avbryte, å vente på tur, å være mer tolerant overfor andre, og generelt forbedre kommunikasjonsferdigheter (Lawson, et al.; 2014; Saavedra et al.; 2018a; Saavedra et al.; 2018b). En deltaker ved et kunstprosjekt i Spania forklarte hvordan det å delta i kreative aktivitetsgrupper har påvirket ham: «... jeg aksepterer andre mennesker mer, jeg hadde ikke den evnen til å verdsette andre. Jeg er mer tolerant nå. Og å være i en gruppe og alt det der, det ender opp med å knytte vennskap med folk» (Saavedra et al., 2018b, s. 249).

To av artiklene (2/5) fortalte om deltakere som fikk gjenoppbygget sin identitet gjennom kreative gruppeaktiviteter (Lawson, et al., 2014 og Saavedra et al., 2018b). Deltakerne fortalte at de fikk muligheten til å konstruere en ny identitet som omhandlet andre ting enn sykdommen gjennom sin tilegnede kunnskap om kunst. Dette gjorde at de gjenvant et håp om en mer normalisert hverdag som styres i en positiv retning som følge av mer struktur og forutsigbarhet, og med fokus på aktivitetsdeltakelse (Lawson, et al., 2014 og Saavedra et al., 2018b). En av deltakerne sa følgende om hvordan prosjektet har påvirket hans fremtidsvisjoner: «Det har faktisk gitt meg et håp, det kan være en fremtid for meg i noe som jeg ikke forstod at jeg hadde, det var som å runde et hjørne og jeg skjønnte: jeg har noe her som jeg kan bruke» (Lawson, et al., 2014, s. 772).

Over halvparten av artiklene (3/5) beskrev hvordan deltakerne brukte de positive opplevelsene fra de kreative gruppeaktivitetene til å prøve ut nye roller og aktiviteter utenfor kunstprosjektene (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b).

Deltakerne fortalte at de etter å ha deltatt i gruppeaktiviteter blant annet våget å ta kollektiv transport på egenhånd, besøke andre kunstgallerier, bli studenter og arbeidstakere. Gjennom økt selvtillit og personlig utvikling fikk deltakerne mer autonomi over sitt eget liv og muligheten til å etablere nye relasjoner i sine utvidede sosiale omgivelser (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b). En artikkel viste til at flere deltakere også følte det svært betydningsfullt å få muligheten til å gå inn i rollen som «giver». Det vil si at de nå kunne gi noe tilbake til samfunnet gjennom sine nyervervede kunstneriske ferdigheter, etter flere år som pasienter med mottak av helsehjelp (Saavedra et al., 2018b).

På den andre siden viste en artikkel at noen få deltakere ikke klarte å få til en overføringsverdi gjennom deltakelse i kreative gruppeaktiviteter (Lawson et al., 2014). Det var de deltakerne som levde mest isolerte liv som opplevde prosjektets tidsavgrensning som noe negativt, og så derfor frem til prosjektets slutt med størst tristhet og følelse av tap. Disse knyttet tette bånd til kunstprosjektet uten at erfaringene derfra hadde overføringsverdi til deres liv utenfor. En deltaker som ikke opplevde noen overføringsverdi fra gruppeaktivitetene inn i egen hverdag uttrykte følgende om avslutningen på prosjektet: «Og jeg bekymrer meg nå, jeg bekymrer meg for slutten. Jeg er engstelig, men det vil ta slutt, jeg vet det, og jeg må bare innse det» (Lawson et al., 2014, s. 774).

4.2.3 Sosial aksept

I fire av fem artikler (4/5) kom det frem at type omgivelse de kreative aktivitetene ble utført i har stor betydning for sosial aksept (Colbert et al., 2013; Lawson, et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b;). Det å utføre aktivitetene utenfor den kliniske konteksten, som sykehus eller andre institusjoner, ble beskrevet som avgjørende for resultatene. For eksempel trekkes trygge og ikke dømmende omgivelser frem som et sted der deltakerne følte at de kunne uttrykke sine tanker og følelser mer fritt. Det ble presentert at de sosiale omgivelsene påvirket både maktfordelingen og synet på deltakerne (Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b).

I tre av fem (3/5) artikler kom det frem at de sosiale omgivelsene påvirket maktforholdet mellom deltakere og helsepersonell (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b). Omgivelsene utenfor klinisk kontekst bidro til en utjevning av maktforholdet, som gjorde at deltakerne følte seg mer akseptert. I en av artiklene fortalte en helsearbeider at det opplevdes som godt å komme ut av den kliniske konteksten, for å etablere et mer givende og tilfredsstillende forhold til deltakeren (Saavedra et al., 2018b). Det ble trukket frem at de som hadde opplevd stigmatisering på bakgrunn av sin psykose, særlig verdsatte det å motta ubetinget aksept (Lawson et al., 2014).

I over halvparten (3/5) av artiklene ble det presentert at de sosiale omgivelsene la til rette for endring av synet på deltakerne (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b). Ansatte ved kunstprosjektet, helsepersonell og befolkningen fikk et endret syn på deltakerne, for eksempel at tidligere negative stereotypiske ideer om deres evner og funksjon

ble endret. En av deltakerne fortalte at de ikke så på seg selv som en del av den “vanlige befolkningen”, og at det hadde oppstått et skille mellom “oss og dem” (Colbert et al. 2013. s. 253). Deltakerne og helsepersonell fikk en bedre forståelse for hverandre og dannet nye relasjoner seg imellom (Saavedra et al., 2018b). Det kom frem i et av studiene at når de ansatte endret synet på deltakerne, så ble også deres syn på seg selv forbedret. De opplevde positiv endring i form av forståelse av egen situasjon og identitet (Colbert et al., 2013).

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere de funnene vi har presentert i resultatdelen sett i lys av den ergoterapeutiske modellen MoHO, for å kunne svare på problemstillingen vår. Problemstillingen vi skal diskutere er sammenhengen mellom kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni. Diskusjonen struktureres gjennom de tre underkategoriene sosiale omgivelser, sosial aksept og personlig vekst. Avslutningsvis følger en metodisk betraktning for å stille oss kritisk til egen metode.

5.1 Sosiale omgivelser

Omgivelsene hadde stor betydning for sosial inkludering for personer med schizofreni (Colbert et. al. 2013; Lawson et. al. 2014; Saavedra et. al. 2018a; Saavedra et. al. 2018b). Funnene våre viste at ved å endre omgivelsene der man utførte kreative gruppeaktiviteter, kunne man skape et trygt og ikke-dømmende oppholdsrom for deltakerne. Det å utføre aktiviteten borte fra kliniske institusjoner så ut til å være en av de viktigste årsakene for å kunne skape trygghet i omgivelsene, gjennom at maktfordelingen mellom pasient og helsepersonell blir utjevnet. MoHO viser til at omgivelser kan både hemme og fremme deltakelse på ulike måter (Kielsgaard et al., 2019, s.139). Vi har erfart i praksis at omgivelsene kan virke hemmende ved at den kliniske konteksten tilegner personen rollen som pasient. Det oppsto en ujevn maktfordeling mellom pasient og helsepersonell, noe som gjorde at omgivelsene opplevdes som mindre trygge. Våre funn viste at ved å utføre kreative gruppeaktiviteter utenfor den kliniske konteksten, virket omgivelsene heller fremmende ved at det oppsto en likestilling i maktfordelingen. Dermed mener vi at det ble dannet trygge og ikke-dømmende omgivelser.

De trygge og ikke-dømmende omgivelsene gjorde det mulig for deltakerne å kunne uttrykke sine tanker og følelser mer fritt (Saavedra et al., 2018b). Gjennom MoHO sin forståelse av sosiale omgivelser kan en forstå dette som en sosial arena der personer med schizofreni kan uttrykke seg fritt og dermed oppnå bedre relasjoner (Fisher et al., 2017, s. 93-96). Vi har i praksis erfart hvordan aktivisering av personer med schizofreni utenfor den klinisk kontekst, kan bidra til å skape en trygghet, der vi opplevde at pasientene var seg selv mer, snakket mer fritt, og viste mer følelser. Våre funn bekrefter at de trygge omgivelsene gjorde at deltakerne våget å åpne og uttrykke seg, noe som medførte at de dannet seg nye sosiale relasjoner innad i

gruppen (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b).

Resultatene viste imidlertid at det var viktig for deltakerne å føle en tilhørighet til aktivitetsgruppen de er en del av (Williams et al., 2019). Dette kan forstås i sammenheng med hvordan roller forklares i MoHO. De deltakerne som ikke klarte å oppfylle sin rolle som et medlem av en gruppe vil heller ikke nødvendigvis oppleve de positive effektene av å delta i den sosiale settingen (Lee & Kielhofner, 2017, s. 65-69). Sett opp imot vår problemstilling viste en studie at kreative aktiviteter kan legge til rette for økt gruppeidentifikasjon (Williams et al., 2019). Vi ser dette i sammenheng med at kreative aktiviteter førte til nye måter å uttrykke seg selv på, og bidro til at man oppdaget nye sider ved seg selv. I flere av studiene ble deltakerne oppmuntret til å dele personlige følelser og opplevelser overfor egne og andres kunstverk (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2019). En slik personlig utlevering av følelser er avhengig av gjensidig tillit innad i gruppen og kan forklare hvordan det knyttes nære relasjoner og tilhørighet i kreative aktivitetsgrupper. Tidligere i oppgaven har vi vist til at sosialt tilbaketrekkelse er et negativt symptom som påvirker schizofrene. Dette kan medføre at schizofrene får utfordringer med å identifisere seg i en gruppe, noe som kan påvirke effekten av deltakelsen.

Deltakelse i de kreative gruppeaktivitetene bidro ikke bare til å bedre de sosiale relasjonene innad i gruppen, men også utenfor prosjektene (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b). Funnene viste at deltakerne tilegnet seg nye sosiale ferdigheter, engasjement og kunnskap om kunst gjennom deltakelse i kreative aktiviteter. Dette bidro til at deltakerne kunne bruke kunst som et nytt samtaleemne for å fremme sosiale interaksjoner med personer utenfor gruppene. Deltakerne fortalte blant annet at de tok med seg venner og familie på gallerier og fungerte som veileder (Colbert et al., 2013; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b). Gjennom MoHO forstår vi dette som at deltakerne utfyller gamle roller som de hadde tidligere (Lee & Kielhofner, 2017, s. 65-69). Deltakerne tilegnet seg ny kompetanse som gjorde det mulig å gjenoppta og forbedre gamle relasjoner, slik at de tok tilbake rollen som for eksempel venn, bror, datter og ektefelle. Sett opp imot problemstillingen, så kan deltakelse i de kreative gruppeaktivitetene bidra til at schizofrene kan danne seg nye og gamle sosiale relasjoner og øke sitt sosiale nettverk.

5.2 Sosial aksept

De trygge omgivelsene og dannelsen av nye relasjoner bidro til å endre hvordan deltakerne ble oppfattet av helsepersonell og resten av befolkning (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b). Deltakernes funksjoner, evner og tanker ble fremtredende, og befolkningen rundt endret sitt stereotypiske syn når de samhandlet med dem i kreative gruppeaktiviteter. Dette synet ble beskrevet som mest overraskende for personer med helsefaglig bakgrunn (Saavedra, 2018b). Funnene viste at helsepersonell fikk et nytt syn på deltakerne. Helsepersonell så at deltakerne hadde ressurser og egenskaper som de fikk utnyttet i de kreative gruppeaktivitetene. Deltakerne sin diagnose og sykdom ble ikke lenger så definerende for hvem de var. Gjennom MoHO kan det forstås at ved endringer i aktiviteten og de fysiske omgivelsene i en lokal kontekst, påvirker dette de sosiale omgivelsene, som igjen påvirker personen (Fisher et al., 2017, s. 98-99). Det tidligere stigmatiserende synet på deltakerne ble minimert og erstattet av et syn på deres ressurser istedenfor deres begrensninger. Dette sees i sammenheng med at det stigmatiserende synet på deltakerne ble forandret, og at deres syn på seg selv ble endret (Colbert et al., 2013). Sett opp imot problemstillingen forstås det at deltakelse i kreative gruppeaktiviteter kan føre til redusert stigmatisering av personer med schizofreni, negative syn på seg selv og en høyere aksept blant befolkningen.

5.3 Personlig vekst

Som vi har beskrevet tidligere er schizofreni en lidelse som kan ha betydelige symptomer med stor innvirkning på personens dagligliv (WHO, 2022). Å oppleve plager som stemmehøring, vrangforestillinger og hallusinasjoner kan vanskeliggjøre sosial interaksjon med andre, og dermed bli en barriere for sosial inkludering (Helsedirektoratet, 2014, s. 55). Knyttet opp mot vår problemstilling er det derfor interessant å se at alle studiene la frem resultater som viste at flesteparten av deltakerne opplevde forbedret psykologisk velvære gjennom engasjement i kreative aktiviteter (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). Deltakerne i disse studiene rapporterte blant annet redusert symptomtrykk og en følelse av ro under aktivitetsutførelsen. Kreative gruppeaktiviteter kan fungere som et vellykket fokusskifte, som kan tillate deltakerne å glemme sine psykiske lidelser og utfordringer for en periode. Dette er også noe vi har

erfaringer med fra praksis. I arbeidet med psykiske lidelser så vi hvordan kreative opplevelser kan få brukeren til å slappe av og lettere delta i sammenhengende toveis-kommunikasjon.

Selv om de aller fleste deltakerne opplevde kreative aktiviteter som noe positivt for sitt psykologiske velvære, viste Lawson et al. (2014) og Saavedra et al. (2018b) til at et fåtall deltakere opplevde en økning i stress og en følelse av press forbundet med aktivitetene. I begge tilfellene handlet de negative erfaringene om at deltakerne la et stort forventningspress på seg selv i forhold til produktet de skulle lage, og at de opplevde stress og dårlig humør dersom verket ikke levde opp til egne forventninger. Dette belyser at kreative gruppeaktiviteter ikke nødvendigvis fungerer for alle. Den negative sinnsstemningen deltakerne kjente på, kan forstås gjennom MoHO, som at de opplever et mer negativt syn på seg selv og sine ferdigheter. Dette kan føre til at de ikke klarer å oppfylle kravene som deres nye roller stiller, og dermed over tid kan påvirke deres aktivitetsidentitet negativt (Heras de Pablo et al., 2017, s. 117; Mærsk & Wolters, 2019, s. 68-69).

Ergoterapeuter er opptatt av at dagliglivet blir organisert i et kjent mønster av vaner, roller og rutiner. En rekonstruksjon av vaner og roller er særlig viktig med tanke på trygghet og forutsigbarhet i hverdagen (Lee & Kielhofner, 2017, s. 65-69). Resultatene vi har innhentet er alle fra langtidsstudier på opptil to år (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). Flere av deltakerne oppga at de har gjenvunnet et håp om en fremtid med mer struktur og forutsigbarhet, noe vi forstår har en sammenheng med den lange varigheten på kunstprosjektene. Ved å delta i de samme kreative gruppeaktivitetene, i bestemte tidsmessige mønstre, over lengre tid, hadde deltakerne utviklet gode hverdagsrutiner og de hadde fått nye roller. På det personlig plan fortalte deltakerne hvordan de begynte å identifisere seg med rollen som kunstner, mens de sosialt gikk inn i rollen som et gruppe medlem. Som forklart tidligere ser MoHO på roller som en viktig del for vår måte å omgås andre på (Aagaard & Langdal, 2019, s. 119-120). I flere av studiene fremkom det at deltakerne fikk forbedret sine sosiale relasjoner i aktivitetsgruppene (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018a; Saavedra et al., 2018b; Williams et al., 2018). I sammenheng med at de gjennom rollen som medlemmer av en gruppe, fikk de en bedre forståelse for hva som oppleves som sosialt akseptabel oppførsel rundt andre. I tillegg ble deltakerne også oppfordret til å uttrykke egne følelser og opplevelser i gruppene, noe som bidro til bedre kommunikasjonsferdigheter, som igjen er en viktig egenskap med tanke på sosial inkludering.

To av studiene viste til hvordan flere deltakere fikk konstruert en ny identitet gjennom deltakelse i kreative gruppeaktiviteter. Flere deltakere fortalte hvordan de skapte seg en ny identitet som omhandlet forståelse og utførelse av kunst, og hvordan denne erstattet deres gamle identitetsoppfattelse av å være en pasient med psykiske lidelser og symptomer (Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b). Dette samsvarer med forklaringen om hvordan aktivitetsidentitet handler om valget av daglige aktiviteter og hvordan de påvirker vår identitetsoppfattelse (Mærsk & Wolters, 2019, s. 68-69). Gjennom dannelsen av ny aktivitetsidentitet viste tre studier til hvordan deltakerne fikk selvtillit til å prøve ut nye roller og aktiviteter også utenfor aktivitetsgruppene (Colbert et al., 2013; Lawson et al., 2014; Saavedra et al., 2018b). Deltakerne i disse studiene fortalte hvordan de de nå våget å for eksempel besøke andre kunstgallerier, benytte seg av offentlig transporttilbud, begynne å studere eller delta i arbeidslivet. Dette hadde stor betydning for deltakernes autonomi over eget liv, og en utvidelse av de sosiale omgivelsene tilrettelegger for etablering av nye relasjoner. En artikkel fortalte hvordan flere deltakere opplevde det som svært tilfredsstillende å kunne gi noe tilbake til samfunnet gjennom sine nye kunstneriske ferdigheter (Saavedra et al., 2018b). Det å kunne bli en giver etter mange år som mottaker av helsehjelp var med på å øke deltakernes opplevelse av egenverd og selvfølelse.

Selv om de aller fleste deltakerne rapporterte om gode opplevelser knyttet opp mot etablering av nye roller og identitet, viste en artikkel at noen få deltakere erfarte negative sider i studien (Lawson et al., 2014). Det handlet om at de deltakerne som levde mest isolert liv, bekymret seg for kunstprosjektets slutt. Disse deltakerne hadde knyttet særlig sterke relasjoner og hadde stort utbytte av det sosiale samhold i aktivitetsgruppen. Vi ser en sammenheng at uten å klare å nyttiggjøre seg av disse positive erfaringene, ved å få til en overføringsverdi til sitt hverdagsliv, opplevde de aktuelle deltakerne en følelse av tap når aktivitetsgruppene ble avsluttet.

Fra et ergoterapeutisk perspektiv kan deltakernes endring i aktivitetsidentitet forstås som et sluttresultat av forbedret psykologisk velvære, etablering av nye vaner og roller, og forbedrede kommunikasjonsferdigheter gjennom utførelse av kreative gruppeaktiviteter. Dessuten kan man se en sammenheng mellom tilretteleggelsen av de sosiale omgivelsene opp mot deltakernes evne til å føle tilhørighet, knytte sosiale relasjoner og det å kunne bli sosialt akseptert.

5.4 Metodiske betraktninger

Under våre søk kom vi over to artikler med samme forfattere som hadde basert seg på det samme forskningsmaterialet. Våre funn kan derfor være farget av meningene til et mindre utvalg personer. Dette kan skape et smalere syn på effekten ved bruk av kreative gruppeaktiviteter for schizofrene. Vi valgte å bruke begge tekstene da de tar for seg ulike deler av vår problemstilling. Artiklene har et ulikt antall deltakere i forskningen sin og bruker noe ulik forskningsmetode for å presentere funnene sine.

En artikkel har inkludert selvrapportering som identifisering av hvilke diagnoser som deltar i studien (Lawson et al., 2014). Selvrapportering kan være en feilkilde ved at vi ikke kan slå fast med sikkerhet at de har diagnosen schizofreni. De kan oppleve symptomer som er lik for schizofreni uten at de nødvendigvis har diagnosen. Dette kan påvirke vår problemstilling da resultatet skal se på effekten opp mot schizofreni.

I mange av studiene er det et fåtall av mennesker som deltar. Artiklene fokuserer på opplevelsene av de som deltar i studien. Dette gir oss et spisset bilde på hvilke sammenhenger det er mellom kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for en liten andel av befolkningen. Dersom vi hadde valgt artikler med et større antall deltakere, kunne vi muligens fått et bredere bilde på problemstillingen.

Vår problemstilling tar for seg personer med schizofreni. Flere av våre studier har inkludert andre diagnoser som for eksempel bipolar lidelse og depresjon. Vi har tatt ut de funnene fra artiklene som vi mener er relevant for vår oppgave. I noen av artiklene velger vi å ta ut resultater som ikke blir spesifisert mot personer med schizofreni, men som heller beskriver deltakergruppen som helhet. Vi har valgt å bruke funnene, da vi ser en sammenheng mellom diagnosene og sosial inkludering. Dette kan være en feilkilde fordi resultatene ikke kun spesifiseres opp mot schizofreni.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne svar på problemstillingen “*Hvilke sammenhenger er det mellom bruk av kreative gruppeaktiviteter og sosial inkludering for personer med schizofreni?*”. Gjennom relevant litteratur satt opp mot den ergoterapeutiske modellen MoHO har vi kommet frem til noen sentrale punkter for å belyse dette.

Våre viktigste funn viste til en økning i sosial inkludering for flesteparten av deltakerne ved bruk av kreative gruppeaktiviteter. Ved å utføre kreative gruppeaktiviteter utenfor klinisk kontekst, kan dette skape et trygt og ikke-dømmende miljø som legger til rette for sosial inkludering. Disse omgivelsene kan være med på å skape en endring i maktfordelingen, som kan gjøre at helsepersonell, befolkningen og deltakerne selv endrer sitt syn på schizofrene. Dette kan redusere stigmatisering av personer med schizofreni og øke sosial aksept. Ved å delta i kreative gruppeaktiviteter, kan kommunikasjonsferdighetene til schizofrene bedres. Deltakelse i kreative gruppeaktiviteter kan være med å skape en ny aktivitetsidentitet for personer med schizofreni, som gjør at de kan bedre og øke sosiale relasjoner og sosialt nettverk. Selv om de aller fleste opplevde positiv effekt av å delta i kreative gruppeaktiviteter, var det et mindretall som hadde noen negative opplevelser.

Vi konkluderer med at det finnes flere positive sammenhenger ved bruk av kreative gruppeaktiviteter for å fremme sosial inkludering for personer med schizofreni, selv om noen negative sammenhenger ble belyst. På bakgrunn av vår oppgave, tenker vi at å benytte kreative gruppeaktiviteter utenfor klinisk kontekst som et tiltak kan øke sosial inkludering for personer med schizofreni. Samtidig identifiserer vi et mulig kunnskapshull ved at tilgjengelig litteratur ikke belyser spesifikt nok hvordan kreative gruppeaktiviteter påvirker sosial inkludering for personer med en schizofrenidiagnose.

Referanseliste

Aagaard, M. & Langdal, I. (2019). Centrale begreber inden for ergoterapi. I Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 111-127). Munksgaard.

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological a framework. *International journal of social research methodology*, (8), 19-32.

<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Boutillier, C.L & Coucher, A. (2010). Social inclusion and mental health. *British journal of occupational therapy*, (73), 136-139.

<https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090578>

Bull, H., & Lystad, J. U. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(8), 626-630.

<https://static1.squarespace.com/static/55093d43e4b0c099be93c228/t/597f156e579fb3656e2be292/1501500786622/Betydningen+av+arbeid+for+personer+med+schizofreni.pdf>

Colbert, S., Cooke, A., Camic, P., & Springham, N. (2013). The art-gallery as a resource for recovery for people who have experienced psychosis. *The Arts In Psychotherapy*, 40(2), 250-256.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.03.003>

Creek, J. (2014). The knowledge base of occupational therapy. I Bryant, W., Fieldhouse, J. & Bannigan, K. (Red.), *Creeks Occupational Therapy and Mental Health* (5. utg., s. 27-48). Churchill Livingstone Elsevier.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O. (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-80). Gyldendal Norsk Forlag.

Ergoterapeutene. (2011). *Folkehelse. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om Folkehelse*.

https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EWYvKK5dsSRDg7yyhENgcM4BrA6dIATF73ztW3YyOII_5w?e=gzDzUh

Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse.*

<https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7->

[Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-)

[Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters kjernekompetanse Web enkeltside r.pdf?ga=1](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf?ga=1)

Ergoterapeutene. (u.å.-a) *Ergoterapi og folkehelse.*

<https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-folkehelse/>

Ergoterapeutene. (u.å.-b). *Psykisk helse og samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser*

<https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-psykisk-helse/psykisk-helse-samspillet-person-aktivitet-omgivelser/>

Falkum, E. Ueland, T. Evensen, S. Bull, H. & Lystad, J. (2015). Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO). *Kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser.*

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/effektevaluering-av-jobbmestrende-oppfolging/Effektevaluering%20av%20jobbmestrende%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachm ent/inline/4fa44b43-a9c0-467d-83dc-36ef359188b1:dafad2e93e430e0dd24045bb9380a9e74cfcf415/Effektevaluering%20av%20jobbmestrende%20oppf%C3%B8lging.pdf

Fisher, G., Parkinson, S. & Haglund, L. (2017). The environment and human occupation. I Taylor, R.R. (Red.), *Kielhofner`s model of human occupations* (5. utg., s. 91-106). Wolters Kluwer.

Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om sosial støtte og ensomhet.*

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlig psykisk lidelser. Oversikt over systematiske oversikter.*

<https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser.-over/>

Folkehelseinstituttet. (2021). *Psykiske lidelser hos voksne*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Gamborg, G. (2013). Kreativitet er på kanten. For alle. I Gamborg, G., Madsen, J. & Hansen, B.W. (Red.), *Kreativitet i ergoterapi* (1. utg., s. 21-51). Munksgaard.

Hansen, B.W. & Morville, A.L. (2013). Kreative aktiviteters rehabiliterende kraft. I Gamborg, G., Madsen, J. & Hansen, B.W. (Red.), *Kreativitet i ergoterapi* (1. utg., s. 85-103). Munksgaard.

Helgesen, L. A. (2017). *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi* (3. utg.). Cappelen Damm.

Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsebiblioteket. (2019). *Schizofreni*.

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/schizofreni>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Heras de Pablo, C.G.D.L., Fan, C-W. & Kielhofner, G. (2017). Dimensions of doing. I Taylor, R.R. (Red.), *Kielhofner`s model of human occupations* (5. utg., s. 107-122). Wolters Kluwer.

Kielsgaard, M., Madsen, A.J. & Skaarup, L. (2019). Referencerammer og teori i ergoterapi. I Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 129-148). Munksgaard

Lawson, J., Reynolds, F., Bryant, W., & Wilson, L. (2014). 'It's like having a day of freedom, a day off from being ill': Exploring the experiences of people living with mental health problems who attend a community-based arts project, using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 765–777.

<https://doi.org/10.1177/1359105313479627>

Lee, S.W. & Kielhofner, G. (2017). Habituation: Patterns of daily occupation. I Taylor, R.R. (Red.), *Kielhofner`s model of human occupations* (5. utg., s. 57-73). Wolters Kluwer.

Malt, U.F., Retterstøl, N. & Dahls, A.A. (2004). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L., & Wixted, J.T. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 24(1), 51-63.

[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90024-K](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90024-K)

Mærsk, J.L. & Wolters, A. (2019). Aktivitetsvidenskab. I Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 61-72). Munksgaard.

O'Brien, J.C. & Kielhofner, G. (2017). The interaction between the person and the environment. I Taylor, R.R. (Red.), *Kielhofner`s model of human occupations* (5. utg., s. 24-37). Wolters Kluwer.

Rådet for psykisk helse. (2019). *Schizofreni*.

<https://psykiskhelse.no/schizofreni>

Saavedra, J., Pérez, E., Crawford, P. & Arias, S. (2018a). Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion. *Disability and Rehabilitation*, 40(8), 905-911.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1278797>

Saavedra, J., Arias, S., Crawford, P. & Pérez, E. (2018b). Impact of creative workshops for people with severe mental health problems: art as a means of recovery. *Arts & Health*, 10(3), 241-256.

<https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1381130>

Silver, H. (2015). The Contexts of Social Inclusion. *Department of Economic and Social Affairs*.

<https://doi.org/10.2139/ssrn.2641272>

Verdens helseorganisasjon. (2019). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse.

<https://www.ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Walters, J.H., Sherwood, W. & Mason, H. (2014). Creative Activities. I Bryant, W., Fieldhouse, J. & Bannigan, K. (Red.), *Creeks Occupational Therapy and Mental Health* (5. utg., s. 260-276) Churchill Livingstone Elsevier.

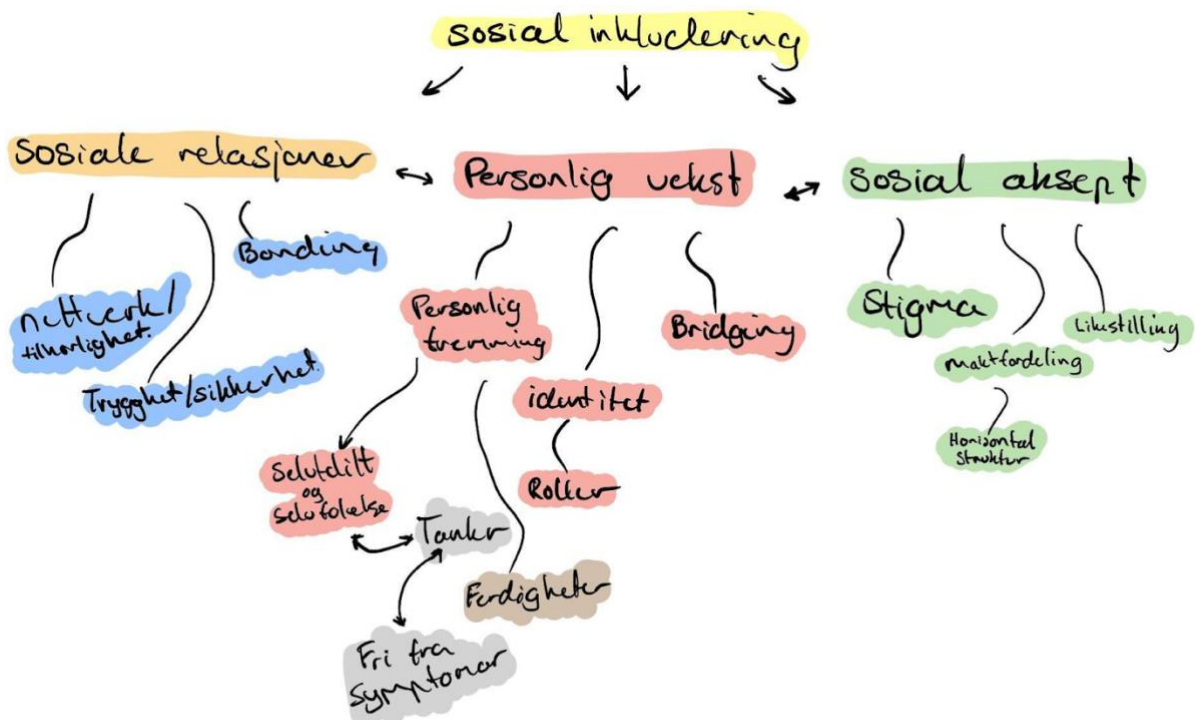
Williams, E. Dingle, G.A. Jetten, J. & Rowan, C. (2018). Identification with arts-based groups improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. *Journal of Applied Social Psychology*, 49(1), 15– 26.

<https://doi.org/10.1111/jasp.12561>

WHO. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/faverdensct-sheets/detail/schizophrenia>

Vedlegg 1: Arbeidsskisse fargekoding

- sosial inklusjon
- sosial relasjoner
- Trygghet, tilhørighet, bonding
- Ferdigheter.
- Tanker, symptomer.
- Personlig vekst
- sosial aksept.



Vedlegg 2: Eksempel på bruk av fargekoder i praksis

Resultat

- Deltakerne opplevde prosjektet som å hjelpe dem tilbake «inn i verden», anerkjenne sin egen verdi, gjenopprette kontakten med samfunnet og føle seg mindre stigmatisert av sine psykiske helseproblemer
- For alle deltakerne lå verdien av prosjektet ikke bare i den personlige prosessen med å lage kunst, men også i dens sosiale kontekst.
- De følte seg oppmuntret til å ta fatt på nye aktiviteter i sine hverdagsliv, eksempler er jobb, eller å lede andre kunstprosjekter i deres respektive nærmiljøer.
- De trekker frem viktigheten av det å være i en gruppe, det å møte mennesker utenom helsevernet, samtidig som at studien trekker frem at flere av deltakerne levde ganske isolerte liv før deltagelsen.
- Noen følte at de hadde knyttet ekte vennskap innad i gruppen
- Noen beskrev hvordan de lærte å være mer tolerante overfor andre, mens andre satte pris på å motta ubetinget aksept. Dette ble spesielt verdsatt av de som hadde møtt stigma knyttet til psykosekunstopplevelsen bidro til å bli behandlet som et medlem av publikum i museet i stedet for en "pasient"

De oppnådde anerkjennelse som kunstner, følte seg i stand til å glemme psykiske lidelser eller plager mens de engasjerte seg i kunst.

Vedlegg 3: Utvalgte artikler

Tittel	Forfattere (år) land	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn
Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion	Javier Saavedra, Elvira Perez, Paul Crawford & Samuel Arias (2018a) Spania	- Evaluere virkningen av en kunstnerisk workshop på en gruppe mennesker med SMI	- Både kvantitativ og kvalitativ studie. - Før og etter test av måleinstrument for velvære og sosial inkludering - Observasjon gjennomført av psykologistudenter	- 31 deltakere med SMI - Den mest utbredte diagnosen blant deltakerne var schizofreni	- Bruk av kreative aktiviteter i arbeidet med SMI, fremmer sosial inkludering - Bruk av offentlige rom, helst ikke kliniske omgivelser - Inkludering av personer uten SMI får økt aksept.
Impact of creative workshops for people with severe mental health problems: art as a means of recovery	Javier Saavedra, Elvira Perez, Paul Crawford & Samuel Arias (2018b)	- Utforske om deltakelse i kreativ workshop har påvirkning på psykologisk velvære, sosial	- Kvalitativ studie - Informasjon ble innhentet gjennom strukturert intervju, observasjoner og gruppesamtaler	- 11 deltakere med SMI, flesteparten hadde schizofreni	- Kreativ aktiviteter forbedret deltakerne sin sosiale tilhørighet og kommunikasjonsferdigheter

	Spania	tilhørighet og den subjektive opplevelsen av mennesker med SMI			
It's like having a day of freedom, a day off from being ill': exploring the experiences of people living with mental health problems who attend a community-based arts project, using interpretative phenomenological analysis	Jackie Lawson, Frances Reynolds, Wendy Bryant & Lesley Wilson, (2014) Storbritannia	- Utforske de psykososiale fordelene av å delta i et toårig kommunalt kunstprosjekt	- Kvalitativ studie - Det ble gjennomført semi-strukturerte intervju med hver enkelt deltaker.	- 8 deltakere med langvarig mentale helseproblemer - 2 av deltakerne hadde schizofreni	- Kreative gruppeaktiviteter ga deltakerne en følelse av tilhørighet. - Etablering av sosial kontakt med mennesker utenfor det kliniske miljøet.
Identification with arts-based groups improves mental	Elyse Williams, Genevieve A.	- Utforske om deltakelse i kunstaktivitetene	- Kvantitativ studie - Det ble gjennomført 2 målinger med	- 25 deltakere i kreative skrivegruppe med SMI	- Kunstbaserte grupper har potensialet til å gi meningsfull gruppeidentitet

wellbeing in adults with chronic mental health conditions	Dingle, Jolanda Jetten & Christian Rowan (2018) Australia	kor og kreativ skrijving kan forbedre mental helse	standardiserte måleverktøy, et for gruppeidentifikasjon, et for velvære		- Ved høyere identifisering i gruppen, ble bedret velvære av aktiviteten høyere.
The art-gallery as a resource for recovery for people who have experienced psychosis	Susannah Colbert, Anne Cooke, Paul M. Camic & Neil Springham (2013) Storbritannia	- Om kunstgalleri-prosjekter kan gjøre deltakerne mer i stand til å endre på sine dominante personlige oppfatningen av seg selv, og fremme følelsen av sosial inkludering	- Kvalitativ studie - Det ble gjennomført narrativt intervju etter galleriøktene med deltakerne. -Intervjuene ble tatt opp digitalt, for å så bli analysert av forfatterne	- 12 deltakere, inklusjonskriteriet var å ha opplevd psykose tidligere - 4 av deltakerne diagnostisert med schizofreni	- Ved bruk av helsepersonell utenfor kliniske arenaer, klarte de å redusere stigma knyttet til deltakerne, samt at deltakerne klarte å endre sine dominerende syn på seg selv

