

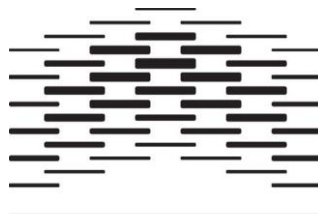
**MASTEROPPGAVE**  
**Psykisk helsearbeid**  
**Mai 2016**

**Å bli rusa på livet –**  
**Perspektiver fra terapeutens ståsted om friluftslivets betydning som**  
**helsefremmende metode mot rusavhengighet**

Navn

**Lone Merete Bechen Snøtun**

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

## Innhold

ABSTRAKT .....	5
ABSTRACT .....	6
TEMA .....	7
1.0 INNLEDNING .....	8
1.1 Presentasjon av tema.....	8
1.2 Avgrensning.....	9
1.3. Problemstilling.....	11
1.4 Litteratursøk.....	11
1.5 Kildekritikk/metodediskusjon.....	11
2.0 TEORIBAKGRUNN/ INNFALLSVINKLER .....	12
2.1 Helsebegrepet .....	12
2.2 Friluftsliv, historisk og definisjon.....	13
2.2.1 Naturmøtet- hva gjør det med oss?.....	13
2.2.2 Friluftsterapi .....	15
2.3 Fysisk aktivitet.....	17
2.4 Rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer .....	20
2.5 Rusmiddelavhengighet .....	21
3.0 METODE.....	22
3.1 Utforming/design .....	22
3.2 Utvalg og rekruttering.....	22
3.3 Datainnsamling .....	23
3.4 Etikk.....	24
3.5 Intervju.....	25
3.6 Analyse .....	25
4.0 GJENNOMGANG AV MATERIALET .....	26
4.1 Forberedelsesfase.....	26
4.2 Organisering og kategorisering.....	27
4.3 Abstraksjonsfase/ resultatdel .....	28
4.4 Rapportering/beskrivelse av funn .....	28
4.4.1 Kommunikasjon.....	28
4.4.2 Mestring.....	30
4.4.3 Terapeutisk allianse .....	31
4.4.4 Stressreduksjon/psykisk og fysisk mestring .....	32
4.4.5 Brukermedvirkning/Empowerment .....	33

	3
5.0 DISKUSJON.....	35
5.1 Kommunikasjon.....	35
5.2 Mestring.....	37
5.3 Terapeutisk allianse .....	39
5.4 Stresshåndtering.....	45
5.5 Brukermedvirkning/empowerment.....	46
6.0 AVSLUTNING.....	48
6.1 Konklusjon.....	49
7.0 LITTERATURLISTE.....	50
VEDLEGG 1: .....	60
VEDLEGG 2: .....	61

## FORORD

Jeg har i snart 4 år vært deltidsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Master i psykisk helsearbeid. Jeg har jobbet mange år som sykepleier miljøterapeutisk, og møtt mennesker som sliter psykisk og med rus- avhengighetsproblematikk. Jeg har ved flere anledninger opplevd å mangle noen «redskap» i samhandlingen og igjennom disse studieårene har jeg nå blitt tryggere i valg av «verktøy». Jeg har blitt tryggere i meg selv, og mer nysgjerrig på hva som kan fremme helse.

Å fordype meg i et emne jeg brenner for, har vært berikende og arbeidsomt. Jeg hadde ikke fått dette til, uten hjelp og støtte i fra flere viktige personer. Jeg vil takke mine informanter for måten de møtte meg på i sine travle hverdager og for at de belyste sin erfaring, i forhold til friluftsterapi.

Først og fremst vil jeg takke veileder Maria Nystrøm. Hun har guidet meg vitenskapelig og praktisk, med å løfte opp gode rutiner og ideer for forskningsprosjektet. Hun har oppmuntret og veiledet meg, ved å ha kommet med verdifulle refleksjoner. Disse refleksjonene har belyst flere sider enn de jeg selv så, noe som har ført til nye tanker og ny innsikt.

Så en takk til jobben min, som har «heiet» på meg, igjennom hele prosessen. De har tilrettelagt, gitt meg fridager til å skrive og de har vist et helhjertet engasjement for meg og mitt prosjekt. En spesiell og varm takk til Aina Ottesen. En stor takk til Inger Marie Næss for gjennomlesning, korrektur og datakunnskaper. Du har holdt meg oppe, når jeg er i ferd med å snuble og falle. Takk til Ann-Karin Hauge Iversen for ice-net, middager, støtte og at du er du.

Sist, men ikke minst en takk til mamma og pappa som ga meg gode opplevelser i skog og mark. Med sekk på ryggen full av go`saker, gikk vi på mange fine turer i min barndom. Disse gode opplevelsene har satt sine spor i meg. Det er disse sporene jeg i voksen alder forsøker å videreføre, til mine barn og pasienter. Det nytter jo ikke bare å skrive teoretisk om friluftsliv, det må jo praktiseres også.

Auli, mai 2016

Lone Merete Bechen Snøtun

## **ABSTRAKT**

Misbruk eller avhengighet av rusmidler kan være en langvarig tilstand. Rusmisbruk er forbundet med utvikling og forverring av mange sykdommer. Friluftsterapi-gruppa har som mål å organisere den fysiske aktiviteten tilrettelagt for gruppa, med tanke på at fysisk aktivitet kan være med å bidra til å dempe det subjektive rusuget. Samt finne nye arenaer å lære seg å leve et rusfritt liv, også i samhandling med andre.

Opgavens formål er å undersøke hvilke kunnskaper friluftsterapeuter har opparbeidet seg på bakgrunn av erfaring i forhold til friluftsliv som terapi, i møtet med personer som ønsker endring i sitt liv med rus og avhengighet. Hovedhensikten er å belyse om og hvordan friluftsterapi kan bidra til positive helseeffekter. Videre er formålet å få en forståelse av drivkreftene bak friluftsterapi ved bruk av kvalitativ metode, og gjennom analysen komme frem til noen forklaringsteorier. Den foreliggende analysen har som hovedmålsetting å forstå kompleksiteten i en sosial handlende terapeutisk motivstruktur, i det institusjonelle miljøet disse er en del av. Det er nødvendig at et slikt perspektiv gis betydelig vekt for å gripe kompleksiteten i de prosessene som studeres.

Funnene viser at friluftsliv er med å flytte fokus fra innvendig til utvendig. Funnene viser også at friluftslivsterapi er med å lindre den sosiale angsten, og bidrar til å knytte bånd. Fysisk aktivitet kan styrke selvfølelsen via mestring og bidra til å fylle tomrommet etter misbruket. Friluftsliv tar for seg aktivitet i friluft, i fritiden. Friluftsterapi har en terapeutisk tilnærming på flere områder enn den fysiske. Det gis en teoretisk avklaring/forankring av begrepene helse, friluftsliv, fysisk aktivitet, rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Det drøftes nærmere hvilke karaktertrekk som kjennetegner friluftsterapi i en institusjonell arena/ramme, og fenomenene som kommer til uttrykk innenfor det som karakteriseres som positive helseeffekter av friluftsterapi.

I dette ligger et ønske om å legge frem et alternativ og en strategi for studie av denne typen prosesser, hvor bidraget er å betrakte som et supplement til eksisterende arbeider.

## ABSTRACT

Abuse or dependence on drugs can be a prolonged state. Substance abuse is associated with the development and exacerbation of many diseases. Outdoor Therapy group aims to organize the physical activity organized for the group, considering that physical activity may help to curb the subjective craving for alcohol and/or other drugs. As well as find new venues to learn to live a drug-free life, also in collaboration with others.

The thesis aims to investigate what knowledge outdoor therapists have built up on the basis of their outdoor therapeutic experience with people who want change in their lives with drugs and addiction, using qualitative methods. The main purpose is to examine whether and how recreation therapy can contribute to positive health effects. Furthermore, the purpose is to gain an understanding of the driving forces behind the outdoor therapy and through analysis find some explanatory theories. The present analysis has as main objective to understand the complexity of a social shopper therapeutic design structure, in the institutional environment in which they are a part. It is necessary that such a perspective of considerable weight for gripping the complexity of the processes being studied.

The findings show that outdoor recreation is to move the focus from inside to outside. The findings also show that outdoor recreation therapy is to alleviate the social anxiety, and helps to establish ties, in addition to physical activity can strengthen ourselves through mastery and help fill the void left by the abuse. Outdoors activity is about activity in the nature, in your spare time. Outdoor therapy has a therapeutic approach in several areas than the physical. It provides a theoretical clarification / anchoring the concepts of health, recreation, physical activity, substance abuse and mental health problems. It is discussed the traits that characterize outdoor therapy in an institutional area, and phenomena that are expressed in what is described as positive health effects of outdoor therapy.

It is here a desire to introduce an alternative method and a strategy for study of this type of processes, in which the contribution is to be considered as a supplement to existing works.

## TEMA

Min opplevelse og mitt bunnteppe igjennom flere år som aktiv mosjonist er at gjennom et nært samspill med naturen kan jeg få en mer helhetlig forståelse av mine omgivelser og dermed av meg selv. Min forforståelse blir da at om jeg tenker og opplever friluftsliv positivt for kropp og sjel, kan da noen av disse følelsene fremkalles i pasientene som blir med i friluftsterapi-gruppa?

Jeg har som miljøterapeut i friluftsterapi-gruppa undret meg over om vår intensjon ved å være der vi er og gjøre det vi gjør, kan det bidra til en bestemt retning og fokus til sansning, samhold og mestring for pasienter? Dette er årsaken til at jeg med denne masteroppgaven har sett nærmere på fenomenet friluftsliv. Perspektivet ses ut i fra terapeutens oppfatninger, og konteksten er en døgnbehandlingsinstitusjon for rusavhengighet.

Tema for min masteroppgave er:

«Å bli rusa på livet-

Perspektiver fra terapeutens ståsted om friluftslivets betydning som helsefremmende metode mot rusavhengighet»

*«Resept på et langt liv: Riktig ernæring, hvile, følelsesmessig balanse og fysisk aktivitet.»*

(Kinesisk lærebok fra år 3.000 f.Kr.)

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon av tema

Stortingsmelding nr. 39 (2000-2001) med undertittelen «Friluftsliv-Ein veg til høgare livskvalitet» retter søkelyset mot friluftslivets betydning for helsen. Videre leses det at målsettingen med friluftslivspolitikken er «å fremme det enkle friluftslivet for alle, i dagliglivet og i harmoni med naturen». Den verdien friluftslivet har for både helse og miljøvern blir poengtert. Det leses videre i samme stortingsmelding at friluftslivspolitikken bør legge hovedvekten på en kjerne av ikke konkurransprega, ikke motoriserte fritidsaktiviteter som foregår på allmenne naturprega områder. Friluftsliv er en velferdsgode som skal sikres og fordeles jevnt i befolkningen som et bidrag til god livskvalitet, økt trivsel og bedre folkehelse og en bærekraftig utvikling. I stortingsmeldingen er det listet opp en rekke målsetninger i forhold til helse. Det dreier seg om å tilrettelegge for friluftsliv, og om å styrke friluftslivets plass i helsefremmende og forebyggende arbeid. Det nevnes ikke i stortingsmeldingen at det er behov for forskning for å dokumentere friluftslivets helsefremmende effekter, og det finnes ingen henvisninger til forskning som dokumenterer friluftslivets effekt på helsen.

Jeg arbeider som miljøterapeut/sykepleier på en rus og avhengighet-døgn institusjon, tverrfaglig spesialisert behandling, innenfor spesialisthelsetjenesten. Lokalt rus og psykisk helsearbeid har som mål å bidra til flere friske leveår blant befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) presiseres kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebærer kommunenes, de distriktpsykiatriske sentrenes og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingenes innsats på feltet. Dette arbeidet omfatter forebygging, oppfølging og skadereduksjon (Helsedirektoratet, 2014).

Pasientene sliter med rus- og avhengighetsproblematikk, i tillegg har mange også psykiske tilleggslidelser som blant annet (sosial) angst og depresjon. For mange innebærer dette en følelse av å være «utenfor», og mange forteller om en opplevelse av ensomhet. Endel av pasientene har i tillegg til psykiske tilleggslidelser og fysiske tilleggs diagnoser/lidelser som f.eks. diabetes, hjerte/kar-problematikk og undervekt/overvekt (Lossius, 2012). Rusavhengighet kan synes som en



vond sirkel som bidrar til at de forsømmer og forverres av at de ikke tar vare på seg selv. Forverrende psykiske omstendigheter fører ofte til fysisk inaktivitet, en velkjent helse risikofaktor. Forskning viser at fysisk aktivitet har mange positive helseeffekter (Bahr, 2015) det gjelder ikke bare fysiske helseeffekter, men også psykisk. Tross denne kunnskapen om at fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser har positive helseeffekter, kan det synes som om mange av disse personene fortsatt i høy grad fysisk inaktive.

## 1.2 Avgrensning

Jeg tar for meg en lavterskel friluftsterapi-gruppe i en institusjon der man behandler mennesker med rus og avhengighetslidelser, fra 18 år og oppover. Friluftslivsterapi bedrives en dag i uka, postvis 6 pasienter og en kveld i uka med hele intuisjonen 3 poster, dvs. 18 pasienter. Lavterskel friluftsterapi-gruppa jeg tar utgangspunkt i, består av enkle tradisjonelle fotturer i nærmiljøet, ofte med fiskestang/pilkestikke, ski/kjelke, bålkos og «go`saker» i sekken. Dette er et lavterskel tilbud i forhold til friluftsterapi, da institusjonen har fastsatte turdager/kvelder, de har ingen overnattinger, men følger dag/kveldsvaktordninger.

I tillegg til å intervju friluftsterapeutene og den kvalitative tilnæringsmetoden, har jeg valgt en teoretisk tilnærming. Jeg har lest gjennom en mengde faglitteratur, forskning og artikler for å spenne opp et lerret av ulike forståelser og tilnæringer til temaet. Dette er for å løfte frem hva faglitteraturen sier, samtidig som informantenes erfaring ses i sammenheng med utvalgt teori innenfor området. I motsetning til et naturvitenskapelig forskningsdesign som tar sikte på å forklare et fenomen på en objektiv faktaorientert måte, tar denne oppgaven sikte på å forstå de ulike fenomener. Dette gjøres ved å ta utgangspunkt i informantenes subjektive forståelseshorisont, samtidig som utvalgt litteratur løftes frem og drøftes i diskusjonsdelen.

Å rette søkelyset spesifikt mot friluftsterapi, i et større tverrfaglig behandlingsopplegg, er gjort ved å undersøke hvilken oppfatning miljøterapeuter/forskjellige profesjoner sitter inne med av erfaring.

I oppgaven vil jeg i all hovedsak benytte termene pasient, friluftsterapeut og informant. Begrepet «pasient» er i pasientrettighetsloven et rettslig begrep (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I rapporteringsfasen gjengis noen erfaringer friluftsterapeutene sitter inne med og termen informant benyttes hovedsakelig. I diskusjonsdelen benyttes både termen friluftsterapeut og informant, dette kommer ryddig frem i teksten. Informantene som ble intervjuet er friluftsterapeuter og det ble

naturlig for meg i oppgaven å fremlegge et skille i terminologien, selv om det er de samme personene det refereres til.

Jeg nevner kort § 1, under etiske betraktninger (forskningsetikkloven, 2006). Denne loven danner grunnlaget for forskning. Pasientrettighetsloven om brukermedvirkning er en lov terapeuter som yter tjenester er forpliktet til å praktisere. Personvernloven og helseregisterloven er juridiske rammevilkår forsker må forholde seg til. Disse lovene kunne vært fremhevet og utdypet under oppgavens forskningsetikk.

Den franske filosofen Foucault har påpekt at der det er makt er det motmakt. Begrepene makt og tvang er sentralt i forhold til den kritikken som har vært rettet mot måten man tidligere har og fremdeles behandler mennesker med psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010). Jeg lar denne tråden ligge og er klar over at dette setter visse begrensninger for diskusjonen.

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ta for meg begrepene helse, friluftsliv/friluftsterapi, fysisk aktivitet, rusavhengighet og psykisk helse. Funn i litteraturen diskuteres opp mot funn i analysen. Den tiden jeg har hatt til rådighet har satt ramme for oppgaven. Det tar tid å sette seg inn i emnet jeg har valgt å fordype meg inn i. Det er derfor viktig å påpeke at det finnes mange ulike innfallsvinkler og retninger innenfor forståelsen av psykiske lidelser og rusavhengighet. Denne oppgaven gir kun et lite bilde på et bredt emne.

Formålet med studien vil være å legge vekt på å få frem informantenes opplevelser og tolkninger av sin praksis som friluftsterapeuter, med fokus på positive helseeffekter. En svakhet i valg av innfallsvinkel, vil være at pasientenes opplevelse av positive helseeffekter av friluftsliv, for å oppnå endring i sin avhengighet, ikke vil komme frem i denne studien. Denne innfallsvinkelen syntes jeg at ville vært spennende å forske på, ved en annen studie. Studien jeg har valgt vil være knyttet til den fenomenologiske og hermeneutiske forskningstradisjonen i et helsefagperspektiv. Jeg ser i ettertid at jeg burde ha satt meg mer utdypende inn i hermeneutikken, siden vi fortolker hele tiden. Å fortolke noe man ikke kan veie eller måle, eller å være mer oppmerksom på hvordan fortolkning foregår, kan bidra til at man får færre feiltolkninger. Teksten er imidlertid bare en tekst og ikke virkeligheten selv. Brink og Wood (1998) fremholder at eksplorerende design kjennetegnes ved at det har som mål å undersøke lite utforskede fenomener, og hvordan disse manifesterer seg. Problemstillingen i denne

studien er knyttet til det eksplorative designet, fordi forsker ikke bare er ute etter å beskrive fenomenet, men også undersøke underliggende prosesser og relasjoner.

Det å forske på eget fag og praksis kan i utgangspunktet være problematisk i forhold til forskers forforståelse, både i forhold til utvelgelse av litteratur og utvelgelse av informanter å intervju. Selv om jeg har forsøkt å være objektiv, vil min bakgrunn og erfaring farge «hva jeg ser etter».

### **1.3. Problemstilling**

Hva kan bidra til at friluftsterapi ved en døgnbehandlingsinstitusjon for personer med rusmiddelproblemer kan gi positive helseeffekter?

### **1.4 Litteratursøk**

Ved litteratursøk på Bibsys, fikk jeg en oversikt over bøker og tidsskrifter tilgjengelig ved høgskolens bibliotek. Jeg fant lite forskningsartikler innenfor søkeordene friluftsliv, psykisk helse og rusavhengighet og kombinasjonen av disse. Deretter brukte jeg databaser som PubMed, OVID, SveMed+. Jeg forsøkte ulike varianter og ved å kombinere søkeordene fysisk aktivitet, friluftsterapi og friluftsliv kom det flere forskningsartikler, som hadde relevans i forhold til emnet. Jeg har også brukt referanselister innenfor forskningsartikler jeg har funnet av interesse, da alle artikler har en kortere eller lengre referanseliste over andres eller eget tidligere arbeid. Dette har vært en viktig kilde til å få tak i artikler. Jeg har funnet og brukt engelske forskningsartikler og bøker som omhandler fysisk aktivitet og psykisk helse. De engelske søkeordene jeg brukte var: wilderness therapy, outdoor environment, substance abuse og kombinasjoner av disse begrepene.

### **1.5 Kildekritikk/metodediskusjon**

Kildekritikk eller kildegransking (Kjeldstadli, 1999) ble opprinnelig utviklet for å studere at opplysninger utviklet for å studere opplysninger i religiøse eller historiefaget vitenskapelig. Hvor kildekritikken er knyttet til spørsmål om kilden er til å stole på, om kilden er nøytral, om kilden finner spor av juks eller slurv.

Spesielt i forhold til bruk av nettsider, har jeg vært bevisst på at det er sider som er valide og kjente. Det er i dag veldig mye godt materiale som er tilgjengelig, for eksempel på Wikipedia, som tidligere

har vært uaktuelt å bruke. Jeg har valgt å bruke dette nettstedet ved to anledninger, da opplysningene ble vurdert som riktig i forhold til mine kunnskaper om innholdet.

Masteroppgaven har noen begrensninger, og det må utvises en viss forsiktighet med tanke på overførbarhet og konklusjoner. En av begrensningene kan være i forhold til å beskrive informantenes subjektive her og nå-opplevelse ut fra kvalitativ utforming. På den andre siden vil informantenes beskrivelser favne variasjonene i de subjektive opplevelsene/erfaringene de har gjort seg innenfor friluftslivsterapi. Dette kan være hensiktsmessig i en lite undersøkt gruppe. Å beskrive erfaringer, opplevelser, mestring og behov for tiltak og løfte frem noen utfordringer, de møter på i forhold til å favne en forskjellig gruppe.

## **2.0 TEORIBAKGRUNN/ INNFALLSVINKLER**

### **2.1 Helsebegrepet**

Helse er et kulturelt betinget begrep som varierer med kultur, oppfatninger og historie. Medisinsk er helse definert som organismens evne til effektivt å svare på stressfaktorer og effektivt restituere og vedlikeholde en likevekts balanse. En form for forebygging er gode vaner, og som eksempel nevnes å spise regelmessig og mosjonere litt hver dag. I 1948 lagde Verdens Helseorganisasjon (WHO) en definisjon på helse: «en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter» (Wikipedia, 2016). Innvendinger mot denne definisjonen har vært at sykdomsbegrepet har vært vanskelig å avgrense, samt at idealet er uopnåelig.

Mange av utfordringene relatert til helse er av global art som aids og kreft i følge Per Fugelli, professor i allmennmedisin og sosialmedisin. Samtidig finner vi problemer som relateres til mellommenneskelige forhold, hvor det kan være andre helsetiltak enn friluftsliv og fysisk aktivitet, som kommer i første rekke. Mobbing i skole, seksuell trakassering, psykisk eller fysisk vold i hjemmet, for å nevne noen utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, med relasjon til vår livsstil (Fugelli & Ingstad, 2014). Dette er plager og utfordringer som kan forankres i hvordan det moderne samfunn er strukturert og fungerer, både implisitt og eksplisitt. En del krav til oss selv er selvpålagt, mens endel er forventninger vi strekker oss etter. Helsedepartementet poengterte at

«psykiske problemer og lidelser er i ferd med å bli den nye helseutfordringen både i Norge og andre vestlige land» (St.meld nr. 16 (2002-2003)).

Flere peker på generelle forhold ved vårt moderne liv som kan ha negativ innflytelse på vår psykiske helse. Per Fugelli kritiserer vårt syn på helse og det perfekte. Han redegjør for hvordan nulltoleranse ovenfor svakheter, feil og mangler fører til et snevert syn på et vellykket liv og god helse. Resultatet av dette prestasjonsjaget etter det perfekte, svekker mestringsfølelsen og gir en følelse av avmakt. Vi når ikke opp til våre høye krav til oss selv, i tråd med at tempoet stadig skrur opp. Fugelli har gitt flere klare råd for hvordan vi kan bidra til å ta vare på egen helse, blant annet den enkle beskjeden: «Gi blanke faen og få et bedre liv». (Bodø NU, 2015).

## **2.2 Friluftsliv, historisk og definisjon**

Begrepet fritid eksisterte først blant et fåtall rike, som kunne ta seg råd til det. Utover 1900 tallet fikk etterhvert allmennheten lovfestede rettigheter som ga fritid. I 1957 ble allemannsretten lovfestet gjennom «Lov om Friluftslivet». I det moderne Norge i dag, har friluftsliv utviklet seg mer som et overskuddsfenomen, uten særlig nyttepreg. Med friluftsliv menes fysisk aktivitet i naturen, mer spesifikt er det egen fritid i friluft. Friluftsliv skiller seg fra sport, ved mangelen på regler for hvordan den skal utføres, unntatt regler for sikker ferdsel, utøvelse og oppførsel (Wikipedia, 2015) Det 69 vers lange diktet «På viddene» av Henrik Ibsen fra 1869, starter med en manns ferd til fjells hvor han ser ned mot hjemmet- i dalen, og et liv det ikke var verdt å leve. Det er her ordet «friluftsliv» blir brukt i det norske språk, for første gang da Ibsen omtaler livet på den øde seterstua som «Friluftsliv for mine Tanker» (Wikipedia, 2015).

Fridtjof Nansen regnes som den som etablerte begrepet friluftsliv i norsk bevissthet. Gjennom sitt liv i naturen ble han et viktig forbilde og premissgiver for ettertiden.

### **2.2.1 Naturmøtet- hva gjør det med oss?**

Mange kilder indikerer at naturelementer har positiv innvirkning på mennesker enten fysisk, psykologisk eller sosialt. Flere legger vekt på menneskers avhengighet av naturen i ulike sammenhenger, det være seg historisk, kulturelt, religiøst eller evolusjonært perspektiv (Kellert & Wilson, 1993).

I en rapport utgitt av Miljødepartementet i samarbeid med Nordisk Ministerråd (2009) er det gjort beregninger som tyder på at arvestoffet hos nålevende mennesker ikke har endret seg mer enn 0,003 % siden istiden. Mens vår biologiske arv har vært så og si konstant siden steinalderen, har vi måttet tilpasse oss teknologisk og kulturelt, det moderne samfunn. Naturen syntes å appellere til noe grunnleggende i oss. Den gir livsglede og hjelper oss å gjenskape mental balanse, når den moderne livsformen sliter på oss. Naturens betydning som rekreasjonskilde for mennesket har imidlertid de siste årene kommet sterkere i søkelyset. Det er nå en økende oppfatning om at den nære naturtilknytningen som har preget livet i Norden, har satt dype spor i vårt følelsesliv (Miljøverndepartementet, 2009).

Kaplan og Kaplan (1989) sin miljøpsykologiske teori om naturens innvirkning på helsen, handler om naturens betydning for å redusere stress og fremme rehabilitering hos mennesker. Den tar for seg både spontan og rettet oppmerksomhet, og de sier noe om at vårt samfunn i dag krever mye rettet oppmerksomhet, som kan lede til psykisk utmatting fordi vi får færre og færre anledninger til hvile på grunn av for eksempel støy. De hevder at når vår moderne livsførsel sliter på oss, har vi imidlertid kunnet funnet ro og ny balanse ved å trekke ut i vårt «gamle» element naturen. Roger Ulrich, en miljøpsykolog, har en teori om menneskets nedarvede evne til refleksivt å oppfatte en situasjon som truende eller trygg. Ulrich (1983, s 87) mener at det moderne samfunnet stadig setter kroppen i alarmberedskap, noe som er hensiktsmessig i akutte situasjoner, men gjentakende og vedvarende stresspåvirkning skader dette systemet.

Evolusjonsnære teorier er biophilihypotesen til Kellert og Wilson (1993) og teoriene til Kaplan og Kaplan (1989) og Ulrich (1983). Begrepet biofili innebærer at alle mennesker har en indre og følelsesmessig trang til sameksistens med andre organismer. Biofili antas å ha vært en nødvendig funksjon og forutsetning for de tidligste menneskers overlevelse og en del av vår evolusjonære utvikling. Kaplan og Ulrichs teorier fokuserer på hvilke trekk ved naturmiljø som i særlig grad baserer seg på de generelle teoriene om stress- og stressreduksjon. De evolusjonære teoriene tar utgangspunkt i at mennesker er generelt tilpasset spesielle trekk ved naturomgivelser, som ikke finnes i samme grad i moderne bymiljø. Studiene registrerer stressmestring og evne til å gjenvinne likevekt etter å ha vært utsatt for stressende stimuli. Kaplan og Ulrich sine studier har fokusert på hvilke trekk ved naturmiljø som gir rekreasjonsvirkning og de kom frem til opplevelsen av å

komme seg vekk, opplevelse av totalitet og omfang av sammenheng, fascinasjon og forenlighet mellom person og miljø. Andre eksempler på prosesser som ofte nevnes i litteraturen er tilhørighet, trygghet, kontroll og forståelse. Kellert og Wilson (1993) er av den oppfatning at vi mennesker har i 90 % av vår historie levd som jegere og samlere, og at dette har satt dype spor i vårt følelsesliv. Han hevder at gjennom millioner av år som jegere og sankere, hvor vi bodde ute, utviklet en kropp og sinn disponert for et liv i naturen. De siste par tusen år har vi i midlertidig utviklet en kultur og sivilisasjon som gjør at vi tidvis kan oppfatte oss som på siden av og utenfor resten av naturen. Friluftsliv i gamle dager var preget av nytteverdi, en skulle se etter dyrene, sanke sopp og bær, rydde jord, fiske og jakte.

### **2.2.2 Friluftsterapi**

Friluftsterapi skiller seg fra mer tradisjonelle tilnærminger innen psykisk helsearbeid, ved at behandlingen foregår utendørs. Samtalen/praten finner sted på en rusletur i skogen eller sittende på en høyde, mens øynene hviler over tretoppene eller horisonten. Gruppesamtalene foregår rundt bålet under stjernehimmelen. Friluftsterapi-gruppe treffene inneholder fysisk aktivitet, øvelser i friluftskunnskaper som bekledning, orientering, tenning av bål, leirliv, gruppeoppgaver, fritid, individuelle samtaler og gruppesamtaler. Etterhvert som gruppen etablerer en viss trygghet og friluftskunnskapen øker, introduseres mer sammensatte utfordringer. Dette er nytt og har ikke vært systematisk utprøvd i Norge tidligere. Både i den tradisjonelle psykiatrien og i mer moderne psykisk helsevern har en brukt naturen i behandling (Fernee, Gabrielsen, Andersen, & Mesel, 2015).

Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus, har utviklet og igangsatt en ny intervensjon kalt Friluftsterapi<sup>TM</sup>. Behandlingen er inspirert av empiri og erfaringer fra amerikanske og australske helsetilbud, hvor naturen har inngått som et vesentlig terapeutisk element. Resultatene dokumenterer bedring på en rekke psykiske helsevariabler. Friluftsterapi slik det gjennomføres og forskes på ved Sørlandet sykehus er inspirert av Wilderness therapy-tradisjonen. Her foregår hele behandlingsforløpet utendørs og er i dette tidsrommet den eneste oppfølgingen deltakerne mottar (NAPHA, 2015).

Karin Laumann (2004) har testet ut hypotesen om at naturen er nedstressende. Hennes doktorgradsavhandling dokumenterer at eksponering i naturen er nedstressende. I hennes doktorgradsarbeid viser hun at gruppen som hadde sett video fra naturmiljø hadde en mer utvidet

oppmerksomhetsfokus enn de som hadde sett video fra et bymiljø. I et senere eksperiment undersøkte Laumann effektene av å gå tur i natur- og bymiljø. Resultatet viste at etter å ha gått tur i naturen, presterte forsøkspersonene bedre på oppgaver som krevde strategisk tenkning og planlegging (Laumann, 2004). De hadde mindre negative følelser, og hjerte/blodtrykk viste lavere nivå av fysiologiske stressreaksjoner, enn da de gikk tur i bymiljø. Mange påpeker at naturkontakt gir ny energi og nytt mentalt overskudd. Hva er det ved naturopplevelsen som virker mentalt oppbyggende? Hågvar og Støen, (1996) hevder at opplevelse av stillhet, opplevelse av frihet, opplevelse av mestring, oppdagerglede, kroppslige opplevelser, estetiske opplevelser, historiske opplevelser og villmarksopplevelser kan genereres i møte mellom mennesket og natur. Disse fletter seg inn i hverandre til en helhet- en totalopplevelse som virker mentalt oppbyggende.

Naturen er vårt opprinnelige hjem. Det miljøet arten mennesket er utviklet i. Vår kropp og våre sanser er konstruert for allsidig utfoldelse i naturen. Naturen ser ut til å appellere til noe grunnleggende i oss, som vår moderne livs måte har fjernet oss fra. I boken « Grønn velferd» hevder Hågvar og Støen (1996) at flere av psykologiens utfordringer kan forstås bedre når vi tar i betraktning både vår sosiale og vår genetiske forhistorie Tordson (2010) hevder at vi bør se nærmere på erfaringene naturmøtet gir av mestring. Å erfare at en får til noe i livet, er av stor betydning for selvrespekt og fornemmelsen av å handle og lykkes. Han mener at det er tre betingelser/krav som er typisk for det moderne mennesket.

Disse tre betingelser/kravene er:

1. Kravene til oss som kommer utenifra og blir målt i målestokker vi ikke selv har innflytelse på.
2. Målekriteriene er ikke tydelige, for når vi oppfyller kravene eller ikke.
3. Det vil alltid være områder der vi ikke strekker til.

Tordson (2010) hevder at uansett prestasjonsnivå kan vi i naturen oppleve å finne utfordringer vi velger selv. I motsetning til den tenkning om at mennesket framhever dets bevissthet som det sentrale, vektlegger Maurice Merleau-Ponty (2007) menneskets kroppslighet som fundamentet for opplevelsen av hjemstedsrett i tilværelsen. Gjennom en rekke fenomenologiske analyser av



patologiske forstyrrelser nærmer Merleau-Ponty seg en innsikt i subjektets kroppslige væren og den legemliggjorte bevissthet og erkjennelse. Det er ikke kroppsbegrepet som Merleau-Ponty tar som utgangspunkt for sin filosofi. Hos han utgjør ikke kroppen en ting. Kroppen er mer det vi er, enn det vi har. Den erfarende kroppen inngår alltid i en sammenheng og slutter ikke ved huden. Å være en kropp er å være til i verden. Derimot er det betegnende for den moderne tilværelsen at det intellektuelle, det følelsesmessige og det kroppslige livet, blir splittet fra hverandre. Når kroppen blir forstått som et objekt, oppstår velkjente krisesyntomer, når livet i den moderne tilværelsen dreier seg om å veksle mellom ulike endimensjonale væremåter.

Fra alle sider blir vi overskyttet av inntrykk, som kan trekke vår oppmerksomhet i ulike retninger, og for å holde ut må vi ta inn over oss noen av inntrykkene. Naturen kan da bli et fristed for vår kroppslighet og opplevelse av å være i levende samspill med den verden vi er en del av. I denne sammenhengen er begrepet stillhet sentralt. Stillheten er beslektet med begreper som meditasjon og refleksjon (Pyko et al., 2015).

I definisjon og omtaler av friluftsliv er naturopplevelse et sentralt begrep, samtidig som mange hevder naturopplevelse er deres mål for å bedrive friluftsliv. Friluftslivets år 2015 er over for denne gang og avslutter de sin appell med å si: «Det er ingen grunn til at nye og gode turvaner ikke skal bli med inn i årene som kommer. Og husk, det enkle er ofte det beste» (Friluftsliv 2015).

I St.meld. nr. 39 (2000-2001) rettes søkelyset mot friluftslivets betydning for helsen, og definerer friluftsliv slik: «Friluftsliv er opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse».

### **2.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I dette inngår mange termer knyttet til fysisk utfoldelse, for eksempel idrett, mosjon, trening, friluftsliv, lek, arbeid, trim, kroppsøving fysisk fostring m.fl. Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjellettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Bahr, 2008). Forskning viser at selv korte turer i naturen forandrer hjernen. Dette er basert på en studie av 90 friske, voksne som ble bedt om å beskrive sin mentale helse i et spørreskjema, før blodgjennomstrømmingen i subgenual prefrontal cortex (en del av frontallappen i hjernen) ble skannet. Studien ble gjennomført av forskerne ved Stanford University i California (Dyregrov, 2015).

Halvparten av personene i denne studien ble trukket ut til å gå en tur i en grønn og stille park. Hvorpå gikk en andre halvpart langs en motorvei. De fikk ikke gå sammen eller høre på musikk, men de fikk gå i eget tempo. Etter turen ble hjerneskanningen og spørreskjemaet gjentatt på alle forskningspersonene. Det viste seg at de som gikk tur i den grønne parken, hadde lavere blodgjennomstrømning i subgenual prefrontal cortex. Det er i denne delen av hjernen det er størst aktivitet når en er bekymret eller har negative tanker (Bratman, Hamilton, Hahn, Daily & Gross, 2015). Selv lavt inntak av alkohol påvirker også hjerneaktiviteten på en relativt sammenlignbar måte (Oppegård, 2008), slik at det kan antas at man kanskje kan trekke en sammenligning på at mennesker som sliter med alkoholproblemer, også vil ha en positiv effekt av å være ute i naturen.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført en studie «Sammen for fysisk aktivitet 2005-2009» som et resultat av implementeringen av handlingsplanen, og etableringen av et nasjonalt overvåkningssystem av fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Planen inneholder unike norske data hvor fysisk aktivitet og sedat tid på rundt 5000 voksne og eldre er registrert med aktivitetsmåler og spørreskjema. Undersøkelsen inneholder et tverrsnitts utvalg, samtidig som deltakerne fra 2008-2009-undersøkelsen ble spurt om å delta igjen. Her vises en positiv trend i total aktivitet og andelen som oppfyller anbefalingene minimum 30 minutter aktivitet hver dag. 1/3 oppfyller minimums anbefalingene for fysisk aktivitet. Det totale aktivitetsnivået i befolkningen er lav, og drøyt 60 % av dagen brukes i ro. Undersøkelsen er en av flere undersøkelser der det vises til god dokumentasjon for at stillesitting er en risikofaktor for uhelse. Fysisk aktivitet kan forebygge diabetes, kreft, depresjon, overvekt og hjerte- og karsykdommer. Departementet slår fast at en ikke trenger å drive hardtrening for å oppnå helseeffekter, og flere og flere gågrupper blant annet i regi av Den Norske Turistforening, er opprettet. Der er motivasjonen frisk luft, mosjon og det å være sammen.

Professor Ulf Ekelund ved Norges idrettshøgskole, sier at selv en liten andel fysisk aktivitet hver dag, kan ha betydelige helsefordeler for inaktive personer. Forskingen viser at ved å være aktiv øker velværet ved å gi større overskudd, bedret evne til å mestre stress, bedret mage- og tarm funksjon og lettere å holde vekten. Forskingen deres viser at inaktivitet forkorter livet for langt flere, enn hva overvekt gjør. Ekelund hevder at det handler om å gjøre små endringer i sitt eget liv, for eksempel ved å gå til jobben, eller til bussen. Dele opp aktiviteten i eksempel 10 minutters gange

om morgenen og 10 minutter om ettermiddagen, og oppnå samme effekten hevder professoren (Norges Idrettshøgskole, 2015).

Mosjon har mange beviste helsegevinster som friskere hjerte og kar, ved bedret blodsirkulasjon, mindre risiko for utvikling av høyt blodtrykk, bedret blodsukkerregulering, redusert risiko for hjerte- og karsykdommer og bedret lungefunksjon. Sterkere muskulatur, mindre risiko for slitasjegikt, lavere risiko for utvikling av beinskjørhet, bedret kroppsbalanse som reduserer risikoen for fall, samt mindre ryggbesvær. Redusert risiko for tykktarmskreft og sannsynligvis redusert risiko for brystkreft. Ekelund sier at det er mye viktigere å komme seg fra et fullstendig inaktivt liv til et moderat aktivt liv, enn å komme i gang med hardere trening som du kanskje ikke klarer å opprettholde over tid. Professor Ekelund hevder at trening er mye omtalt, mens fysisk inaktivitet ikke ofres like mye oppmerksomhet, tross de alvorlige konsekvensene inaktivitet har. Turgåing er den aktiviteten ifølge Helsedirektoratets rapport om fysisk aktivitet, som flest voksne og eldre i Norge utøver (Helsedirektoratet, 2015).

Egil W. Martinsen, professor ved universitetet i Oslo, hevder at når kroppen beveger seg, så beveger tankene seg. Når kroppen stivner, så stivner tankene. Noen kan oppleve å få andre tanker når man er i kroppslig bevegelse enn når en sitter og grubler. En annen erfaring er i følge Martinsen at man tåler stress bedre, om en er i noenlunde god form. Det er omfattende dokumentasjon på at fysisk aktivitet reduserer graden av både angst og depresjon. På akutte stressreaksjoner er fysisk aktivitet en måte å få brukt krefter på og få oppmerksomheten over på andre ting. Da blir det lettere å sove og samle nye krefter. Martinsen hevder at det noen ganger kan være sånn at man gjennom aktivitet og trening kan komme inn på andre tankemåter og finne andre løsninger. Fysisk trening gir både glede, mestring, og velvære og kan gi pauser fra grubling og bekymring, noe som er bra og virksomt både mot angst og depresjon (Martinsen, 2011).

Hovedkonklusjonen utgitt av Nordisk Ministerråd i 2009, slår fast i rapporten «Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse», basert på oppdatert kunnskap i fra Norge, Sverige og Danmark at fysisk aktivitet er den faktoren som har størst effekt på vår totale helsetilstand. Utgangspunktet er en beskrivelse av helsetilstanden i de nordiske landene. I rapporten løftes det frem at befolkningen preges av to store helseproblemer. Økende fedme og utbredt depresjon. Det løftes frem i rapporten at omtrent halvparten av Nordens befolkning lever ikke opp til anbefalingene om daglig fysisk aktivitet

(minimum 30 minutter med aktivitet/gange pr. dag). Regelmessig fysisk aktivitet, selv om det foregår innendørs, har klar positiv effekt på både overvekt og psykiske lidelser. I rapporten snakker de om effektkjeder, hvor fysisk aktivitet bedrer søvn, gir bedre selvfølelse, reduserer bruken av beroligende medikamenter/sovemedisiner og at bedret livskvalitet er siste lenke i effektkjeden. Det siste poenget i rapporten fra Nordisk Ministerråd (2009) at fysisk aktivitet gir størst helseeffekt når den foregår i naturen. Mens vårt travle samfunn ofte kan trigge stress, kan naturen møte oss med ro og gode opplevelser. Naturen er kravløs og kan stimulerer til legende prosesser og hvile. Denne rapporten er viktig fordi det nå finnes et dokumentert grunnlag både forebyggende og i helbredende sammenheng, at friluftsliv kan stimulere til legende prosesser. Rapporten løfter også frem at naturen er gratis og døgnåpen (Miljøverndepartementet, 2009).

## **2.4 Rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer**

Psykiske vansker og rusmiddelproblemer påvirkes av ulike forhold, og må ses i sammenheng mellom psykologiske, biologiske, genetiske, sosiale- og kulturelle fenomener. Debutalder og samtidig forekomst av rus- og psykiske problemer påvirker problemutviklingen. Tidlig debut, bruk av illegale stoffer kombinert med psykose, øker sannsynligheten for mer langvarig og sammensatt forløp. Det er i hvilken grad symptomer påvirker sosiale relasjoner og aktiviteter som har størst betydning for den enkelte (Helsedirektoratet, 2012).

Lege og forsker Anna Luise Kirkengen (2015) har kommet fram til at vår historie sitter i kroppen på cellenivå. Professoren hevder det er en sammenheng mellom krenkelser og sykdom. Gjennom nære samtaler og systematisk forskning har Kirkengen kommet frem til at dyp krenkelse tidlig i livet kan føre til forskjellige helseproblemer senere. Forskningen viser hvordan hormonene, sentralnervesystemet og immunsystemet blir påvirket av belastende erfaringer. Kroppens alarmsystem, stress-aksen fra sentrale hjernedeler til binyrebarken, er laget for å gjøre oss istand til å reagere fort når vi blir utsatt for akutt fare. Da lages det umiddelbart hormoner som tillater rask og kraftig aksjon for å berge livet. Men hva dersom en person føler seg konstant truet? Da produserer kroppen store mengder stresshormoner som øker blodtrykket, hjertefrekvensen og muskelspenningen forhøyes. Viktige funksjoner som kroppens håndtering av blodsukker, blodfettet og visse mineraler, blir varig forstyrret. Når barn blir utsatt for giftig stress i barndommen, mener Kirkengen at veien til rusmisbruk ikke er lang. Tilstedeværelsen er fylt med skyldfølelse, selvforakt, løgner og utflukter.

En må holde ut et liv man egentlig ikke tåler, de er ikke skyld i sin egen ulykke, understreker Kirkengen (Kirkengen & Næss, 2015).

Ordet «krise» betyr avgjørende forandring, vendepunkt, skjebnesvanger endring. Cullberg (1999) beskriver en psykisk krise som en situasjon der tidligere erfaringer og innlærte strategier ikke er tilstrekkelige til å forstå eller beherske situasjonen. Han skiller mellom to ulike typer krisetilstander. Kriser utløst av ytre tilstander og livskriser eller utviklingskriser. Måten vi som mennesker reagerer på kriser ses ofte i sammenheng med tidligere opplevelser og erfaringer (Cullberg, 1999).

Sammenhengen mellom vår sårbarhet og vårt nettverk har stor betydning for hvordan vi kan oppleve å bearbeide en krise. Manglende evne eller hjelp til å mestre en krise kan føre til sykdom (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Krise er en opplevelse av og ikke å ha nok handlingsrepertoar til å håndtere en situasjon eller en påkjenning. En krise innebærer smerte, men kan også gi muligheter for læring og endring (Antonovsky, 1987). Aron Antonovsky har utviklet teorien om salutogenese, og faktorer som bidrar til god helse (salutogenese). I stedet for å se på personen som syk eller frisk, hevder Antonovsky (1987) at personer har grader av helse. Antonovsky belyser hvordan en kan mestre belastningene en møter i livet på en helsebringende måte, ved å bruke begrepet «sense of coherence». Sense of coherence betyr, opplevelse av sammenheng. I motsetning til patogenese som er opptatt av hvordan sykdom kan identifiseres, rettes salutogenese mot helsens opprinnelse. Betydningen av å kunne betrakte problemer og konflikter i en meningsfylt sammenheng var grunnleggende funn i Antonovskys forskning. For at en person oppnår en opplevelse av sammenheng, må indre og ytre stimuli være kognitivt forståelig (Antonovsky, 1987).

## **2.5 Rusmiddelavhengighet**

Vi er fra naturens side utstyrt med et belønningssystem i hjernen som frigjør de kjemiske stoffene som lar oss føle glede, ro, lykke og lignende (Føyn & Shaygani, 2010). Rusmidler kan brukes for å frigjøre disse stoffene og oppnå en behagelig virkning, eller som forsøk på å unngå ubehag. Den umiddelbare belønningen som oppstår når man starter med rusmidler, skjer samtidig som det skapes en trang til å gjenta handlingen. Ved avhengighet vil etterhvert belønningseffekten gå ned og tilfredsstillelsen ved det enkelte rusmiddel reduseres, samtidig som trangen blir sterkere. Derfor skaper gjentatt bruk i seg selv et behov for mer bruk. Dette er den nevrobiologiske forståelsen av

avhengighet hvor jevnlig tilførsel og lang tids bruk av rusmidler fører til en mer langvarig endring i motivasjonsbanene og stressregulering i hjernen, som gir kognitive utfall.

Til tross for symptomene på avhengighet vil mange kunne klare seg uten rusmidler og endringene vil til en viss grad være reversible. Fysiske abstinenser, som for eksempel kvalme, skjelvinger og svetting kan oppleves flere uker etter man slutter med rusmidler. Psykiske abstinenser kan oppleves i flere måneder etterpå, men blir gradvis bedre (Føyn & Shaygani, 2010). En vanlig beskrivelse av psykiske abstinenser er at man opplever tilværelsen som grå og trist inntil belønningssystemet i hjernen virker igjen. Rus sug kan være en plutselig og sterk trang til og ruse seg igjen.

### **3.0 METODE**

#### **3.1 Utforming/design**

Masteroppgaven har en kvalitativ utforming, og datainnsamlingen er gjennomført ved hjelp av halvstrukturerte intervjuer. Med kvalitativ metode, beskrives egenskaper som ikke er kvantifiserbare. Hensikten har vært å forsøke å gjøre en helhetlig forståelse av ett spesifikt forhold (friluftsliv) ved å gå i dybden. Den kvalitative metoden som er brukt er induktiv, fordi forsker trekker sine konklusjoner på bakgrunn av en analyse som bygger på intervjuer eller andre former for kvalitativ data (Elo & Kyngäs, 2008).

Hensikten med kvalitativt intervju er å få en dypere forståelse av informantenes tankeverden, meninger og følelser gjennom å stille spørsmål. Målet med intervjuet er å få frem et nyansert bilde av situasjonen informanten beskriver, og at informanten i størst mulig grad får styre samtalen (Kvale & Brinkmann, 2010).

#### **3.2 Utvalg og rekruttering**

Respondentene ble valgt ut på bakgrunn av strategisk utvalg. Informantene arbeider alle i døgninstitusjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Utvalget bestod av to menn og fire kvinner i ulik alder og ulik erfaring. Av disse er tre sykepleiere og en vernepleier med videreutdanning i psykisk helse, en miljøarbeider med friluftserfaring/jeger/fisker og en psykolog i spesialisering innenfor rusavhengighet. Forsker i studien rekrutterte informanter fra eget arbeidssted,

med erfaring og god kjennskap til friluftslivsgruppa. Forsker tok først kontakt med leder av institusjonen og hadde et drøftingsmøte hvor man ble enig om rekrutteringsmåte. Deretter tok forsker kontakt med respondentene ved forespørsel og e-post, og de forespurte takket ja.

### 3.3 Datainnsamling

Det foreligger godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) av 12.10.2015 der de godkjenner prosjekt 44930 i henhold til regler i personopplysningsloven.

Den halvstrukturerte intervjuguiden handlet om:

- Hvilke vilkår må ligge til grunn for at friluftsterapi som benyttes kan gi positive helseeffekter, hva kan være til hjelp og støtte
- Hva betyr friluftsliv slik som det erfares av informanten
- Hva er informantens erfaring av psykiske helseeffekter
- Hva tenker informanten om at friluftsliv brukes som et terapeutisk tilbud
- Hva tenker informanten kan være til hinder/begrensning for friluftslivsterapi, om de har tilegnet seg noen nyttige erfaringer som terapeut

Informantene ble bedt om å gi eksempler på erfaringene sine. Ellers var spørsmålene så åpne som mulig innenfor rammen som var lagt med hensyn til tema og problemstilling.

Det å delta i et intervju og dele egne erfaringer og opplevelser innenfor både psykiske og fysiske vilkår for friluftsliv, innebærer å dele noen erfaringer som kan oppleves utfordrende for informanten. Både før intervjuet startet og underveis ble informantene minnet om at de selv bestemte hvor mye de ønsket å snakke om og hvor mye de vil dele. De ble også gjort oppmerksomme på at de kunne avslutte eller ta en pause underveis i intervjuet, om de ønsket dette. De ble også gjort oppmerksom på at materialet ville ble avidentifisert og at informantene vil framstilles anonymt. Det har blitt problematisert i forhold til lojalitetsplikt og rettsregler, etiske retningslinjer og de ytre rammene som gjelder for den enkelte medarbeiders virke, i forhold til å rekruttere informanter fra eget arbeidssted. Det å gi eksempler på situasjoner i den enkeltes arbeidshverdag, kan sette lojalitets plikt på spill, og hvordan håndtere denne balansegangen. I kulturen vår er det et ideal å være selvstendig, ha selvstendige meninger og klare seg selv. Det betyr blant annet at vi oppmuntrer de vi omgås på jobb, å gjøre seg opp meninger om hva som er rett og galt. Samtidig er det en motsetning her, da alle skal

få lov å mene det de vil, men hver enkelt må følge samfunnets regler, yrkesetiske retningslinjer og taushetsplikten. Dette ble tatt opp og problematisert, og ingen av informantene ga uttrykk for at det hadde vært krevende følelsesmessig å stille til intervju.

Når jeg som forsker gjennomførte intervjuene kunne det være lett å stille ledende spørsmål, og dette må forsker være bevisst på, samtidig som en må være bevisst hvordan spørsmålene tolkes av informantene. Under mine halv-strukturerte intervju ønsket jeg å få kunnskap om informantenes meninger og forståelse. Jeg opplevde en balansegang mellom ønsket om «å legge svarene i munnen» på informanten og la informanten komme med sitt, samtidig som jeg ønsket å få dekket spørsmålene. I etterkant ser jeg at det var viktig å la informanten snakke fritt og «spore av», innenfor problemstillingens fokus, da disse avsporingene kan ha vært med til å gi ett mer nyansert bilde av informantens oppfatning av bestemte forhold.

### **3.4 Etikk**

Begrepene etikk, stammer fra latinske ethos, som betyr skikk, ses og moral som fra gresk, stammer fra mos og betyr skikk, sed. Begge begrepene stammer fra «skikk og bruk» (Carson & Kosberg, 2011). Selv om de har samme betydning, skilles det mellom begrepene, ved at moral betegner de verdier og normer vi forholder oss til, mens etikk, er å reflektere over verdiene og normene. Etikken blir ifølge Carson og Kosberg nødvendig når vi trenger å begrunne moralske standpunkter, eller når vi er usikre på hva vi skal gjøre. Et skille går mellom normativ og deskriptiv etikk. Hvor normativ etikk er hvilke moralske normer som bør gjelde, mens deskriptiv etikk beskriver hva som er gjeldene syn på rett og galt. Avdekkingen av grusomme medisinske overgrep mot fanger og funksjonshemmede i Hitler-Tyskland satte medisinsk etikk på dagsordenen etter den 2. verdenskrig. Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av Verdens legeforening i 1964, blant annet ut i fra Nürnbergskodeksen, som ble utarbeidet etter rettsakene mot ledende tyske nasjonalsosialister etter krigen. Nürnbergskodeksen inneholdt ti etiske retningslinjer for medisinsk forskning, hvor blant annet fritt informert samtykke, er en etisk retningslinje som innebærer at den som spørres frivillig og uten noen form for press. Samtidig som personen må være samtykkekompetent, det vil si å forstå hva han eller hun er med på (Carson & Kosberg, 2011).

Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) uttrykte at mennesket må ha fri vilje for at etikk skal gi mening. Først når en har et valg, kan vi regnes som moralsk ansvarlige for våre handlinger.



«Forskningsetiske prinsipper skal gi veiledning når det gjelder hva som er forsvarlig forskning på mennesker» (Carson & Kosberg, 2011). Reliabilitet og validitet forbindes gjerne med kvantitative metoder. Mens reliabilitet viser til dataenes pålitelighet, viser validitet til dataenes gyldighet i forhold til problemstillingen som skal belyses. Pålitelighets- og gyldighetsspørsmålet kan ses på som en form for kvalitetssikring av forskningsprosessen, hvor forsker sikrer at informasjonen er samlet inn på en pålitelig måte, og at opplysningene har gyldighet i forhold til problemstillingen eller teoretiske begrep som belyses (Kvale & Brinkmann, 2010).

Informantene ga skriftlig, informert samtykke til deltagelse. Informantene deltok frivillig, med anledning til å trekke seg. De ble informert om at studien var godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Egen lov om behandling av etikk og redelighet i forskning ble iverksatt i 2007 og ble opprettet av et Nasjonalt utvalg for granskning av redelighet (Granskningsutvalget). Forskningsetikkloven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer (Forskningsetikkloven, 2006).

### **3.5 Intervju**

Intervjuene ble gjennomført til avtalt tid og sted, enten på offentlig kontor eller hjemme hos informanten. Det ble lagt vekt på at intervjuene ble gjennomført i omgivelser som oppleves komfortable for informanten. Intervjuene med varighet på inntil en time, ble gjennomført i løpet av oktober/november 2015. Intervjuene ble transkribert ordrett.

### **3.6 Analyse**

For å beskrive informantenes egne opplevelser og erfaringer ble det empiriske materialet analysert induktivt inspirert av Elo og Kyngäs (2008), som beskriver fem analysefaser: forberedelsesfase, organiseringsfase, kategoriseringsfase, abstraksjonsfase og rapporteringsfase.

Forberedelsesfasen besto i å transkribere intervjuet ordrett og deretter lese grundig igjennom. Deretter kom organiseringsfasen som besto av åpen koding av utsagn som hadde relevans til problemstilling. Deretter ble disse samlet i hovedkategorier og underkategorier som ble navngitt i tråd med temaene som kom frem under arbeidet med å kondensere tekst relevant for

problemstillingen. For og kvalitetsikre at innholdet i teksten stemte overens med kategoriene, ble det jevnlig kontrollert mot det transkriberte materialet av intervjuet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011).

I abstraksjonsfasen, resultatdelen fokuseres det på hva det er ved fenomenet friluftsliv som gir positive helseeffekter. Målet med bruk av denne metoden er å øke forståelsen og utvikle ny kunnskap på informantenes erfaringer I (Kvale & Brinkmann, 2010). Til sist kommer rapporteringsfasen ble det beskrevet sammenhenger og variasjoner mellom og innenfor de ulike kategoriene, i tillegg er det tatt med noen sitater fra informantene for å sikre best mulig troverdighet for studiens resultat (Elo & Kyngäs, 2008).

## **4.0 GJENNOMGANG AV MATERIALET**

### **4.1 Forberedelsesfase**

Jeg transkriberte ved å lytte nøye på en og en setning og skrev ordrett ned opptakene jeg hadde gjort på min mobiltelefon. Det var viktig å få med pauser og annen nonverbal kommunikasjon. F.eks når en sukket, skrev jeg (sukk) i parentes. Den nonverbale kommunikasjonen bygger opp under ordene for å få en mest mulig virkelighetsnær gjengivelse og forståelse.

## 4.2 Organisering og kategorisering

ORGANISERING	KATEGORISERING	ABSTRAKSJON
«Vi legger inn nøye planlagte utfordringer som skal tilpasses den enkelte deltager, slik at fysisk og psykisk trygghet ivaretas»	Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivasjon/planlegging</li> <li>• Mosjon</li> <li>• Mellommenneskelige forhold/sosiale relasjoner/bånd</li> <li>• Trygghet</li> </ul>
«Vi samarbeider om enkelte oppgaver og gradvis åpner deltagerne seg for hverandre»	Mestring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestringstro</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> </ul>
«Å mestre konkrete oppgaver som å hugge ned en tyritopp, eller å nå «toppen», kan fremme mestringstro» «Vi har et «her og nå» fokus og oppleves som mer tilgjengelig med turklær og fjellstøvler på»	Terapeutisk allianse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygghet i relasjonen</li> <li>• Anerkjennende og empatisk holdning</li> <li>• Trygg og lydhør</li> </ul>
«Vi deler vakre opplevelser som nydelig utsikt og det å sitte rundt ett bål om kvelden, under stjernehimmelen»	Stresshåndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedret søvn/ Økt matlyst</li> <li>• Sosial tilhørighet</li> <li>• Fokus fra innsiden til utsiden</li> <li>• Humor/latter</li> <li>• Redusere stress</li> </ul>
«Ved å være støttende terapeuter og tilstede, for å gi individuell oppfølging og håndtere situasjoner som oppstår underveis, oppleves vi som mer lydhøre, og deltageren har medbestemmelsesrett»	Brukermedvirkning Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennom anerkjennelse blir sammenhengene tydeligere</li> <li>• Helhetlig</li> <li>• Bevisstgjøringsprosess</li> <li>• Innsikt og forståelse</li> <li>• Autonomi</li> </ul>

### 4.3 Abstraksjonsfase/ resultatdel

For at friluftsterapi skal gi positive helseeffekter for personer med rusmiddelproblemer ved en døgnbehandlingsinstitusjon, må den utføres i rammen av sosial samhørighet. Selv om naturen ofte gir positive opplevelser når en person er i god psykisk og fysisk helse, kan en profesjonell friluftsterapeut ikke anta at naturen er terapeutisk i seg selv, når en person har rusmiddelproblemer. Dette innebærer at friluftsterapeuten må ha en innsikt i betydningen av sosial samhørighet når friluftsterapi planlegges for denne brukergruppen. Med funnene fra kategoriene som er beskrevet ovenfor, bør planlegging av friluftsterapi bygge på refleksjoner rundt hvordan kommunikasjon, mestring, terapeutisk allianse, stresshåndtering og brukervedvirkning kan implementeres på en slik måte at pasienten kan tilegne seg «verktøyet» på en optimal måte. Ved at pasientene får positive opplevelser av aktivitetene og gleder seg over disse, vil det ut fra tidligere beskrevet effekter av fysiske aktivitet være størst mulighet for å få gode helseeffekter av friluftsterapi (Miljøverndepartementet, 2009).

### 4.4 Rapportering/beskrivelse av funn

Jeg har i denne undersøkelsen funnet fem hovedvilkår som er med å bidra til ulike perspektiver i forhold til hva som behøves for at friluftsterapi kan ha positive helseeffekter. Disse vilkårene kan oppsummeres som allianse, kommunikasjon, (opplevelse av) mestring og brukervedvirkning/empowerment. Disse hoved-kategoriene utdypes nærmere og løftes opp mot tidligere forskning/ utvalgt litteratur. De ulike vilkårene kan ses som ulike variasjoner innenfor hvordan opplevelsen kan arte seg innenfor samme tematikk.

Funnene er kort gjengitt skjematisk i tabellen over. For å kunne belyse informasjonen bedre, vil jeg utdype de ulike punktene under i den rekkefølgen som er satt opp i tabellen. Jeg bruker sitater fra informantene for å belyse mer visuelt observasjoner og tilbakemeldinger de av erfaring sitter inne med.

#### 4.4.1 Kommunikasjon

«Å motivere er en kommunikasjonskunst... ofte kan pasienten oppleves så utålmodige, de løser alt så fort, og friluftslivets helsegevinster kommer ikke så fort. Pasientene er nødt til å bli med på flere turer, ha en viss kontinuitet... Jeg tror ikke vi mennesker gjør noen ting uten

en slags gevinst... Så det å motivere til og «holde ut» lenge nok til at de merker bedring.. Ja, det er en kommunikasjonskunst i form av motivering».

Informantene nevner god planlegging som et vesentlig vilkår for at pasientene blir med på turen og dermed å forhindre inaktivitet og helsefarene dette medfører. God planlegging og motivasjon er vesentlige vilkår for at turen skal bli mest mulig vellykket og at pasientene blir med på flere turer. Det er viktig å være tydelig og ærlig, i forhold til lengde og innhold når en forteller om turen/planen. Det at de blir med på flere turer jevnlig, oppleves som viktig fordi det er da pasientene kan kjenne at friluftslivet gir dem «noe» både fysisk, psykisk og sosialt. «Jeg opplever at de på en eller annen måte er vant til raske løsninger, noe som også da har ført til andre konsekvenser enn de hadde forestilt seg... Derfor bør de første tur-opplevelsene være gode. Helseeffektene av friluftsliv kommer jo ikke som noen «quik-fix». Informantene hevder at godt forarbeid for å avklare i forkant av turen og undersøke hva slags tidligere erfaring vedkommende har med turer, er en avgjørende faktor. Informantene sier at mye verdifull informasjon kan brukes som et slags «bunnteppe» for hvert menneske som blir med på turen. Dette er nødvendig for at friluftsterapeuten skal være forberedt på hva denne pasienten har av erfaring, for å tilpasse turen og rammenevilkårene rundt turen best mulig for hver og en. En pasient vegret seg for tur, og ingen forstod hvorfor. Det kom frem etter en samtale at pasienten hadde problemer med «å fly på do hele tiden» noe pasienten syntes hadde vært pinlig å nevne for friluftslivsterapeuten når pasienten ble spurt om å bli med på tur. Etter denne informasjonen ble de neste turene lagt opp i forhold til «problemet» og pasienten kunne da bli med på tur. Flere av informantene forteller at pasientene er ganske forskjellige, noen er i relativt god form og noen i dårlig form, noen sliter med angst og depresjon, noen med fysiske og psykiske abstinenser.

Disse forskjellige fasene/stadiene pasienten kommer til/i, må friluftsterapeuten ta hensyn til ved å tilrettelegge. Dette kan være utfordrende, da «tid» til forberedelse av friluftsterapi-gruppa, også kommer frem som et aspekt av betydning for å kunne forberede på en egnet måte. «Vi har jo ikke bare friluftsterapi-gruppa å forholde oss til, men er i tillegg på team med flere av pasientene, har samarbeidsmøter og daglige støttesamtaler. Ofte må vi bruke kvelder og helger for å planlegge. Noen ganger brukes også endel av fritiden på å forberede passende turer i nærmiljøet»

Flere av informantene løfter frem viktigheten av å bli mest mulig kjent med hver og en og kartlegge de individuelle forskjellene innenfor gruppa og planlegge i forhold til dette. Ved å henge opp

lapper/informasjon på oppslagstavla i god tid, kan hver og en bli forberedt på hvilken tur som kommer. Da blir turen mest mulig forutsigbar, oppi det som kan oppleves uforutsigbart. Ved å forberede skriftlig/muntlig og ved å fremsnakke/fortelle om turen, er dette en måte å få med flest mulig ut på tur. De som er litt «gruale» blir forberedt. «En har jo opplevd at gruppa er sammensatt av mange ulike personligheter, og noen kan jo utstråle mye motstand og negativitet. Dette er en kunst å komme over, da negativitet smitter». Noen av pasientene mangler utstyr og syntes det er flaut å si noe om dette. Dette er et vesentlig vilkår for å bli med på tur, å ha et minimum av utstyr. Flere av informantene trekker frem at ved å planlegge turen i forkant kan pasientene på permisjoner få tatt med seg tursko eller tykkere jakke. «Det vi personal kan ta for gitt, kan være et problem det ved hjelp av planlegging kan elimineres» sier en av informantene. En annen sier at «vi gjør det beste ut av det vi har, og bruker av det utstyret vi har, ved at noen går på ski mens noen aker, så bytter vi eventuelt på»

#### **4.4.2 Mestring**

«På mange av turene så sprenger de noen grenser og opplever mestring. Det gjør noe med dem, de får mye positivt. Og ikke minst når vi er en gjeng rundt bålet, lager mat og koker kaffe, det blir jo sånn stemning, praten går lett, så da blir det mye moro og latter. Og det er jo det dem trenger, å komme unna den alvorlige hverdagen». Det å gå over noen egne grenser, mestre noe en ikke hadde trodd en skulle klare, gir en god erfaring som kan gi gode minner. Turer som har utviklet seg til en katastrofe, har i ettertid har blitt gode minner. «En pasient som var med på en litt lengre topp-tur satte fast joggeskoen i søla, det var en skikkelig gjørmet sti etter langvarig regnvær. Pasienten fikk hjelp til å dra opp skoen av søla og sto å hinka på ett bein, mens både pasienten og friluftsterapeuten lo så tårene spruta».

Båndene styrkes og binder en sammen ved å nå toppen ilag, eller hugge ned det treet sammen for å få tak i tyri-toppen og lage bål i fellesskap. «Vil du ha folk inn i ei gruppe, må du la de få slippe inn». Dette eksemplifiseres slik: «Hvis en person blir med i friluftslivs-gruppa, så må en la vedkommende delta på lik linje med de andre. Hugger de andre ved, så fortell vedkommende at nå er det din tur». Ved å ha slike små felles prosjekter som å hugge ned tyri-topper, må en samhandle og gjøre andre ting og snakke om andre ting, enn det de til daglig driver med. Dette ser ut til innebære flere dimensjoner. Den sosiale samhandlingsbiten og fysisk mestring. Videre forteller informanten om at når de er to terapeuter på tur, kan den ene danne fortropp og den andre baktropp, som har to

hovedhensikter. Den ene i forhold til den fysiske biten, noen går fortere/saktere og i forhold til den psykiske biten hvor terapeuten kan ha muligheten til å fange opp de som ønsker og «gå alene med seg selv, og de som går alene med et ønske om å bli inkludert i fellesskapet». Man kan anta at friluftslivspraksis i ulikt miljø, gir ulike preferanser. Fjellandskapet kan muligens bidra til økt opplevelse av frihet og oversikt, mens skoglandskapet kan frembringe mystikk og undringsfølelse. Det kommer frem at denne friluftsterapi-gruppa benytter skog og mark, gapahuker, skogstjern/vann og skogstier/skiløyper i nærmiljøet, alle årstider.

#### **4.4.3 Terapeutisk allianse**

Flere av informantene hevder at behandlingsalliansen er blant det aller viktigste vilkåret for å få med noen tur på tur i det hele tatt. Hvor allianse oppleves som et resultat av god kommunikasjon.

«Pasienten er ekspert i eget liv, har master i rus og vi må gi respekt for dette og de må møtes på sin individuelle måte» Ved å fremstå som trygg og forsøke og «se pasienten der han/hun er» sier flere av informantene «er det første steget på veien». En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd. Dette er faktorer som informantene ser betydningen av og har erfart er viktig i samhandlingen med andre mennesker. En av informantene er grundig i sin utredning av erfaring i forhold til allianse, og hvor friluftsliv blir vurdert som verdifullt i dette arbeidet med å styrke båndene. Informanten sier noe om at ved å forsøke å øke selvfølelsen hos pasienten, ved å ha fokus på mestring, fremmes sosial læring som igjen stimulerer til kontakt og interaksjon. Flere av informantene løfter frem allianse og relasjon, som begreper de praktisk har et forhold til og ser nytten av. «Jeg forsøker å være lydhør, både når jeg motiverer og underveis», sier informanten og eksemplifiserer utsagnet ved å si noe om betydningen av å tone seg inn på den andre, ved bruk av øyekontakt og kroppsspråk. «De har ofte sterkt rus-sug, som tar all konsentrasjonen og jeg tenker ofte på hvordan skal jeg møte et menneske med rus-sug? Jeg har opplevd at de ønsker direkte tale og ærlighet er kjempeviktig».

Flere av informantene legger også vekt på betydningen av alliansen som middel for å nå et annet mål, nemlig fokus på å tenke fremtid, ved å bevisstgjøre tankeprosesser. Under turene tas temaer opp som hva han/hun ser for seg/har lyst til, i fremtiden og terapeuten forsøker å være lydhør og anerkjennende. Samtalen kommer mer av seg selv, mer naturlig ved å gå side om side på tur, er av terapeutisk betydning. Flere av informantene forteller at fokuset i samtalene med pasientene legges til ressurser, mestring og muligheter for endring av livsstil. En fallgrube til å få til dette, kan være

sykdom i personalgruppa hvor en terapeut må reise ut på tur alene, eller stedfortrederen/vikaren ikke har samme innsikt til alle aspektene ved friluftsterapi. Flere av informantene vektlegger også betydningen av å ikke snakke så mye, men også ha fokus på å «bare være tilstede».

#### **4.4.4 Stressreduksjon/psykisk og fysisk mestring**

Avkobling, stressreduksjon og «mental hvilepause» er erfaring informantene sitter igjen med, at de fleste pasientene får med seg etter turene i naturen. Dette viser seg rundt bålet, ved at stemningen høynes. Både pasientene og terapeutene «slipper seg mer løs». Praten går lett, og det er mye humor og latter. Humor og latter, fremkommer i settinger hvor en får oppmerksomheten bort fra en selv og hvor trygghet se ut til å være etablert. Informantene sier at erfaringsmessig for seg selv, har friluftsliv blitt brukt som en «kilde til å rehabilitere seg». Flere av informantene forteller om sin bruk av naturen som et sted å finne hvile, i å være oppmerksom og bevisst lyder, hva man kjenner, ser. Altså kan det se ut til at fokuset flyttes, når en er i naturen fra «innsiden til utsiden», ved å legge merke til formasjoner og fuglelyder. Flere av informantene fremhever egen erfaring av avkobling, ved bruk av naturen og at sansene forsterkes. «Rusmisbrukere forholder seg ofte til to følelser: Sinne og frustrasjon. Hele spekteret ellers er de ikke vant til å forholde seg til. Følelsesregistret er mer eller mindre rusa bort. Tar man ikke hensyn til dette, klarer ikke pasienten å knekke sin egen kode». Psykisk mestring blir å forholde seg til følelser og sanseinntrykk i en rusfri tilstand. Informantene forteller om at de jobber ut i fra å lytte til pasienten, utforske bekymringer, tilføre relevant informasjon, veilede om mestringsstrategier, veileder i forhold til sosial støtte og drøfte videre tiltak med behandler i spesialisthelsetjenesten, om noe av informasjonen som kommer frem er av betydning for videre behandlingsforløp.

Informantene trekker frem både at naturen og de gode opplevelsene kan brukes både som terapi og trening. De forteller også om tilbakemeldingene fra nattevaktene om at etter turdagene «sover alle». Turene legges opp slik at de skal favne flest mulig, forteller informantene. En tur de ofte utfører er at gruppa går ca. 15 min til et vann, så lages en leir med bål og de som ønsker kan gå videre til en topp. De som blir igjen kan fiske og koke kaffe, før troppen samles og en «kokkelerer» i fellesskap før en går til bilene igjen. «Frem snakker vi turene i god tid, så de skjønner at det ikke er så lange turer vi skal på, så hjelper det stort». Flere av informantene legger vekt på at når de lengre turene legges opp, benyttes to biler, slik at de som går toppturen kan bruke den tiden de trenger og de som går halvveis slipper å vente på resten av gjengen. Dermed legges noen turer opp etter både de som nylig har



ankommet avdelingen, de som bare trenger å lufte seg litt, og for de som begynner å komme seg i form både fysisk og psykisk. Samt de som ønsker en større utfordring. Informantene påpeker viktigheten av at ikke turgleden drepes ved at det er for utfordrende for de i dårlig form og at den er mer utfordrende for de som trenger og ønsker å presse seg litt mer fysisk, slik at opplevelse av mestring, gir mestringsro.

Informantene sier noe om forskjellene fra gruppe til gruppe, sett over tid. Noen pasienter som skrives ut kan ha være primus motorer for å ville være med og bidra i friluftslivsgruppa, de har opplevd mestring både fysisk, psykisk og sosialt og fremsnakker turene i fellesskap med de andre «nye» pasientene og også underveis i turene. Dette av betydning for å opprette god stemning og for å få flere pasienter med på turene ved et senere tidspunkt. Informantene løfter frem positivitet som et vesentlig aspekt ved gruppedynamikken, da positivitet og negativitet smitter. Positiviteten kommer mer av seg selv, når pasientene kommer tilbake fra tur og har mestret både fysisk, psykisk og sosialt, utfordringer de kanskje ikke hadde trodd de ville mestre.

#### **4.4.5 Brukermedvirkning/Empowerment**

Flere av informantene utdyper viktigheten av «riktig» motivasjon. I tillegg til å brenne for friluftsliv selv, hevder flere av informantene betydningen av å motivere på en lur måte, ved og «frem snakke» turen i forkant, uten å stille krav til at pasienten skal være med. Ved denne «lure» måten kommer pasienten selv frem til at «jeg vil være med». Dette er en god erfaring som fungerer bedre enn at en som personal sier at «I dag skal vi på tur og alle skal være med og nå skal vi kose oss». Flere av informantene sier noe om motstanden som naturlig kommer frem i oss mennesker, ved å ikke oppleve selv at vi har medbestemmelsesrett og autonomi. Brukermedvirkning ses på som viktig helsebringende faktor. Når en har fremsnakket turen og pasienten selv sier de vil være med, har flere blitt med på flere turer og flere har av pasientene har sagt noe om at de opplever friluftsliv som noe positivt. En av informantene ga eksempel på en pasient som kom tilbake fra tur og sa at «dette hjelper meg mye mer enn all verdens terapi».

Overtalelse inneholder momenter av subtil tvang, hvor en lokker med goder. Det kan se ut til at subtil tvang igjennom motivasjon kan slå to veier. Ved forventningen om at «nå skal vi kose oss» hvor en blir «presset» til å bli med, fører ofte til motstand. Fremfor å velge selv å bli med og da

oppleve å senke kravene til seg selv, og ønske selv å bli med på små enkle turer, ser ut til å ha betydning, en velger selv, har medbestemmelsesrett i eget liv. «Gleden så ut til å komme mer av seg selv, ved å ha medbestemmelsesrett i forhold til ønske om å bli med og lengde, altså å bidra i planlegningen». Flere av turene blir til etter forslag fra pasientene og planlegges ut ifra ønsker og behov de måtte ha. «En må etterstrebe at turene blir på pasientenes nivå», forteller informantene og brukervedvirkning trekkes frem som et viktig vilkår for å oppnå positive helseeffekter. Hvor informasjon og planlegning er vilkår for å fremme motivasjonen.

Samtidig som medbestemmelsesrett og eget ønske om å bli med er viktig, sier informantene også at «litt press på seg, tror jeg de må ha». Og nevner at de pasientene med abstinenser og de som er deprimerte, er vanskeligst å få med på tur. Flere av informantene mener det er av avgjørende betydning at også disse pasientene er med, helt i fra starten. Inaktivitet gir dårligere helse, både fysisk, psykisk og sosialt. «De kommer jo fra tåka og avrusning, det nytter jo ikke å presse på alt for mye, men klarer vi å vekke litt nysgjerrighet, samtidig som kroppen deres begynner å produsere naturlige hormoner, mens vitamin- og minerallagrene fylles opp, så kan friluftsliv kanskje bli en del av hverdagen deres».

Pasientene trenger erfaring i å være rusfri. Friluftslivsgruppa kan være med å bidra til følelsen av tilhørighet i en sosial gruppe, få nok tid og erfaring til å samhandle med andre i rusfri tilstand. Hvor opplevelsen av mestring er viktig på flere område; både den sosiale arenaen, en er med i ei «gruppe» aksepteres som den en er, samt fysisk ved å ha den nådd «toppen» en ikke trodde en kunne klare, men som en har valgt selv å skulle nå. «Empowerment kan ses på som en prosess som handler om å gå fra avmakt til makt eller fra skam til stolthet» Erfaringene fra friluftslivsterapi-gruppa er at grunnleggende tro på menneskets ressurser, evner og rett til deltagelse, gir trygghet til «å være seg selv» Denne erfaringen gir grunnlag for at de som ikke er vant til å uttale seg, tør å snakke og blir faktisk hørt på også av de som ikke har vært vant til å lytte. Denne sosiale opplevelsen er en form for mestring, da flere av deltakerne har trukket seg bort fra fellesskapet, og hatt følelsen av å ikke «passe inn».

Brukermedvirkning er en prosess, hvor god kommunikasjon og friluftsliv gir gode arenaer for samhandling. Det brukes et «hverdagsspråk» som alle i gruppa deler «vi snakker ikke fagspråk»

Respekt løftes frem som viktig. «Viser vi en person respekt, da kan vi ansvarliggjøre personen. Vi kan spørre «hvordan ønsker du å ha livet ditt?» Så kan vi lytte til svaret og spørre direkte «Hva vil du gjøre for å få til det?» Da kan vi sammen få til å reflektere rundt egen livssituasjon». Disse samtalene forteller informantene at de kan få til langs en tursti eller ved siden av hverandre sittende på en stubbe.

Informantene sier noe om forskjellene på brukermedvirkning og empowerment. Empowerment forstås i forhold til å gi makt eller autoritet, mens brukermedvirkning på individnivå kan være ulike faser i en prosess. «Empowerment fokuserer på innflytelse og medvirkning mer direkte, ved å gi en person medbestemmelsesrett i saker som angår dem selv og som er viktig i deres liv, dette ser ut til å være mer virkningsfullt enn at «saker og ting» bare tres nedover hodet på folk».

## **5.0 DISKUSJON**

Jeg vil bygge opp diskusjonen basert på de samme punktene som er angitt ovenfor i resultatdelen for å fremheve de ulike funn tydelig.

### **5.1 Kommunikasjon**

«Kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre- å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte» (Eide og Eide, 2007, s.12). Dette sitatet fremhever at anerkjennelse handler om en holdning mer enn at det er noe vi aktivt gjør, og at anerkjennelse er kjernen i kommunikasjonen. I møtet med mennesker som sliter med psykiske vansker og rusavhengighet, handler dette om å anerkjenne den måten de velger å fremstille seg selv og ulike hendelser på. Dette er i tråd med hva Aamodt (2005, s.143) som hevder at «Anerkjennelse er ikke noe vi først og fremst sier eller gjør». Heller er det slik at anerkjennelse uttrykker en holdning der respekten for det andre mennesket og hans eller hennes opplevelser er grunnleggende (Aamodt, 2005). Friluftsterapeutene trakk frem at det å ha gode rollemodeller fremmer mestring og gir økte erfaringer i forhold til å være sammen med andre mennesker og terapeutene har fokus på beskyttelsesfaktorene som salutogenese i friluftsterapien som bedrives (Antonovsky, 1987). Henriksen og Aarflot (2004) sier at trygghet er knyttet til å føle seg ivaretatt. De sier videre at for å føle seg trygg må det ikke være noe grunnleggende truende i situasjonen de befinner seg i, eller at en ikke fester all oppmerksomheten på

det som er ukjent i situasjonen. Å være trygg er det motsatte av å være redd. Dette er i tråd med hva informantene hevder de fokuserer på som viktig vilkår for å få til positive helseeffekter. De sier at det handler om å vinne tillit, men også vise tillit. «Hvis du vil ha noen med i en gruppe, må du la vedkommende slippe inn i gruppa. Hogger de andre ved, så gi pasienten og en øks». Dette eksempelet viser at friluftsterapeuten klarer å romme den følelsen av å ville være med inn i ei gruppe, samtidig som friluftsterapeuten inviterer pasienten inn, ved fysisk å gi pasienten ei øks. På denne måten kommer pasienten mer naturlig inn i gruppa, og pasienten gis tillit til å håndtere øksa på ansvarlig vis. Flere av informantene la også vekt på at det er det samme faste personalet som er i friluftsgruppa og at det personalet som er i friluftslivsgruppa er med fordi de er glad i og har kunnskap om friluftsliv selv. Henriksen og Aarflot hevder at tillit kan føre til trygghet på sikt. Det er en av grunnene til at det å utvikle et personlig forhold som ivaretar tillit, er viktig for å skape muligheten for trygghet.

Det å være utrygg kan i følge Beston (2003) kjennes som en indre angsttilstand. Det kan derfor være vanskelig å kjenne seg trygg fordi mange har opplevd ustabilitet og utrygg tilknytning eller krenkelser tidligere i livet (Kirkengen, 2015). Det er viktig slik sitatene fra informantene belyser, at personalet tilrettelegger betingelser og gode rammer for å etablere mest mulig trygghet. Gode rammer er vilkår informantene trekker frem, knyttes til to hoved-dimensjoner; den indre i forhold til trygghet og forutsigbarhet i forhold til planlegging og forberedthet for pasienten. Den ytre i forhold til at avtalte turer gjennomføres uansett, selv om de kortes ned noe i forhold til vær og føre, samt sykdom i personalgruppa. Flere av informantene hevder at det å reise to personal på tur, hvor den ene har ansvaret for fortroppen og den andre har ansvaret for baktroppen er viktige vilkår for å gjennomføre en god tur med positive helseeffekter. En av informantene forteller om en episode der en pasient fikk vondt i brystet. Hvor ett personal var sykepleier og tok seg av pasienten, mens det andre personalet tok seg av de andre. Det viste seg at hjerteproblemet var angstrelatert, men uten trygghet, kunnskap og ro i fra personalet, kunne angsten ha eskalert.

Guthire og Guthire (2002) sier at for å oppnå trygghet trengs emosjonell støtte, spørsmål må besvares ærlig og fordommer må byttes ut med oppdatert kunnskap. Informantene legger vekt på at det er viktig å oppnå et godt tillitsforhold til pasientene, at trygghet er grunnleggende for å få til «noe som helst». Friluftserapeutene legger vekt på at pasientene er i sårbare faser, og at på tur er det ikke mengden av informasjon, men mer den «tause» kunnskapen som utsondrer trygghet. At turen i seg

selv skal være en tid for å i fred og ro fordøye «det som skjer». Det legges vekt på fra informantenes side at omsorgsfullt medmenneskelig forhold er viktige vilkår for å oppnå gode helseeffekter av friluftsliv. Humor og latter nevnes som virkemiddel som tas i bruk rundt bålet, hvor det ser ut til at en senker skuldrene og «bare er» en stakket stund.

## 5.2 Mestring

Folkehelsearbeidet handler om å redusere risiko for sykdom og om å fremme livskvalitet og trivsel, for eksempel gjennom deltakelse i sosialt felleskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring (St. meld. 19, 2014-2015). Et stort antall misbrukere har psykiske lidelser i tillegg til rusmisbruksproblemene. På den ene siden er psykiske lidelser ofte en medvirkende årsak til at individer begynner å misbruke rusmidler, og på den andre siden vil rusmiddelbruk ofte utløse forverrede psykiske lidelser. Derfor hevder informantene at ved å få motivert med folk ut på tur, vil en forebygge inaktivitet, sove om natta, bli med inn i ei sosial gruppe og oppleve mestring både fysisk, psykisk og sosialt. Noe som bidrar til at behandlingseffekten kan oppnås fra flere og hold, noe som bidrar i «riktig retning».

Opplevelsen av psykisk mestring er nær knyttet til graden av utfordring, som må være passende i forhold til de ressurser personen har til rådighet. Det handler i like stor grad om å ta i bruk de ressursene en har, som hvor mye ressurser man objektivt sett har. Det viktige er opplevelsen av å kunne påvirke eget liv, Hvor sosial støtte ser ut til ha avgjørende betydning for opplevelse av mestring.

Effekten av fysisk aktivitet er som beskrevet ovenfor, godt dokumentert. Her er fysisk aktivitet et alternativ til de tradisjonelle behandlingsformer. Gunstige virkninger av fysisk aktivitet er godt dokumentert (Martinsen, 2011). Mennesket var opprinnelig jeger og samler, og frem til vår tid har de fleste vært avhengige av fysisk arbeid for å overleve. Moderne vestlig livsstil, som for mange medfører fysisk inaktivitet, er usunn og unaturlig, og dette får helsemessige konsekvenser.

For noen av deltagerne representerte turene en fysisk utfordring, mens andre fikk erfare at de kan klare mer krevende turer. Erfaringen friluftsterapeutene løftet frem, var at det å delta på noe nytt og ukjent der man ikke er sikker på om man kommer til å mestre, var en utfordring for mange. Det kom også frem at flere av deltagerne trengte oppmuntring til å prøve nye turalternativer. Erfaringen viste

også at det var nødvendig med to friluftsterapeuter, selv om gruppen var liten. Noen av pasientene engster seg i forkant av turen for om de vil klare å gjennomføre en tur. Den mestringserfaringen informantene ga inntrykk av at flere pasientene har både vist og sagt, er at pasientene fikk tro på at de kunne gjennomføre flere og mer krevde turer.

Den sosiale mestringen ved å knytte bånd, ser ut til er av positiv betydning. At friluftsterapi ledes av terapeuter som har kunnskap om friluftsliv og kan bruke naturen i forskjellige sammenhenger. Kjenner til turområder og har gode mål for turene og kan bidra med kunnskap for å planlegge varierte turer, ser ut til å være betydningsfullt i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk, både helsemessig og i en sosial setting. Flere av informantene løftet frem at flere av pasientene knyttet sosiale bånd med hverandre på kryss og tvers av avdelingene og på spørsmål de hadde stilt pasientene hadde mange sagt noe om at mosjon var viktig, men muligheten for å få til et sosialt miljø var viktigst. Bedringsprosesser kommer av og til av seg selv, de påvirkes av sosiale omgivelser og mange blir bra av riktig behandling. Profesjonell behandling ses på som viktig (Helsedirektoratet, 2010).

Borg og Tupor (2003) har intervjuet mange med psykiske lidelser og peker på følgende faktorer som sentrale i en bedringsprosess: «Håp, annerkjennelse av brukerens egne planer, åpenhet for at det er mye som kan hjelpe, ikke bare profesjonelle instanser, materielle forhold som penger, arbeid, hjem. Bevissthet på roller, samt maktforhold både i samfunnet generelt og innen helse- og sosialtjenesten spesielt» Dette er i tråd med hva friluftsterapeutene hevder de av erfaring kan si noe om ved å ha et «her og nå fokus» oppleves de som mer tilgjengelig. Ved å være støttende og tilstede kan individuelle samtaler hvor refleksjon og nye tanker tenkes, kan føre til å oppnå innsikt og forståelse, gjennom friluftsterapi. Sett i lys av Antonovsky (1987) hvor bevisstgjøringsprosessen, kan føre til opplevelse av sammenheng, hvor endringen er resultatet. Flere av pasientene forteller om et liv i ensomhet, en følelse av å være utenfor som har ført til sosial tilbaketrekning og brutte relasjoner. I friluftsterapi må en samarbeide om enkle oppgaver og gradvis åpne seg opp for hverandre. En har et «her og nå» fokus og det legges inn nøye planlagte utfordringer som skal tilpasses den enkelte, slik at fysisk og psykisk trygghet ivaretas.

Det er lansert mange hypoteser som forsøker å forklare hvordan man kan påvirke den mentale tilstand med fysisk aktivitet, men den vitenskapelige dokumentasjonen som underbygger dem er begrenset (Martinsen, 2011).

### 5.3 Terapeutisk allianse

Forskning viser til at behandlingsalliansen ikke er et mål, men et virkemiddel for og nå et mål og for å etablere allianse bør pasienten oppleve at terapeuten har forståelse, respekt og empati for hans eller hennes problem og livssituasjon (Norcross & Lambert, 2011). Informantene løfter frem viktigheten av å vise pasienten respekt. Respekt er innenfor kommunikasjonen viktig både verbalt og nonverbalt, som kan resultere i en form av å oppnå en allianse. Informanten hevder også at pasienten på sin side, bør vise respekt for hans/hennes kompetanse og mulighet til støtte, altså ser det ut til at det da dannes en slags balanse i relasjonen de utvikler. Pasienten bør vise interesse og være motivert for å gå inn i problemet. For så å reflektere høyt for, dette for at pasienten skal få nye tanker, som kan være å bidra til bedring/endring. Her eksemplifiserer informantene at ved å vise en person respekt, kan vi ansvarliggjøre, i form av direkte spørsmål om hvordan «du» ønsker å leve livet, og hva kan «du» gjøre for å få dette til. utfordringen ligger i å finne den rette balansen mellom å stimulere og avpasse krav og forventninger til pasienten, og samtidig være ærlig.

En fallgrube i alliansen kan være at terapeuten i friluftsterapi-gruppa motiverer pasienten til å bli med på tur og pasienten ikke opplever «umiddelbar virkning» av friluftsliv. Det er et ønskelig mål at inaktive begynner å mosjonere, gjentagende, da dette kan ha positiv effekt også biokjemisk.

Konsentrasjonen i blodet av endorfiner, kroppens egenproduserte, morfinlignende stoffer, stiger under fysisk aktivitet. Ved depresjoner reduseres hjernens innhold av serotonin og noradrenalin. Dyreeksperimentelle studier har vist at fysisk aktivitet øker hjernens innhold av disse stoffene, og man har tenkt at det samme kan skje hos mennesket (Martinsen, 1998/2000). Denne forskningen viser til at en må være fysisk aktiv over en viss periode for å få positiv helseeffekt. Da trenger pasientene å være tålmodig, og mange oppleves som utålmodige. Informantene løfter frem at den sosiale evnen synes å komme mer frem etterhvert som pasientene blir trygge i gruppa, og at dette ser ut til å bidra grunnleggende for å få i gang kjeder med positive helseeffekter peker på at utendørs aktiviteter fungerer spesielt bra som sosial trening, men valg av egnede rekreasjonsaktiviteter må skje med omsorg (Miljøverndepartementet, 2009). Dette er i tråd med hva informantene sier noe om i forhold til den individuelle tilpasningen til pasientens motivasjon og interesse, hvor hovedvekten

ikke legges på resultatet, men på prosessen. Hvor informantene løfter frem betydningen av at settingen skal oppleves som avspent og ikke truende, ved bruk av humor og sosial evne til og «se mennesket der det er» som en av informantene løftet frem. Som sitatene viser, har mennesket lenge intuitivt kjent den nære sammenhengen mellom fysisk aktivitet og sinnets helse. I dag er denne kunnskapen viktig, da store epidemiologiske undersøkelser fra USA har vist at om lag halvparten av befolkningen en gang i livet vil få en psykisk lidelse, og omtrent 30 % vil til enhver tid ha en slik lidelse. Enda flere vil få stressreaksjoner og psykisk besvær. Forholdene i Norge er sannsynlig ikke så mye forskjellig fra det man har funnet i USA. Problemets omfang gjør at helsevesenet ikke kan hjelpe alle. Mange går ubehandlet og det er stort behov for enkle strategier som folk selv kan benytte for å mestre sine plager på en bedre måte. Fysisk aktivitet har vært lansert som en slik metode (Kessler, et. al 1994).

Shibbye (2009) tar for seg subjekt-subjekt-synet der det er av stor viktighet at vi fokuserer på hva den andre føler, at vi setter oss inn i deres syn på sin egen situasjon. Hvordan pasienten opplever «smerten», som Shibbye beskriver. Rammene rundt alliansen skal ifølge Kåver (2012) være trygghet og tillit. Dette sier informantene endel om og det kommer tydelig frem at for å få til noen tur i det hele tatt, må allianse og en viss grad av trygghet være etablert. I følge Shibbye blir individet et selv sammen med andre, og dette selvet kan både utvikles og feilutvikles i relasjoner (Shibbye, 2009). På turene må de forholde seg til andre, og på denne måten «tvinges» de til å samhandle med andre mennesker. Informantene løfter frem betydningen av at dette kan ses på en utfordring for mange, da flere av pasientene har isolert seg over lengre perioder. Informantene trekker frem både skam og sosial angst som årsaker til at flere av pasientene har trukket seg vekk i fra andre mennesker og at trygghet og forutsigbarhet er vilkår de har erfart er viktig for å få til en begynnende sosialisering i gruppa.

Stern (1985) beskriver at opplevde problemer i relasjoner med andre særlig tidlig i livet, kan «ødelegge» selvbildet. Sårbarheten pasientene kan bære på kan da være lagret i minner og forsterkes ved lignende opplevelse. Sett i lys av Antonovsky (1979), Sence of coherence, vil opplevelse av sammenheng danne grunnlag for om vi møter situasjonen med aktiv eller passiv handling. Lav opplevelse av sammenheng vil kunne gi en følelse av oppgitthet eller håpløshet. Ved en høyere opplevelse av å se sammenhenger vil kunne gi en holdning der det er en logisk forklaring til det som skjer og at en sikkert kan gjøre noen tiltak selv, som kan påvirke utfallet. Det kan derfor se ut til at



denne grunnholdningen som er i tråd med Antonovsky, kan være sentrale begreper i forhold til håp og mestring i eget liv. Flere av informantene løftet frem betydningen av å søke frem til aktiviteter og områder innenfor friluftsliv som passer den enkelte og dermed kan gi ønskede helseeffekter. Er ikke dette ivaretatt, kan effekten i verste fall utebli, eller virke mot sin hensikt. I tråd med Antonovsky (1987) er fokuset i friluftsterapi, på det friske hos pasienten og ikke det syke.

Flere livsløpsstudier viser så langt at god mestring kan knyttes til tre store blokker av beskyttende faktorer. Den første blokken er knyttet til selvbilde og selvtillit, og at en har tro egne ressurser og evner. Den andre blokken er knyttet opp til familieklimaet man har vokst opp i og det familieklimaet man velger å føre videre i livet. En familie som fremmer mestring karakteriseres ved godt samhold, nærhet, god konfliktløsning og rom for positive og negative følelser. Den tredje blokken knyttes til det øvrige nettverket, om man har nære venner og et sosialt nettverk som man føler gir god støtte (Friborg, 2004) Noen klarer seg bra, tross dårlig utgangspunkt. Enkelte kaller dem «løvetannbarn». Disse barna er imidlertid ikke i flertall og det betyr ikke at de er psykisk upåvirket i sitt voksne liv av det de har opplevd. Anna Luise Kirkengen (2015) hevder i sin forskning at krenkelser tidlig i livet kan føre til forskjellige helseproblemer senere. Langvarig overbelastning av de systemene i kroppen som skal sikre livskraft og helse, blir vesentlig for å få vite og forstå. Når ingen spør, forteller pasientene sjelden av seg selv om det vonde de har opplevd, de skammer seg, hevder Kirkengen. Hun er opptatt av livserfaringene som helt sentrale for fysiske plager, da hun tar utgangspunkt i at vi mennesker kroppsliggjør livshistorien vår. Dette er i tråd med hva terapeutene i friluftsgruppa sier noe om i forhold til at pasientene har kommet med tanker og opplevelser, skamfølelse og ønske om endring.

Ifølge erfaringen informantene sitter inne med, kommer vilkår som god informasjon og engasjement frem som viktig i forhold til å lede en friluftslivsgruppe. Hvor tilrettelegging er vilkår innenfor planlegging. Det kan se ut til at planlegging har flere dimensjoner. Flere av informantene løfter frem viktigheten av å være to personal tilstede under turen både planleggingsmessig, samt i forhold til allianseaspektet. Da det er lettere å fange opp og forebygge eventuelle hendelser, samt skape trygghet, når en er to terapeuter på tur. Dette er i tråd med hva Segelsten (1994) mener at kontrolltrygghet handler om. Det å vite hvordan ting er og hva det gjelder. Hun sier det handler om å kjenne sin egen og andres roller, og hva en kan forvente av seg selv og andre. Det handler om å beherske ulike situasjoner. Når en opplever kunnskaps- og kontrolltrygghet ved at en mestrer

situasjonene, er den truende situasjonen ikke lengre så farlig. Dette er i tråd med hva flere av informantene sier noe om i forhold til at når pasientene har blitt med på en tur, blir de som oftest med på flere.

Segesten (1994) påpeker at informasjon, bekreftelse og kunnskap er faktorer som gir kunnskaps- og kontrolltrygghet. Dette er også vilkår informantene i intervjuene forteller er viktige for å få til positive psykiske helseeffekter for pasientene som deltar på de ulike turene. Segesten sier noe om at for å oppnå trygghet er det også viktig å vite at personalet har den nødvendige ekspertisen og kunnskapen og kan samhandle med mennesker på en god måte. God måte ses på som et vilkår også flere av informantene sier noe om i forhold til respekt for pasienten, ved å sette seg inn i pasientens historie og på denne måten kunne legge opp turer som er tilrettelagt best mulig for hver og en. Her kommer eksempelet om pasienten som måtte «fly på do hele tiden» og som etterhvert ble med på turer, da personalet la opp til turer i friluft med doer i nærheten. Personer som gir trygghet beskrives som rolige, varme, snille og sikre, de utstråler trygghet, kjenner seg selv og har en trygg hverdagsstemme. Relasjonstryggheten bygger på kongruens, mellommenneskelig varme og fysisk berøring (Segesten, 1994).

For å kunne drive en friluftslivsgruppe, må en som terapeut først og fremst få en relasjon med pasienten, en interaksjon, en kobling, sier flere av informantene under intervjuet. Kongruens blir nevnt som et viktig vilkår for å få til gode positive helseeffekter av friluftsliv. Det kan se ut til at informantene har et engasjement utenfor rammene i forhold til å planlegge turer, også på fritiden. Denne kongruensen kan være «noe» pasientene opplever som autentisk/ekte. Friluftsterapeutene ønsker oppriktig at pasientene skal få en best mulig friluftsopplevelse. Dette er i tråd med hva Rogers (1957) hevder at for å få til en allianse med pasienten må empatien ligge som et bunnteppe, samtidig som positiv aktelse gir en trygg ramme. Ser man i forhold til resultatene av vilkårene som utpeker seg, kan vi trekke frem betydningen av at terapeuten ikke bare bør være, men må være en kongruent person. Dette ses ved øyekontakt og inntoning og rolig ramme/kroppsholdning, engasjement og en ærlighet i ordene som utforsker oppriktig hvor pasienten er nå. Sett i lys av Kåver (2012) hevder hun at allianse kan ses på som en kommunikasjonsdans.

For å utøve empatisk kommunikasjon hevder Brudal (2006) at vi selv må vike plassen og gi den andre hovedrollen, dersom terapeuten setter seg selv til hovedperson kommer vi med en assosiasjon

til egen opplevelse, vi trøster (sympati i stedet for empati) og vi tror vi vet hva den andre spør etter. Dette kan være en fallgrube i forhold til refleksjon. Har vi svaret på det meste blir det ingen å dele tankene med og det blir liten grobunn for nye tanker å komme til. Empati i praksis handler om å ta del i den andres virkelighet og å stimulere til å lytte til fortellingen denne har. Istedenfor slik en selv har erfart i praksis, at vi gir råd uten å være spurt om råd og å belære. Brudal (2006) hevder at refleksjonen gir styrking av psykisk helse, som gjør oss istand til å se nye sammenhenger i livet, forstå det som skjer. Antonovsky vektlegger viktigheten av å oppleve sin situasjon som forklarlig. Gjennom forståelsen av det som skjer med oss gis mulighet til å mestre. Brudal (2006) skriver også at vi må forstå for å mestre. Når vi mestrer kan vi finne mening og mening skaper sammenhenger i livet. Når dette ses i lys av Antonovsky (1979), at føler jeg mening kan jeg engasjere meg, noe som bevarer autonomien innenfor rammer.

Pasientene i friluftslivsgruppa har i følge informantene kommet med tanker og opplevelser, skamfølelse og ønske om endring. Terapeuten sier da noe om at de har lyttet og tonet seg inn etter der hvor pasienten har vært. Dette er i tråd med hva Stern som sier noe om viktigheten i at terapeuten toner seg inn, slik en mor toner seg inn på sitt barn, både verbalt og non-verbalt (Schanche, 2006). Terapeuten må være kongruent i kommunikasjons-dansen som Kåver (2012) beskriver. Når pasienten har hatt skamfølelse i forhold til for eksempel å måtte «fly på do hele tiden», har terapeuten oppmuntret til å ta bli med likevel og vist respekt ved å legge tur-ruta opp på en annen måte (med do mulighet) slik at pasienten selv har valgt å bli med. Utgangspunktet en endring av en avhengighet, men friluftsterapeuten må romme så mye mer. En av informantene sier at «en å prioritere det «synet» at «endring må styres av den som eier problemet». Dette er i tråd med hva Brumoen (2007) hevder at «endringsarbeidet starter i personens forståelse for hva som styrer problemet, og hvordan det kan kontrolleres». For å få dette til må terapeuten få en allianse med pasienten. Kunnskapsbasert erfaring igjennom livet har vist terapeuten at man da må tilstrebe «å møte den andre der hun eller han» sett i lys av Kierkegaard (1991). Dette sier flere av informantene noe om da de nevner at de opplever at pasientene får en slags «pause» i fra problemene og rundt bålet er det mye humor og latter.

En kan også tenke seg ut i fra det vi vet om pasientene i rusomsorgen, at de har opplevd overveldende møte med kriser i livet, og en opplevelse av å ha lite muligheter til å påvirke det som skjer. Dette kan føre til noe som etterhvert kan skape lite pågangsmot og liten evne til å se nye

muligheter, i møte med nye utfordringer. Det «baller» på seg, og mestringsevnen som vi kan se i tråd med Antonovsky sin holdning, blir lav (Antonovsky, 1979). Trekker vi inn elementer ifra tilknytningsteorien kan en tenke oss at dersom forventningene stadig har vært for lave i barndommen, blir ikke barnet vant til og mobiliser nok krefter til å strekke seg etter oppgavene. Dette kan i følge Antonovsky (1979) føre til at barnet ikke får nok mestringserfaring og på denne måten heller ikke får nok mot til å påta seg større oppgaver. Mestringserfaring er et viktig vilkår i friluftslivsgruppa, alle informantene sier noe om at de ser pasientene «strekker seg» enten i forhold til lengde, eller i forhold til og «tørre», da flere sliter med sosial angst. Stern hevder i sin forskning betydningen av hvordan terapeuten møter pasienten, og at det er helt avgjørende for forandring (Fonagy et.al, 2006). Dette er i tråd med det informantene hevder de har erfart, hvor terapeuten ydmykt toner seg inn mot pasienten for å lytte og løfte frem elementer hun tenker er viktige for å både reflektere over sammen med pasienten, i håp om at nye tanker kan utvikles hos pasienten, samtidig som pasienten får anerkjennelse.

Personer med skamfølelse viser at de fokuserer på egne følelser og ubehag, noe som hemmer deres kapasitet for empati (Howe, 2013). Skamfølelsen blir uttrykt eller utløst på en annen måte enn andre følelser. Mens man f.eks ved sorg kan bruke gråt som uttrykksmiddel for å lette på følelsen. Aksept og sosial kontakt er blant virkemidlene som kan være helende ifht skam (Benum, 2006). Kåver (2012, s. 87) skriver også at terapeuten må huske på dobbeltheten hos pasienten. De er redde for forandring, samtidig som de er redd for *ikke* å oppnå den. Føyn & Shaygani (2010) skriver at ruspasienter som ønsker å bli rusfri vil føle skyld og skam som de så vil projisere ut på omgivelsene. Føyn & Shaygani sier også at rus i psykodynamisk forståelse er en måte å unngå truende følelser og behov på, og mental aktivitet viser til den underliggende forbindelsen med det ubevisste. En kan tenke seg at terapeuten i samtale med pasienten kjenner på motoverføring. Føyn hevder at terapeuten bør spørre seg hvilke affekter er i sving her nå? Hva inviterer den meg til å gjøre nå? Hva handler dette om? Føyn sier noe om at terapeuten også bør akseptere og anerkjenne sine egne følelser og reaksjoner på motoverføringen. Cullberg (1999) hevder at splitting er dypest sett en slags fragmentering av psykens innhold, hvor splitting opprinnelig beskytter oss mot angst forbundet med ustabile og uforutsigbare relasjoner, tidlig i alder, men og senere i livet ødelegger denne beskyttelsesmekanismen for individet. I følge Cullberg er formålet med denne mekanismen å opprettholde et sammenhengende selv, samt unngå den fragmenteringen som oppstår når negative, overveldende impulser truer personens selv og opplevelsen av tilværelsen.

Mentalisering handler om vår evne til å forstå oss selv innenfra og andre utenfra. Dette var noe informantene hevder de forsøkte underveis i den empatiske tilnæringsmetoden, å løfte frem ved å reflektere underveis. En bør ha som mål å styrke pasientens tro på at de kan gripe inn og styre situasjonen selv (Cullberg, 1999). Informantene sier noe om at en vanlig erfaring de har opplevd er at pasientene sover bedre etter regelmessige turer med friluftsgruppa. Den sikreste virkningen er en følelse av velvære etter avsluttet trening (Doynes, et al., 1987). Forsøk har vist at man kan oppnå omtrent samme reduksjon av muskelspenning ved fysisk trening som ved å bruke muskelavslappende medikamenter (Vries, 1968).

Tordson (2010) påpeker hvordan fortolkningen av denne utvalgte informasjonen er avhengig av vår sosiokulturelle bakgrunn, altså det samfunn vi er vokst inn i. Han hevder at denne kulturelle ballasten er med på å styre hva slags meningsinnhold vi er tilbøyelige til å tolke inn i våre sanseinntrykk. Informantene sier noe om at det er ikke alle vi får med oss på tur. Noen er negative og projiserer dette ut til de andre, og at nettopp dette fenomenet er det mest utfordrende å møte, i møtet med pasienten.

## 5.4 Stresshåndtering

Stress aktiverer det sympatiske nervesystemet som produserer stresshormonene adrenalin, noradrenalin og kortisol. Disse hormonene er den fysiske reaksjonen som skjer i kroppen for å forberede en krise, som Kirkengen (2001) refererer til i terroribakgrunn/innfallsvinkel kapitlet. Årsaker til rusmiddelvansker er multiple og komplekse, samt en blir et offer for stress (Lossius, 2012). Sett i lys av hva informantene forteller at de gjør i friluftsterapigruppa i tillegg til turene, ser det ut til at de jobber ut i fra en stress-mestring-sosial-støtte-modell, basert på fem trinn. «The stress-strain-coping-support model» (Lossius, 2012 s. 418). Hvor første trinn omhandler å identifisere stress, ved å beskrive livssituasjon. Her ser det ut til at allianse og trygge rammer er av betydning for å komme videre til neste trinn som er å tilføre relevant informasjon og veilede i forhold til mestringsstrategier og gi sosial støtte. Generelt sett ser det ut til at å ha fokus på mestringsstrategier og mestring handler om menneskers evne til å forholde seg til de påkjenninger og utfordringer en møter i livet (Lossius, 2012).

## 5.5 Brukermedvirkning/empowerment

Det er en klar sammenheng mellom følelser og makt, i følge Starrin (2007). Empowerment har en emosjonell side, som omhandler energi, stolthet og skam. Emosjonell energi innebærer følelser om hva som er rett og galt, hva som er moralsk og umoralsk. Mennesker som er fulle av emosjonell energi føler seg gode og verdifulle, mens mennesker som har lite energi ofte føler seg usikre og mislykkede (Starrin, 2007). Dette er i tråd med hva informantene sitter inne med av erfaring de har gjort seg i forhold til friluftsterapi-gruppa. Hvor maktesløsheten over å ikke mestre eget liv, ikke kunne delta i en gruppe, ikke føle seg akseptert i et samfunn og være i en situasjon hvor en er avhengig av hjelp. Undersøkelser viser at opplevelsen av avmakt forsterkes etter hvor avhengig man er av hjelp (Sigstad, 2004). Friluftsterapi-gruppa la stor vekt på samarbeidet i gruppa som viktig for hver enkeltes trygghet og personlig utvikling. I selvbestemmelsesteorien, som ble lansert av Deci og Ryan (1985), blir internaliseringen betraktet som en motivasjonsprosess der reguleringen omformes fra ytre til indre.

Internasjonaliseringsprosessen blir motivert av grunnleggende psykologiske behov for kompetanse, tilhørighet og autonomi. Dette kan ses som en funksjon av at den sosiale sammenhengen er støttende, i motsetning til hindrende eller «pressende». Pressende i form av at en må følge internaliserte regler eller ordre som presser folk til å oppføre seg på en bestemt måte eller i en bestemt retning. Deci (1995) hevder at denne reguleringen ofte kan være understøttet om trusler om sanksjoner eller utlovet belønning om en oppfører seg på en spesiell måte eller følger internaliserte regler. Selv om pasienten tilsynelatende kan være med på tur, men har følt seg «presset» er ikke introjeksjons regulering en del av selvet, og slik regulering anses i følge Deci ikke som selvbestemmelse. Identifisert regulering oppstår når pasienten har verdsatt en oppførsel, og har identifisert og akseptert dens underliggende prosesser. Pasienten får en følelse av større valgmulighet og er mer villig til å utføre aktiviteten. Oppførsel som er regulert på denne måten blir betraktet som mer autonom eller selvbestemt oppførsel som er regulert av ytre regulering. Dette hevder Deci (1995) kommer av at identifikasjonen tillater pasienten å føle en anelse av valg eller frivillighet i forhold til aktiviteten. Deci belyser også sammenhengen mellom å være autonom-støttende og å være ettergivende. Han presiserer at tilretteleggelsen for autonomi må skje i en kontekst som inkluderer struktur, adekvate mål og grensesetting, som bidrar til internalisere ønsket adferd (Deci, 1995). Sett i lys av informantenes erfaring blir det stadig tydeligere at brukermidvirkning og økt

autonomi er en vei å gå i forhold til større valgfrihet, mer selvinitiert handling og større personlig ansvar.

Friluftstherapiegruppen hevder turene de gjennomfører er uten bruk av store økonomiske ressurser. De planlegger og gjennomfører aktiviteter i naturen som bidrar til å holde kostnadsnivået lavt, samtidig som innholdet er variert og tilrettelagt. De reiser ikke så langt, men bruker naturen i nærmiljøet. Friluftsterapeutene vektla at turene kan være en inspirasjonskilde pasientene kan videreføre etter utskrivelse, da mange har dårlig råd. Dette er i tråd med Martinsen (2011) som hevder at mosjon er enkelt billig og lett tilgjengelig tiltak, samtidig som det er effektivt i behandling og forebygging av psykiske lidelser, og at dette da kan være viktig for folkehelsen.

## 6.0 AVSLUTNING

Frafallsprosenten i rusbehandling er høy. Over halvparten av pasientene dropper ut underveis. De som derimot gjennomfører behandlingen klarer seg jevnt bedre etterpå viser forskning (Brorson, et al., 2013). Det er også blitt forsket på hvilke risikofaktorer som får pasienter til å droppe ut. Det som overrasker mest er at nesten ingen av studiene har undersøkt om pasientene avbryter behandlingen på grunn av forhold ved behandlingsopplegget.

Erfaring viser at flere av våre pasienter forteller at det er «enkelt» å være rusfri inne på institusjon, med faste rammer og oppfølging. Mens det er etter utskrivelse, «jobben» begynner. Flere av pasientene sier noe om at lite penger, tynt sosialt rusfritt nettverk, vanskeligheter med å få jobb - da CV er full av huller, samt minimalt med meningsgivende aktiviteter å fylle dagene med, er sårbare feller i en ny og utfordrende fase i livet. Behovet for dokumentasjon i helseinstitusjoner for å få implementert friluftsliv som en del av behandlingen, ses på som betydningsfullt. Vi trenger å vite mer om hva som er tilstrekkelig eksponering for å oppnå gode helseeffekter.

Målet med friluftsterapi er å bevisstgjøre deltakerne på egne tankemønstre, påvirkning fra andre, samt egne ressurser og kvaliteter. De nye innsiktene tenkes overført til andre arenaer i pasientens liv, slik at disse får en verdi utover det som isolert sett foregår i friluftsgruppen. Kan friluftsterapi være med å bidra til at en holder seg rusfri også utenfor institusjonens rammer. Ved å bli «rusa på livet»?

Kommunikasjon er en kunstform, som ser ut til å være fundamentet i samspillet mellom mennesker. Erfaring fra egen praksis viser at det er krevende å møte et menneske der det er. Å lære bort strategier for å endre vaner i forhold til rusproblematikken, både ved individualterapi og ved bruk av friluftsliv, kan ses på som bare en liten bit av den store «kaka», noe som stiller store krav til terapeuten.

Slutten er ikke slutten, for å si det med Shibbye: «Å avslutte med undring er og fremover mot det nye. Det ser ut til at menneskets psyke motsetter seg en konkluderende, endelig slutt» (Shibbye, 2009).



Denne masteroppgaven har vært en lærerik og strevsom «reise». Nå ser jeg frem til å sette på meg støvler og sekk, og bare være meg i naturen.

## **6.1 Konklusjon**

Opphold i natur kan se ut til å styrke vår evne til tilstedeværelse og stressmestring, både teoretisk og erfaringsmessig. Friluftsterapi synes å være en allsidig arena for å kunne utøve og få helsefremmende effekter, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er samtidig et verktøy i arbeidet med mennesker med utfordringer som er meget kostnadsbesparende. Som det fremkommer i en tidligere omtalt rapporten, er at naturen er gratis og døgnåpen (Miljøverndepartementet, 2009).

Helseeffektene tilkommer nødvendigvis ikke bare pasientene, også terapeutene kan få glede av frisk luft, natur og samhandling.

Denne studien var naturlig nok begrenset, og det kan være nyttig for andre å se mer på hvordan man kan arbeide med å overføre pasientenes erfaring på en slik måte at de vil benytte friluftsliv som hjelp til å holde seg rusfri etter oppholdet i institusjonen.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Allern, S. (2015). *Journalistikk og kildekritisk analyse*. Oslo: Cappelen Damm.

Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey Boss

Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bahr, R. (red) m. fl. (2008). *Aktivitetshåndboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Benum, K. (2006). Fra monolog til dialog: oppmerksomhetstrening som metode for selvaksept og nærvær. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Beston G. (2003). Brukerperspektiv på Prosjekt Undervisningsavdeling. I J.K. Hummelvold (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis-handlingsorientert forskningsarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bodø NU (2015). *Gi blanke faen! Få et bedre liv*.

Hentet fra <http://bodonu.no/gi-blanke-faen-fa-et-bedre-liv>

Borg, Marit og Alain Topor (2003): *Virksomme relasjoner. Om brukermedvirkning-en forskjell som gjør en forskjell i møtet med en psykisk syk*. Kommuneforlaget AS, Oslo

Bratman, G. N., Hamilton, J. P., Hahn, K. S., Daily, G. C. & Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Current Issue*. 112(28), 8567-8572. doi: 10.1073/pnas.1510459112

Bratman, G. N., Daily, G. C., B, Levy, B. J. & Gross, J. J. (2015). The benefits of nature

- experience: Improved affect and cognition. *Landscape and Urban Planning*. 138(-), 41-50.  
doi:10.1016/j.landurbplan.2015.02.005
- Brink, P. J. & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. (Second ed.). Thousand Oaks Calif: Sage Publications, Inc.
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Henriksen, K. & Duchert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Reviw*. 33(8), 1010-1024  
doi:10.1016/j.cpr.2013.07 007
- Brudal, L. F. (2006). *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brumoen, Hallgeir (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Carson, S. G. og Kosberg, N. (2011). *Etikk. Teori og praksis*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Cullberg, J. (1999) *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Deci, E. L. (1995): *Why we do what we do*. New York NY: Grosset-Putnam.
- Deci E. L. & Ryan R. M. (1985): *Intrinsic Motivation and Self-Determination i Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Doyne, E.J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Willson, I. B., Neimeyer, R. A. Running versus weightlifting in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 748-54.
- Dyregrov, A. og Dyregrov, K. (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*

62(1), 107-115.

Ekelund, U. Besson, H., Luan J.M, Sharp, S., Brage et al. (2011). Physical activity and gain in abdominal adiposity and body weight: Prospective cohort study in 288,498 men and woman. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 93:826-35. Hentet 19. januar 2016 fra <http://ajcn.nutrition.org/content/93/4/826.full.pdf>

Fernee, C. R., Gabrielsen, L. E., Andersen, A. J. W., & Mesel, T. (2015). Therapy in the open air: Introducing wilderness therapy to adolescent mental health services in Scandinavia. *Scandinavian Psychologist*, 2(14). <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e14>

Fonagy, P., Schore, A.N. & Stern, D., red. Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulering I utvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag

Forskningsetikkloven.(2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=Lov om behandling av etikk](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=Lov%20om%20behandling%20av%20etikk)

Friborg, O. (2004). *Måling av mestring*. Hentet 29. oktober 2015 fra <http://forskning.no/psykologi-stub/2008/02/maling-av-mestring>

Friluftslivets år (2015). *Friluftslivets år 2015*. Hentet 19. februar 2016 fra <http://www.friluftslivetsar.no/bildevegg/>

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademika

Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Guthrie, D. W. og Guthrie, R. A. (2002), *Nursing management of diabetes mellitus*. New York, Springer Publishing Company Inc.

- Heimdal, L. (2015, 10. september). Naturen «sletter» bekymringer. *Norsk Friluftsliv*. Hentet fra <http://www.norskfriluftsliv.no/naturen-sletter-bekymringer/>
- Helse- og omsorgsdepartementet m. fl. (2004). *Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan\\_2005-2009.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan_2005-2009.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven.(2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse. - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*.
- Helsedirektoratet (2014). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nasjonale anbefalinger*. (Veileder IS-2183/2014). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitetsniva-blant-voksne-og-eldre-i-norge-oppdaterte-analyser-basert-pa-nye-nasjonale-anbefalinger-i-2014>
- Helsedirektoratet (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. (Veileder IS-2167/2014). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kunnskapsgrunnlag-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementets-videre-arbeid-for-okt-fysisk-aktivitet-og-reduisert-inaktivitet-i-befolkningen->

- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (Veileder IS-2170/2014). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder IS-2076/2014). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal kartlegging 2014-2015*. (Rapport IS – 2367). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/991/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%202014-15.pdf>
- Henriksen, J. O. og Aarflot, H. M. (2004), i: Nortvedt, F. (red.), m. fl. *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Howe, D. (2013). *Empathy: what it is and why it matters*. Basingstoke: Palgrave Mcmillan.
- Hågvar, S. og Støen, H.A. (1996). *Grønn velferd: vårt behov for naturkontakt: fra bypark til villmarksopplevelse*. Oslo: Kommuneforlaget 1996
- Jensen, W. T. (2011). *Kognisjon og konstruksjon*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur
- Johannessen, A. Tufte, P.A. og Christoffersen L. (2011). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. hvor Cambridge University Press. ISBN 0-521-34939-7
- Kellert, S. R. & Wilson, E. O. 1993. *The biophilia hypothesis*. Washington D. C.: Island press/Shearwater books.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S, Nelson, C. B., Hughes M, Eshleman, S...Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arc Gen Psychiatry*. 51(1), 8–19.
- Kierkegaard S. (1991). *Samlede værker*. 5.utg. København: Gyldendal
- Kirkengen, A. L. og Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010), *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kåver, A. (2012). *Allianse: den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Laumann, K. (2004). *Restorative and stressreducing effects of natural environments: Experimental, behavioural and cardiovascular indices. Dr. scient thesis, 111 pp*. University of Bergen, Norway
- Lossius, Kari (2012). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*.(2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 25(120), 3054-6.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn- fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. Bergen:

Fagbokforlaget

Martinsen, E. W. (1998). Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet- en oversikt. I: Moe T, Retterstøl N, Sørensen M, red. *Fysisk aktivitet- en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget

Merleau-Ponty M. (2007) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag

Miljøverndepartementet (2009): *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse.* ( Rapport T-1474). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/t-1474.pdf>

NAPHA, (2015). *Friluftsterapi - et nytt helsetilbud! At friluftsliv kan være helsebringende - både fysisk og psykisk - er velkjent, og ved Sørlandet sykehus har man etablert et tilbud som tar denne effekten på alvor.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/t-1474.pdf>

Nerdrum, P. (2011). Om empati. I H. M. Rønnestad, & A. v. d. Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet Praksis med ulike klientgrupper 2. utg., bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norcross, J. C. og Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *American Psychological Association* 48(1), 4–8. DOI: 10.1037/a0022180

Norges Idrettshøgskole (2015). *Å sitte stille er mye farligere enn å være overvektig.* Hentet den 20. november 2015 fra <http://forskning.no/2015/01/inaktivitet-er-mye-farligere-enn-noen-ekstra-kilo>

NRK Finnmark (2015, 5. mars). *Slik fikk han nordmenn til å ville gi faen.* Hentet 14. oktober 2015 fra <http://www.nrk.no/finnmark/slik-fikk-han-nordmenn-til-a-ville-gi-faen-1.12243880>

Oppegård, G. G. (2008). *Hjernen ikke intakt ved 0,8 promille.* Hentet 05. mars 2016 fra



<http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-hjernen/2008/05/hjernen-ikke-intakt-ved-08-promille>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov om pasientrettigheter](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasientrettigheter)

Pyko, A., Eriksson, C.; Oftedal, B., Hilding, A., Östenson, C.-G., Krog, N. H., ... Pershagen, G. (2015). Exposure to traffic noise and markers of obesity. *Occupational & Environmental Medicine*, 72(8), 594-601. doi:10.1136/oemed-2014-102516

Reinertsen, S. (2015). *Friluftsterapi - et nytt helsetilbud! At friluftsliv kan være helsebringende – både fysisk og psykisk - er velkjent, og ved Sørlandet sykehus har man etablert et tilbud som tar denne effekten på alvor*. Hentet 25. januar 2016 fra <http://www.napha.no/content/15081/Friluftsterapi---et-nytt-helsetilbud>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 21(2), 95-103.

Schanche, E. (2006). Her og nå med Daniel Stern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(9), 953-955.

Schibbye, A. –L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Segesten, K. (1994) *Pasienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Gøteborg: K & K Segesten Forlag

Sigstad, H. M. H. (2004). *Brukermedvirkning- et alibi eller realitet?* Sted: Trykkeri

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn-kropp-samfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. (Rapport IS-1315/2006). Oslo: Direktoratet

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal World of Infant. A View from Psychoanalysis Developmenta Psychology*. New Yourk: Basic Books.

Starrin Bengt (2007): *Empowerment som livsinnstilling- kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?ch=1&q=>

St.meld. nr. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

St.meld. nr. 39 (2000-2001). *Friluftsliv- Ein veg til høgare livskvalitet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-39-2000-2001-/id194963/?c>

Tordson, Bjørn (2010). *Friluftsliv, kultur og samfunn* (1.utg.). Oslo: Høyskoleforlaget

Ulrich, R.S. (1983) *Aesthetic and affective response to natural enviroment. Behavior and the Natural Environment*. Red. Altman, I. & Wohlwill J. F. New Yourk, Plenum Press.

Vellmann og Tempelton

Vries H.A (1968). Immediate and long term effects of exercice upon resting muscle action potential level. *J Sports Med Phys Fitness* 1968; 8: 1-11 Sjekkes

Aamodt, L.G. (2005). *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wikipedia. (2015). *Friluftsliv*. Hentet 02. februar 2016 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Friluftsliv>

Wikipedia. (2016). *Helse*. Hentet 22. mars 2016 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Helse>

**VEDLEGG 1:****Samtykke erklæring i forbindelse med intervju**

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått tilfredsstillende informasjon om bakgrunn for undersøkelsen.

Jeg gir tillatelse til at mastergrad student ved Høgskolen i Oslo og Akershus gjennomfører intervju som skal brukes i undersøkelsen. Jeg er også oppmerksom på at dette samtykke kan trekkes tilbake, og at informasjon gitt i dette intervju kun kan benyttes til denne undersøkelsen.

Dato

Underskrift informant  
Underskrift forsker

## VEDLEGG 2:

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Maria Nystrøm  
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 12.10.2015

Vår ref: 44930 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44930	<i>Kan terapeutisk bruk av friluftsliv som metode, ha positiv effekt på psykisk helse?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Maria Nystrøm</i>
<i>Student</i>	<i>Lone Snøtun</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Lone Snøtun lonesnotun@gmail.com

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 44930

Ifølge prosjektmeldingen skal utvalget informeres muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. For å tilfredsstille kravet om et informert samtykke etter loven, må utvalget informeres om følgende:

- hvilken institusjon som er ansvarlig
- prosjektets formål / problemstilling
- hvilke metoder som skal benyttes for datainnsamling
- hvilke typer opplysninger som samles inn
- at opplysningene behandles konfidensielt og hvem som vil ha tilgang
- at det er frivillig å delta og at man kan trekke seg når som helst uten begrunnelse
- dato for forventet prosjektslutt
- at data anonymiseres ved prosjektslutt
- hvorvidt enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven
- kontaktopplysninger til forsker, eller student/veileder.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak