



HHS - Psykologisk institutt

Anne Hagerup Larsen

Masteroppgave

Terapeuters erfaringer med hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og kronisk syke barn: En kvalitativ studie

Therapists' experiences with how the Outdoor Care Retreat influences therapy with severely and chronically ill children: A qualitative study

Master i miljøpsykologi

2020

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning på betydningen av sykehusomgivelser for tilfriskning og terapeutisk bruk av natur, er økende og har vist lovende resultater. Barn kan oppleve sykehusomgivelser som skremmende og det kan påvirke terapi og behandling. Det å støtte barns muligheter til å nyttiggjøre seg terapi best mulig, er derfor viktig for det terapeutiske utfallet. Gjennom tilrettelegging av de fysiske omgivelsene og målrettet bruk av natur og arkitektur i terapi, gis tilgang på andre terapeutiske muligheter og psykologisk materiale enn ved tradisjonelle terapisettinger.

Mål: Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan terapeuter opplever at terapi i Friluftssykehuset ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet kan virke inn på alvorlig og kronisk syke barn. Fokuset er på hvordan andre terapisettinger enn det som tradisjonelt har vært benyttet i psykoterapi, kan påvirke terapien og utfallet.

Metode: Et kasusdesign ble anvendt gjennom fem kvalitative intervju med terapeuter som benytter Friluftssykehuset. Ved en fortolkende fenomenologisk analyse ble det funnet tre hovedkategorier funnet som hadde betydning for terapeutenes opplevelse av hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med barn.

Resultater: Resultatene viser at tilrettelagte og gjennomtenkte sykehusomgivelser og bruk av natur i terapi av terapeutene anses som et betydningsfullt tillegg til terapi i tradisjonelle kliniske settinger. Funn som ble gjort viser at Friluftssykehuset påvirket: 1)

Terapeutrelasjonen: På områdene likeverd, helhet, kreativitet, tilstedeværelse. 2) *Barnet:* På områdene emosjonsregulering, stressreduksjon, vitalitet, mestring. 3) *Affordances/hva omgivelsene tilbyr:* På områdene aktiviteter, eksternt fokus, sansning, familiedeltakelse, symbolikk.

Konklusjon: Bruk av natur og naturlige materialer påvirket terapeutene etter deres oppfatning til å være mer kreative og vitale, barna ble mer avslappet og frie, og omgivelsene la til rette for andre typer aktiviteter og samtaler enn det som er vanlig i et sykehusrom. Det kan derfor være viktig å bruke natur og naturmaterialer mer strategisk for god måloppnåelse i terapi med barn.

Abstract

Background: Research on the importance of healthcare settings for well-being and therapeutic use of nature is growing and has shown promising results. Children may experience hospital surroundings as scary and this can influence therapy and treatment. To support the children's ability to make use of therapy the best possible way is important for therapeutic outcome. Through facilitating of the physical environment and targeted use of nature and architecture in therapy, other therapeutic possibilities and psychological material is accessed more easily than in traditional therapy settings.

Purpose: The purpose of this paper has been to investigate how therapists experience therapy at the Outdoor Care Retreat at Oslo University Hospital Rikshospitalet may influence severely and chronically ill children. The focus is how other therapy settings than traditional therapeutic spaces may impact the therapy and the outcome of it.

Method: A case study design was used with five qualitative interviews with therapists that are currently using the Outdoor Care Retreat. An interpretative phenomenological analysis categorized features of the environment into three main themes on how the therapists perceived the Outdoor Care Retreat influence on therapy with children.

Results: The results suggest that facilitated and thoughtful health care settings and use of nature in therapy is consider an important contribution to therapy in traditional clinical settings. Findings from the analysis were that the Outdoor Care Retreat influenced: 1) *Therapeutic relation:* On the areas equality, wholeness, creativity, presence. 2) *Child influences:* On the areas emotional regulation, stress reduction, vitality, mastering. 3) *Affordances/what the surroundings may offer:* On the areas activities, external focus, sensation, family participation, symbolism.

Conclusion: Use of nature and natural materials influenced the therapists in their opinion to be more creative and vital, the children became more relaxed and freer, and the surroundings facilitated other types of activity and conversations than usual in a hospital room. Therefore more strategically use of nature and natural materials may be important for good achievement in therapy with children.

Forord

Som landbruksutdannet psykologspesialist og kunstterapeut, ble jeg både inspirert og lykkelig av å kunne fordype meg i krysningsfeltet for flere av mine interesser. Det har vært givende å få anledning til å dukke inn i dette landskapet – bokstavelig talt. Tusen takk til psykologspesialist Maren Østvold Lindheim for raust å dele denne muligheten og en takk også til de fem informantene som stilte opp med gjennomtenkte og reflekterte svar på alle mine spørsmål. Dere bidro til å gjøre oppgaven faglig interessant og skrivearbeidet en glede. Innblikket jeg fikk om deres erfaringer fra Friluftssykehuset var unike. Takk også til forskningsgruppa for gode innspill underveis.

Stor takk til min alltid så tilstedeværende og grundige veileder Åshild Lappegard Hauge. Du har tatt varmt imot alle mine ideer og kommet med uvurderlige innspill underveis – jeg synes vi har vært et bra team! Takk til onkel Stein Opjordsmoen Ilnes for kloke råd om faglige vinklinger og Birte Bjørbæk Stensrud for korrekturlesing. En hjertelig takk også til min samboer Thomas Haugen for tålmodighet, kaffeservering og for vitaliserende skogsturer - det er terapeutisk bruk av naturen i praksis.

Jeg håper at denne oppgaven kan bidra til en større interesse for fagfeltet. Og ikke minst ønsker jeg at mange barn, foreldre og ansatte får nærende opplevelser i Friluftssykehuset og naturen rundt. Det er egentlig til dere jeg har skrevet denne oppgaven.

Anne Hagerup Larsen

Oslo, mai 2020.

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract | 3 |
| Forord | 4 |
| 1. Innledning | 7 |
| 1.1 Terapeutiske omgivelser | 7 |
| 1.2 Barn og sykehus | 10 |
| 1.3 Friluftssykehuset | 11 |
| 1.4 Forskningsspørsmål og avgrensning | 12 |
| 1.5 Begrepsavklaring | 15 |
| 2. Teori og empiri | 19 |
| 2.1 New Public Management | 19 |
| 2.2 Naturens restituerende og terapeutiske virkning | 20 |
| 2.3 Biofilisk design | 22 |
| 2.4 Evidensbasert design for helsebygg | 23 |
| 2.5 Helsebygg | 25 |
| 2.6 Naturbaserte terapiformer | 29 |
| 2.7 Kunstterapi og symbolikk i naturen | 33 |
| 2.8 Barn og terapi i naturlige omgivelser | 34 |
| 2.9 Oppsummering teori og empiri | 35 |
| 3. Metode | 37 |
| 3.1 Kvalitativ metode og fenomenologi | 37 |
| 3.2 Kvalitative intervjuer | 39 |
| 3.3 Troverdighet: Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet | 40 |
| 3.4 Utvalg | 42 |
| 3.5 Temaer i intervjuguiden | 43 |
| 3.6 Gjennomføring av intervju | 44 |
| 3.7 Transkribering | 46 |
| 3.8 Kasusstudie Friluftssykehuset | 47 |
| 3.9 Analyse | 51 |
| 3.10 Etikk | 54 |
| 4. Resultater og diskusjon | 58 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1 Skjematisk presentasjon av funn | 58 |
| 4.2 Terapeutrelasjonen | 59 |
| 4.3 Påvirkning på barnet | 63 |
| 4.4 Affordances/Hva omgivelsene tilbyr..... | 67 |
| 4.5 Svakheter ved studien | 73 |
| 4.6 Teoretiske implikasjoner | 78 |
| 5. Konklusjoner og videre forskning | 81 |
| 5.1 Konklusjon | 81 |
| 5.2 Praktiske implikasjoner | 82 |
| 5.3 Videre forskning | 83 |
| Litteraturliste | 85 |
| Vedlegg | 98 |
| Vedlegg 1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring | 98 |
| Vedlegg 2. Intervjuguide | 102 |
| Vedlegg 3. Godkjenning NSD | 104 |

1. Innledning

«Vi trenger alle en hytte i skogen, men jeg tror vi trenger det aller mest når vi er syke» sa helseminister Bent Høie da han åpnet Friluftssykehuset på Rikshospitalet (Stiftelsen Friluftssykehuset, 2018).

1.1 Terapeutiske omgivelser

Regjeringen har oppfordret sykehus til å bruke natur og friluftsliv i behandling (Regjeringen, 2017). Friluftsliv i Norge kan sies å være i en særstilling siden vi har naturen tettere på oss enn mange andre vestlige land, og mange nordmenn oppsøker den aktivt. Men hvordan virker naturen på oss, og hvorfor skal vi bruke den i behandling? Både friluftsterapi, terapeutisk hagebruk, terapihager og sansehager blir benyttet for den gunstige påvirkning de har på helsen. Det er vist at utsikt til trær og dagslys gjør at pasienter bruker mindre smertestillende medikamenter (Altimier, 2004; Ulrich, 1984; Walch et al., 2005), og i studier om stressreduksjon har man sett nedgang i bruk av både beroligende medikasjon og søvnmedikasjon. Det er også vist at dagslys spiller inn på bedring av depresjon (Beauchemin & Hays, 1996; Benedetti, Colombo, Barbini, Campori & Smeraldi, 2001). Psykoterapeutisk behandling foregår tradisjonelt innendørs, men terapiretninger som friluftsterapi (Fernee, Gabrielsen, Andersen & Mesel, 2020; Gabrielsen, Storsveen & Kerlefsen, 2018) og naturassistert terapi (Annerstedt & Währborg, 2011) bringer terapiarbeidet ut i naturen.

Betydningen av tilgang til natur i sykehusomgivelser har historisk sett vært anerkjent.

Romerne la sine feltsykehus i naturlige omgivelser for å optimalisere behandlingsresultatene. På 1800-tallet hadde sykehus stor tiltro til naturens helbredende egenskaper. Det første eksempelet på brukersentrert helsebyggdesign dateres tilbake til midten av den 19. århundre og ble en referanse for hvordan nye sykehusbygg skulle bygges frem til første halvdel av 20. århundre. Det var hverken en arkitekt eller lege som kom frem til denne modellen, men en sykepleier med navnet Florence Nightingale. Hun var den første til å fremheve at «it may seem a strange principle to enunciate, as the very first requirement in a hospital, that it should do the sick no harm» (sitert i Fornara & Andrade, 2012, side 297).

Basert på hennes erfaringer fra sykehusene i Scutari i Albania, fant hun ut at ved bedre fysiske omgivelser for pasientene kunne dødsratene reduseres. Mer eksponering for sollys, frisk luft, mer tilpassede temperaturer på rommene, god takhøyde og rikelig med plass rundt sengene var hennes viktigste forslag til å forbedre pasientenes helse. Hagearbeid og opphold i hagen ble allerede den gang sett på som terapeutisk. Flere av sykehusene som ble bygget på denne tiden, brukes fortsatt. I USA og England hadde soldater med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) utbytte av aktiviteter i naturen. Tanken var at soldatene skulle oppleve større grad av mestring over sitt eget liv og dermed få økt livskvalitet (Grahn, 2005).

Også i Norge har man anvendt naturen i behandling. En masteroppgave fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (MNBU) kartla hvor mange norske institusjoner som benytter seg av naturen i behandling (Morstad, 2011). 73 institusjoner deltok i studien og ni av ti lå i omgivelser omgitt av natur, et flertall var psykiatriske institusjoner. Konkrete eksempler er Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus HF som har utviklet et tiltak som kalles «Friluftsterapi for utsatt ungdom». Leif Einar Gabrielsen og Carina Ribe Fernee behandler ungdom som er henvist med depresjoner, angst, lavt selvbilde og selvskading (Fernee, Gabrielsen, Andersen & Mesel, 2015). Modum Bad er også kjent for sin vektlegging av virkningen som estetikk og arkitektur har på den psykiske helsen (Naper, 2006).

Selv om naturen og omgivelsene historisk sett har blitt verdsatt som helende, og det er sykehus og institusjoner i Norge i dag som vektlegger dette, foregår det meste av terapi innendørs i kontorlokaler uten tanke for omgivelsenes potensial. Sjelden blir arkitektur og naturlige omgivelser trukket frem som et verktøy i den terapeutiske prosess. Det finnes også relativt lite forskning på effekten av arkitektur og omgivelser *på terapi*. Et unntak er studien *Healing environment in psychiatric hospital design* (Gross, Sasson, Zahry & Zohar, 1998). Til tross for vår utstrakte bruk av naturen både som oppholdsrom og treningsarena, vårt fokus på arkitektur for sansning og velvære, og kunnskapen om naturens helende kraft, er det lite forskning på omgivelsenes betydning i psykoterapifeltet. Hvorfor er det så lite tilrettelegging av vitaliserende og kreative omgivelser for terapi? Miljøpsykologien oppsto som et motsvar til psykologiens neglisjering av det fysiske miljøet (Clayton, 2012), men har fått lite oppmerksomhet innen terapeutisk forskning. Økonomi og New Public Management har også

fått en så dominerende plass i helsevesenet at det er lite rom for å måle andre verdier enn de økonomiske. Forskning på naturens og omgivelsenes betydning for livstilfredshet generelt sett peker på potensialet ved omtensomt å bringe de fysiske omgivelsene inn i terapi. Oppgaven kommer tilbake til beskrivelse av denne forskningen.

Hvilken betydning har omgivelsene i psykoterapi? Og hva betyr det å omdanne et tomt rom til et terapeutisk rom? Det hersker ingen tvil om at våre omgivelser påvirker humør, tanker og atferd (Raanaas, Patil & Alve, 2013). Ulike bygninger og rom hvor vi oppholder oss, påvirker også våre indre opplevelser (Jackson, 2018). Bakfor forholdet mellom klient og terapeut har omgivelsene en spesiell påvirkning på behandling i seg selv. Det å huske erfaringer og opplevelser i terapi er å erindre mer enn det som ble diskutert. Det handler også om lukter, lyder, lys, farger og følelse av ens egen kropp i rommet. Terapirommets fysiske form er nært knyttet til flere prosesser i terapien i seg selv – å skape et «holding environment» i et komfortabelt og tilpasset terapeutisk rom hvor terapeuten kan yte sitt beste (Winnicott, 1956/1971). Selv om utformingen av det terapeutiske rom blir ansett som viktig, har temaet stort sett vært fraværende i moderne litteratur, med noen få unntak. I *Psychotherapy tradecraft: The technique and style of doing therapy*, hevdet Blau (1988, s. 49): «Since the initial task in psychotherapy is the establishment of a sanctuary where the patient's revelations are as protected and secure as possible, the physical setting where this takes place is a matter of some importance».

I 2012 undersøkte Devlin og Nasar deltakeres reaksjon til 30 forskjellige psykoterapikontor. De fant ut at deltakerne foretrakk kontor med følgende egenskaper: Mykhet (som komfortable stoler og myke puter), personlige eiendeler (kunst og personlige foto) og orden (ryddige og rene rom). DeAngelis (2017) har også kommet frem til konkrete designforslag for gode terapissettinger som riktig valg av lys, beroligende farger på veggene, inkorporere naturlig tre for å redusere stress (men ikke mer enn 45% av rommets overflate), bringe inn så mye dagslys som mulig (men unngå vindu som har utsikt til befolkede områder eller potensielle distraksjoner), skape en hyggelig atmosfære med gulv- og bordlamper i stedet for fluoriserende taklys (men være forsiktig med for mørke rom). Terapeutiske omgivelser vil si å skape en fysisk versjon av et effektivt «holding environment» hvor klientene kjenner seg både komfortable og trygge nok til å ta opp potensielt vanskelige og smertefulle temaer

(Antony & Watkins, 2007; Saari, 2002; Winnicott, 1956/1971). Jackson nevner imidlertid i liten grad i sin artikkel «Aesthetics and the psychotherapists's office» *biofilisk design* og bruk av naturlige elementer, bortsett fra at det vises til andres undersøkelser som støtter å inkorporere naturlige trematerialer i terapirommet for å redusere stress (Jackson, 2018). Oppgaven vil komme tilbake til bruk av biofilisk design og hvordan vi påvirkes av naturlige materialer, men først beskrive hva som kjennetegner barn på sykehus.

1.2 Barn og sykehus

I denne oppgaven skal fokuset være på en pasientgruppe av alvorlig syke barn på sykehus. Alvorlig kronisk sykdom gir økt risiko for psykososiale vansker og posttraumatisk stresslidelse (Diseth, 2006; Gjems & Diseth, 2011), og nitti prosent av barn på sykehus rapporterer om minst en skremmende hendelse i forbindelse med innleggelser (Stuber, Semesh & Saxe, 2003). Alvorlig og kronisk syke barn ivaretas gjennom ulike psykososiale tiltak. Hovedmålet er å fremme mestring for barnet og dets nærmeste familie, i tillegg til å redusere risiko for at psykiske lidelser utvikles. Mange barn og unge utvikler angst, kognitive senskader som svekket hukommelse, nedsatt psykomotorisk tempo og lærevansker, i tillegg til depresjon og posttraumatiske symptomer i etterkant av alvorlig somatisk sykdom. Faktorer som påvirker barns tilpasning til sykdom og behandling er trolig de viktigste faktorene. Både karakteristika ved sykdommen, situasjonelle faktorer som behandlingsprosedyrer, bivirkninger og komplikasjoner, i tillegg til barnets alder, kjønn, personlighet, mestringsstil og tidligere erfaringer, samt familiens problemløsningsevne og kommunikasjonsferdigheter og sosial støtte regnes som essensielle faktorer. Barnet kan ha en tendens til å isolere seg dersom de opplever negative følelser som skyld, skam, sinne, ensomhet, apati, bitterhet og forvirring og utvikling av nedstemthet da de ofte er redde for å dø eller at sykdommen skal forverre seg eller komme tilbake. Både det å søke informasjon, støtte og trøst brukes for å mestre situasjonen (Helsebiblioteket, 2019).

Psykososiale tiltak vil være informasjonssamtaler med familien for å bistå med kriseintervensjoner og gjøre den medisinske informasjonen forståelig. Foreldreveiledning kan også være et aktuelt og nyttig tiltak. Ærlig og åpen kommunikasjon er avgjørende for å

fremme psykisk helse hos barn. Å snakke åpent om døden kan være både vanskelig og tabubelagt, men studier viser at å tematisere døden kan hjelpe barnet i den vanskelige slutfasen av livet og foreldrenes sorgbearbeiding i etterkant. Fokus på naturlige, helsefremmende gjøremål som søvn, matinntak, fysisk aktivitet, frisk luft og impulser utenfor sykehuset er viktige elementer siden behandlingen ofte er langvarig (Helsebiblioteket, 2019). Nettopp fokuset på disse anbefalingene viser at et større fokus på naturlige omgivelser kan være hensiktsmessig i terapi med alvorlige og kronisk syke barn. Dette har Rikshospitalet tatt på alvor med utviklingen av Friluftssykehuset.

1.3 Friluftssykehuset

I 2015 utviklet Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP) på Rikshospitalet sammen med Stiftelsen Friluftssykehuset og arkitektkontoret Snøhetta ideen om Friluftssykehuset (se figur nr. 1). Friluftssykehuset på Rikshospitalet ble åpnet 8. juni 2018 (Lindheim, Johnsen, Hauge & Diseth, 2020). Friluftssykehusene er utviklet for å ivareta alle pasientgrupper, og stiftelsen jobber for at flest mulige pasienter, pårørende, ansatte og andre brukere av sykehus skal få anledning til å skape gode minner med sine nærmeste i en tøff hverdag. Ettersom mestringsopplevelser, trygge medmenneskelige erfaringer og naturbaserte sanseinntrykk har en positiv innvirkning på sykdomsmestring, ønsker stiftelsen å gjøre naturopplevelser tilgjengelig for alle pasientgrupper. Stiftelsen jobber for at friluftssykehus skal bli en ny standard på alle norske sykehus og flere helseforetak. Se nærmere beskrivelse av Friluftssykehuset under avsnittet casestudier i oppgavens metodedel og på stiftelsens hjemmeside.¹

¹ <http://www.friluftssykehuset.no>



Figur nr. 1: Plantegning hentet fra Friluftssykehusets hjemmeside. Arkitekt Snøhetta.

S-BUP ved Rikshospitalet har lenge benyttet naturen i terapeutisk øyemed og så tidlig positiv effekt av opphold og turer ute i naturen. De ønsket derfor å videreutvikle tilbudet de hadde ved å etablere et fysisk behandlingsrom utendørs. En hytte i naturen ville kunne styrke behandlingen av barn og unge som er innlagt på sykehus ved å senke terskelen for å bruke naturen i terapi (Lindheim et al., 2020). Friluftssykehuset er derfor designet for å støtte den psykoterapeutiske behandlingen. Et terapeutiske rasjonale for å bringe terapien ut av sykehuset, er en forståelse av den positive effekten som natur har på menneskelig livstilfredshet.

1.4 Forskningsspørsmål og avgrensning

Oppgavens forskningsspørsmål er:

Hvordan erfarer terapeuter at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og/eller kronisk syke barn?

Avgrensning

Barn på sykehus

Friluftssykehuset brukes i dag til terapi med barn tilknyttet S-BUP på dagtid og er åpent for andre pasienter ved Rikshospitalet på kveldstid og i helger. Selv om Friluftssykehuset nå i hovedsak benyttes til terapi med alvorlig og kronisk syke barn, og oppgaven vil handle om dette, antas det at aspekter ved Friluftssykehuset kan generaliseres til andre pasientgrupper både innenfor psykisk helsevern og somatikk. Generalisering til andre grupper krever at man tar hensyn til det spesielle ved denne studie og vurderer konteksten opp mot kjennetegn ved andre pasientgrupper. Barn på sykehus (S-BUP som undersøkes her) karakteriseres ved at de har en alvorlig eller kronisk somatisk lidelse, og at slik sykdom innebærer ofte i større grad fysiske, sosiale og psykologiske påkjenninger. Belastningen med kronisk eller alvorlig sykdom, gjentatte og langvarige sykehusinnleggelses, i tillegg til hyppige kontroller, medfører større sårbarhet knyttet til aktiviteter og sosial isolering, kronifisering av helseplager og en identitet som syk. Barn og ungdom som har alvorlig og/eller kronisk sykdom og funksjonshemming har 2-3 ganger økt risiko for utvikling av mentale, psykososiale og familiære problemer enn somatisk friske barn (Diseth, 2014; Pless & Nolan, 1991).

Tverrfaglig og helhetlig behandling er derfor ekstra viktig for disse barna. Utvikling av mestringsstrategier for å overkomme langvarig og smertefull behandling gjennom demping av stress og smerte, gir barna oversikt, forutsigbarhet og trygghet over egen situasjon. Gjennom psykoterapeutiske tilnærminger som lek, kognitive og narrative teknikker, samt avspenning og hypnose, får barnet økt mulighet til mestring av enkeltsituasjoner og teknikker som er særlig anvendbare i etterfølgende behandling når de lever med somatisk sykdom.

Barn som behandles i psykisk helsevern innenfor BUP eller primærhelsetjenesten, innenfor barnevern og familievern eller i private settinger, har ikke nødvendigvis en somatisk lidelse som medfører tilleggsbelastninger, men primært psykiske vansker som de oppsøker hjelp for. Når det gjelder rammene for terapi i Friluftssykehuset, er dette individuelt tilpasset hvert barns behov ut fra somatisk lidelse, samt sykdomsforløp og prognose. Det handler om å styrke den psykiske helsen og vanligvis har ikke disse barna en psykisk lidelse primært slik som barn som behandles i BUP oftest har. Noen barn og familien møter terapeuten en gang,

andre gjentatte ganger. Som regel blir en time satt av til møtene slik det vanligvis gjøres med tradisjonell psykoterapi, men med mulighet for å ha enda mer tid kan den terapeutiske effekten forsterkes. Ressursbruken, som innebærer mer tid på hvert møte, samt mer og/eller lengre oppfølging, er noe annerledes enn «tradisjonell» terapi i psykisk helsevern. Økt ressursbruk per barn og familie kan være en utfordring for myndighetene. Kortsiktig vil dette tilbudet ikke kunne gis til mange på grunn av trange økonomiske rammer, men om slike tiltak viser seg nyttige, kan det være langsiktige gevinster og dette kan rettferdiggjøre mer satsning på tilbud som Friluftssykehuset.

Terapeuters syn

Forskningsspørsmålet søkes belyst gjennom intervjuer med fem terapeuter som anvender Friluftssykehuset i terapi med barn. Enkelte aspekter vil kunne generaliseres til andre sykehusansatte eller terapeuter for andre grupper. Fordelen med terapeutintervju er tilgangen på terapeutenes metaperspektiv på temaene, på generelle og faglige erfaringer. I tillegg er voksne dyktigere med ord enn barn og kommuniserer verbalt mer nyansert. Slik lettes forståelsen på det som ønskes undersøkt. Det ville likevel vært interessant å snakke med barna direkte for å få tilgang til deres umiddelbare sanselige erfaringer og spontane ytringer med barnas egne ord, så dette perspektivet mister dessverre denne oppgaven.

Oppgaven utelater «hard» design

Perspektivet i oppgaven vil være på psykologiske og atferdsmessige aspekter ved sykehusdesign (de estetiske og symbolske følgene av design) og utelater effektene av «hard» design som infeksjonsforebygging, smittespredning, inneklima, samt rutiner for renhold og håndvask.

Kvalitativ studie

Denne studien er en kvalitativ studie som fokuserer på dybde heller enn statistisk generaliserbarhet. Det søkes etter kvalitativ kunnskap, og målet er ikke kvantifisering. Resultatene kan generaliseres til lignende situasjoner, og detaljert informasjon om konteksten er derfor gitt.

Leserveiledning

I slutten av innledningen vil de mest sentrale begrepene for å forstå forskningsspørsmålet bli gitt. Friluftssykehuset innebærer både natur og arkitektur, og psykoterapi er et begrep som må forklares nærmere. Videre leserveiledning vil komme som en innledning til hver hoveddel av oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Her forklares begrepene natur, arkitektur og psykoterapi, samt naturbaserte terapier. Andre sentrale begreper vil gjennomgås i oppgavens teoridel.

Natur og arkitektur

Innen miljøpsykologi har begrepet *natur* blitt brukt til å betegne en bred kategori av naturlige miljøer som inkluderer trær, dyr og skyer. En mulig definisjon kan være: «The vast domain of organic and inorganic matter that is not a product of human activity or intervention» (Wohlwill, 1983, s. 7). En annen definisjon beskriver natur på følgende måte: «Nature includes parks and open spaces, meadows and fields, street trees and backyard gardens» (Kaplan & Kaplan, 1989, s. 2). *Naturlig miljø* er bredt definert som å inkludere enhver form for miljø, plass eller setting hvor vegetasjon og andre naturlige elementer (som vann) hovedsakelig er til stede (van den Berg, Joye & De Vries, 2013, s. 50, min oversettelse). Naturlige landskaper kan bli definert som «environmental scenes, totally or predominantly untouched by human activity, of smaller or larger extent, that can be seen in one view from one place» (Scopelliti, Carrus & Bonnes, 2012, s. 332). Med dette perspektivet vektlegges fraværet av menneskelig aktivitet og fremstår som en kontrast til arkitektur om man tenker at arkitektur kan sies å være kunsten å planlegge, utforme og oppføre byggverk. Store norske leksikon definerer arkitektur på følgende måte: «Arkitektur, bygningskunst, byggekunst, utformingen av ting, byggverk og anlegg i landskapet, sett enkeltvis eller samlet, med den betydning at de forskjellige miljøers praktiske og åndelige behov derved er tilfredsstillet og samordnet på en overbevisende måte, alt sett på bakgrunn av tilgjengelige ressurser og rådende teknisk ferdighet. Alt fysisk menneskeverk kan således få rang av arkitektur» (Brochmann, 2018, 1. avsn.). En bredere definisjon av arkitekturbegrepet som omfatter alle menneskeskapte omgivelser er: «Det favner både bygninger og anlegg, uterom

og landskap. Det handler om enkeltbygg og bygninger i samspill, om helheten i byer, tettsteder og landskap» (Regjeringen, 2018, 3. avsn.).

Arkitektur, natur og naturlige omgivelser har vist seg å ha både fysiologiske, emosjonelle og kognitive påvirkninger og det er det som er interessant å undersøke videre i denne sammenhengen. For denne oppgaven er det hensiktsmessig med en enkel og bred definisjon av natur/naturlige miljøer, som den til van den Berg med flere (2013); altså er natur alle miljøer, plasser eller settinger hvor vegetasjon og andre naturlige elementer hovedsakelig er til stede. For arkitektur derimot, er det et poeng for denne oppgaven å vise at det ikke alltid er et tydelig skille mellom arkitektur og natur. Natur og naturmaterialer glir over i arkitektur – det menneskeskapte. Dette vil beskrives mer inngående i teoridelen når biofilisk design forklares.

Psykoterapi

Psykoterapi kan defineres som: «... bruken av psykologiske metoder i behandling av psykiske lidelser og problemer. Målet er at klienten skal oppnå en endring i retning av økt livskvalitet, eller bedret psykisk helse» (Skre, 2019, 1. avsn.). En annen definisjon av psykoterapi er: «Psykoterapi er en virksomhet hvis hensikt er å bedre mental helse, følelsesmessige eller adferdsmessige problemer hos individer, ofte benevnt som klienter. Visse mønstre kan ofte gjøre det vanskelig for mennesker å takle hverdagen eller oppnå personlige mål. Psykoterapi er ment å rette på disse vanskelighetene gjennom forskjellige tilnæringsmetoder og teknikker. Vanlig psykoterapi involverer en psykoterapeut og en eller flere klienter som arbeider med disse problemene i et forsøk på å finne ut av hva de består av og hvordan de kan håndteres» («Psykoterapi», 2020, 2. avsn.).

Tradisjonelt har terapi foregått innendørs på kontoret hvor både tidsintervall og rommet er forutsigbart og bestemt på forhånd. Å bringe terapiarbeidet utendørs kan gi tilgang til andre terapeutiske muligheter og annet psykologisk materiale (Jordan, 2015). Sentralt i terapien er samarbeidet mellom terapeut og klient. Topor (2015) kaller dette for arbeidsallianse og han hevder dette er viktigere enn selve metoden terapeuten anvender, selv om dette er omdiskutert. Dette kommer oppgaven tilbake til. I denne oppgaven vil definisjonen til Skre (2019) anvendes.

Eysenck konkluderte med at det ikke fantes forskningsbasert evidens for effekt av psykoterapi (referert i Hallan, 2004). Gjennom de mange reaksjoner dette skapte, stimulerte det synet på forskningsfeltet som betydningsfullt og nødvendig gjennom utvikling av psykoterapi som fag. Hvilke faktorer som er virksomme og effektive i psykoterapiprosessen, har blitt studert gjennom kvantitative og kvalitative metoder. Hovedkonklusjonen er at psykoterapi er effektivt og virkningen er bedre enn for 80% av dem som ikke får behandling. Metaanalyser av terapieresultater sammenlignet på tvers av orienteringer har også vist at ingen orientering er konsistent overlegen andre (Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, Mondin, Stich, Benson & Ahn, 1997). Dette funnet ble tidligere gjort av Luborsky, Singer og Luborsky (1976) og ga opphav til psykoterapiens hyppig siterte og debatterte «*dodo bird effect*»: «Everyone has won and so all must have prizes». Som en konsekvens har psykoterapiforskningen rettet seg mot *hva* som er korrekt snarere enn *hvem* som er korrekt. Det gir et godt utgangspunkt for å se på effekten av natur og naturlige materialer i terapisettinger uten å knytte dette til bestemte terapiretninger.

Naturbaserte terapier

Ifølge Jordan (2015) finnes det verken noen overordnet definisjon på naturbaserte terapier («Nature-assisted therapy» – NAT) eller en omfattende modell på hvordan terapi burde bli praktisert utendørs i naturlige omgivelser. Annerstedt og Währborg (2011, s. 372) definerer imidlertid NAT på følgende måte: «NAT is defined as an intervention with the aim to treat, hasten recovery, and/or rehabilitate patients with a disease or a condition of ill health, with the fundamental principle that the therapy involves plants, natural materials, and/or outdoor environment, without any therapeutic involvement of extra human mammals or other living creatures.»

Over flere år har en praksis med å bringe terapi utendørs blitt utviklet, og ulike terapiretninger har vokst frem. Jeg velger i denne oppgaven å definere naturbaserte terapier som terapier som på en eller annen måte bruker naturen aktivt for behandling og det kan dermed være elementer av naturbaserte terapier i andre mer etablerte terapiretninger. Gibsons begrep «affordances» er sentralt innen miljøpsykologi, og naturbaserte terapier gir

unike muligheter for å ta de fysiske omgivelsene i bruk på en annerledes måte enn innendørsterapier. Dette kommer oppgaven tilbake til.

2. Teori og empiri

I denne delen av oppgaven vil relevant teori og empiri som er sentrale for oppgavens tema belyses. Først vil det redegjøres for New Public Management, som en sentral kontekstuell forklaring på hvorfor kvalitet i omgivelsene i helsetjenestene blir så lite vektlagt i dag. Undersøkelser om hvordan natur og naturlige omgivelser påvirker menneskers helse vil bli redegjort for. Studenten har valgt å begrense litteraturgjennomgangen bort fra generell litteratur om natur og folkehelse. Selv om det er mange effekter herfra som vil kunne være relevant, ville det bli for omfattende å ta med i denne oppgaven. Oppgaven har i større grad fokusert på studier av naturens effekt i helsetjenester og i helsebygg. Oppgaven vil så presentere forskning om biofilisk design, evidensbasert design for helsebygg, naturbaserte terapiformer, samt kunst/symbolikk og hvordan dette kan påvirke terapi. På slutten av kapitlet vil oppgaven komme mer spesifikt inn på temaet barn og terapi i naturlige omgivelser, før en oppsummering av kapitlets innhold. Forskning har undersøkt naturens helende virkning på menneskers psykiske og fysiske helse, og det er derfor spesielt interessant i denne oppgaven å anvende denne kunnskapen målrettet for å fasilitere den allerede kjente virkningen som natur og naturmaterialer har på terapi og terapeutiske settinger.

2.1 New Public Management

Det er interessant å se på New Public Management (NPM) i denne oppgaven for å synliggjøre det ensidige fokuset på økonomi i helsevesenet selv om faglige anbefalinger vektlegger andre verdier ved evaluering av helsetjenester. NPM ble innført i Norge i 2002 og førte til at måten helsetjenester utføres på, har vært viet konstant fokus i den påfølgende tiden (Høstmælingen, 2014). En ny bølge av kritikk kom i etterkant av ti legers opprop om å «ta faget tilbake». Forfatterne påsto at NPM skaper dårligere kliniske tjenester, økonomisk ineffektivitet, demokratisk underskudd, kompetanseflukt og moralsk forfall (Wyller et. al., 2013). Forskning som sier noe om behandlingsmetoders effekt og nytteverdi, gir et vitenskapelig forankret utgangspunkt for praksis. Men kunnskap på gruppenivå må balanseres mot kunnskap om hver enkelt pasient slik at det er mulig å ivareta dennes unike

behov og forutsetninger (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). Med NPM fortrenses profesjonell autonomi til fordel for byråkratisk regelstyring, og målsettinger og resultatkrav plasseres utenfor profesjonens kontroll (Svensson & Karlsson, 2008). På den ene siden medfører dette større mulighet for transparens og etterprøvnbarhet. På den andre siden skapes hule mål som ikke fanger kvaliteten på tjenestene. Faglige retningslinjer kan heve kvalitet ved å anbefale forskningsbaserte prosedyrer, men innebærer også en fare for rigide systemer som hindrer muligheten til å tilpasse seg pasienters individuelle behov (American Psychological Association, 2002). Wyller med flere (2013) oppfordrer helsearbeidere til å «ta faget tilbake» ved å ta «utgangspunkt i det unike møtet mellom hjelper og hjelpetrequende. Helsearbeiderens oppgave er verken å tjene samfunnet eller egne interesser, men de lidende enkeltmennesker som kommer vår vei» (Wyller et al., 2013, s. 656). Variasjoner i praksis kan være tegn på at «en gjør nødvendige og/eller hensiktsmessige lokale eller individuelle tilpasninger» (Helsedirektoratet, 2011, s. 9), men mulighetene til å følge individualiseringsprinsippet begrenses av et finansieringssystem som låser ressursfordeling til standardiserte mål. Å bringe psykoterapien utendørs og individuelt tilpasse den til hvert enkelt barns behov, kan være en sunn motsats til NPMs trang til kvantifiserbare mål og økonomifokus. I de neste avsnittene vil vi se på hva som kan påvirke kvalitet i terapien, med særlig fokus på natur.

2.2 Naturens restituerende og terapeutiske virkning

Når det gjelder den gunstige påvirkningen naturen har på psykisk og fysisk helse, finnes det etter hvert omfattende undersøkelser på feltet. Forskning viser at naturens iboende egenskaper virker gjenoppbyggende på mennesker (Hartig & Staats, 2003; Park, Tsunetsugu, Kasetani, Kagawa & Miyazaki, 2010; Ulrich et al., 1991). Ved mange sykdomstilstander kan naturen både gjennom sansning og fysisk aktivitet som den tilbyr, virke helende.

Restitusjon og stressreduksjon

Det er utviklet flere evolusjonsteoretiske bidrag om naturens påvirkning på restitusjon og stressreduksjon. «Stress reduction theory» (SRT) (Ulrich, 1983) tar utgangspunkt i at naturen kan gi positive opplevelser som kan redusere stress. I en annen, men komplementær tilnærming, tar Kaplan, Kaplan og Ryan (1998) med sin «attention restoration theory» (ART).

De hevder at vi har begrenset kapasitet til viljestyrt eller spontan oppmerksomhet, og at naturen med sin ikke-viljestyrte egenskap kan medføre at mennesker gjenhenter mental kapasitet ved at sinnet kan vandre fritt i møte med naturen. Gjennom fascinasjon, distanse fra stress og oppgaver som krever oppmerksomhet, kan naturen gi restitusjon.

Stillhet

Et annet perspektiv på mental avledning viser at hvilemodus ser ut til å være nødvendig for selvrefleksjon med tanke på psykologisk behandling og tilfriskningsprosesser. I terapi er det viktig med selvrefleksjon og kapasitet til å mentalisere. Når hjernen er i en tilstand av aktiv hvile, skapes det et «bevisst arbeidsområde» som medfører at intern og ekstern informasjon blir integrert (Kaplan, Kaplan & Wendt, 1972). Kirste med flere (2013) studerte effekten som stillhet hadde på mus og fant ut at mus som opplevde absolutt stillhet i to timer daglig, utviklet nye hjerneceller i hippocampus. Denne hjernestrukturen er knyttet til minner, følelse og læring. Ottosen (2007) skriver i sin doktorgradsavhandling om den amerikanske forskeren Harold Searles som hevder, gjennom sin forskning på mennesker og natur, at personer som har det psykisk vanskelig, er avhengige av stabile, rolige omgivelser for å føle seg vel.

Sansning og tilstedeværelse

Naturen kan mediere tilgang til et nærvær som ikke er bundet av kortikale og prekortikale strukturer på samme måte som vårt verbalspråk er det. Perry (2006) hevder at det nytter lite å tilby behandlingsformer som først og fremst taler til hjernebarken, når feilutviklingen begynner på stammenivå. For å forandre nervenettverket på hjernestamme- og mellomhjernenivå er det behov for andre og mer konkrete former for stimulering enn det tradisjonelle psykoterapeutiske tilnæringsmåter tilbyr. Nærvær og sansning i naturen kan gi tilgang til en mer vital livstilstand og væremåte. Forskning på nærværstrening har vist en forbedret evne til å regulere emosjoner, overvinne emosjonelle dysfunksjoner, forbedre og redusere fastlåste tankemønstre. I tillegg finner man en positiv endring i tilfriskning, immunrespons, reaksjoner på stress og generell følelse av fysisk velbefinnende (Siegel, 2007).

Humor, lekenhet og kreativitet

Tradisjonelt har psykoterapi i stor grad dreid seg om alvorlige, problematiske sider ved tilværelsen. Gjennom anvendelse av den medisinske sykdomsmodellen, som fremhever det patologiske, har det fremtredende fokuset vært at veien til det gode liv går gjennom ubehaget og det smertefulle. Dette har aktualisert en fordypning i det som er vondt og vanskelig, mens humor og lekenhet har fått begrenset plass i terapi (Eide-Midsand, 2011). Panskepp (1998a) beskriver lek som hjernens viktigste kilde til fryd, og hevder at dette indikerer at noe er biologisk nyttig. Det er antatt at latter og frydefull lek stimulerer vekstfaktorer i store deler av hjernen og bidrar til modning av pannelappen og dermed selvregulerende evner som refleksjon, forestillingsevne, empati og kreativitet (Panskepp, 1998b, 2007). Man kan følgelig anta at et terapeutisk fokus mer rettet mot kreativitet, spontanitet, skaperglede og latter, kan virke forløsende på det som er smertefullt. Naturen kan på denne måten gi økte muligheter for andre terapeutiske innfallsvinkler.

Aksept

Psykoterapi kan sies å ha to grunndimensjoner; å frembringe endring og å bidra til større selvaksept og aksept av det som er gitt i tilværelsen (Binder & Vøllestad, 2010). Endringsdimensjonen har tradisjonelt vært sterkt vektlagt. En mulig konsekvens av dette er at det ikke er blitt tatt nok hensyn til at psykisk helse også dreier seg om å kunne erfare og akseptere sider ved både seg selv og tilværelsen som innebærer begrensinger, sykdom og smerte. Paradoksalt nok kan «aksept»-dimensjonen være et viktig grunnlag for endring. Som psykoterapipioneren Carl Rogers (1995) formulerte det, kan du først endre deg når du begynner å erkjenne den du allerede er. Det å oppholde seg i naturen kan gi tilgang på sider ved seg selv og ens tilstand som et dypt uttrykk for det autentiske selvet (Slåttå & Madsen, 2014). For å oppnå dette må vi få terapien ut i naturen eller naturen inn i terapirummet.

2.3 Biofilisk design

Det å bringe naturen innendørs ved å anvende naturlige materialer refereres til som «biofilisk design», altså *design som etterligner naturen* (Kellert, 2012). Kellert inkluderer elementer som dagslys, planter og naturlige materialer som tre og stein som

nøkkelementene i biofilisk design. Også geometriske mønstre som fraktaler inkluderes (Gillis & Gatersleben, 2015). Fraktaler oppstår når et mønster repeterer seg selv og blir større eller mindre (for eksempel Fibonnacitall). Utsikt til natur, naturlig sollys, planter, vannelementer og naturlyder har vist positive effekter på helsen, både psykologisk ved økning av positive affekter og psykofysiologisk ved å redusere stressreaktivitet i det autonome nervesystemet. Det er derfor ønskelig å inkludere mer naturmaterialer i helsebygg (Augustin & Fell, 2015). Wilson (1984) definerer «biophilia» som et slektskap for mennesker med «liv og livaktige prosesser». Wilsons biofiliske hypotese er sentral ved bruk av natur og naturelementer i behandling av sykdom. Forskning har vist at vårt forhold til naturen er fundamentalt for å bygge opp og beholde god helse (Frumkin, 2001; Wilson, 1984) og det å bryte kontakt med naturen, for eksempel i form av urbanisering, kan potensielt virke forringende og ødeleggende på vår psykososiale helse (Grinde & Patil, 2009; Louv, 2008). Empirisk sett er bruk av naturlige elementer for å øke helse og forebygge sykdom velkjent. Otha og medarbeidere har vist at å tilføre sedertre og papir av risstrå på pasientrom reduserte stress målt i nedgang av kortisol sammenlignet med «ordinære» vegger (referert i Augustin & Fell, 2015). Når naturlige materialer som tre var anvendt, ble oppholdsrom vurdert som mer hjemmekoselige (Marsden, 1999). I følge Gillis og Gaterslebens reviewartikkel (2015) er det gjort mye forskning på biofilisk design som støtter effekten som slikt design har. Selv om studier har vist positiv effekt ved anvendelse av biofilisk design, må individuelle forskjeller ivaretas med viten om at individer kan respondere ulikt på samme elementer (se Gillis & Gatersleben, 2015, for en gjennomgang). De fremhever også at samtidstrenden innen forskning på restorative omgivelser har fokusert på visuelle stimuli, men nyere forskning har skiftet til å inkludere auditive og olfaktoriske sanser, noe som støtter Kellerts hypotese om at naturopplevelser er multisensoriske. Et forskningsfelt som tar for seg natur, biofilisk design og arkitekturens betydning for behandling og helse, er evidensbasert design for helsebygg.

2.4 Evidensbasert design for helsebygg

Hvordan påvirkes mennesker av fysiske omgivelser som arkitektur og natur i helsebygg? Arkitektur har en avgjørende betydning for et helende miljø (Ulrich, 2012). Roger Ulrich er

en av de ledende eksperter på miljøpsykologisk forskning på betydningen av omgivelser ved helsebygg. Med utgangspunkt i hans forskning synes det hensiktsmessig blant annet å ta utgangspunkt i perspektivet evidensbasert design (EBD) for denne oppgaven. EBD er en vitenskapelig basert metode, inspirert av «evidensbasert medisin», for å kvalifisere og utvikle arkitektur og design i helsebygg med det formål å øke kvaliteten på tjenester for pasienter, pårørende og ansatte (Aslaksen, Bringslimark & Nyrud, 2012, s. 202).

Miljøpsykologisk forskning knyttet til sykehusbygg har utviklet seg til å bli en hurtigvoksende tverrfaglig disiplin med formål å forbedre pasientsikkerhet og kliniske resultater, forbedre utnyttelse av ressursene, øke effektiviteten, redusere stressende arbeid og øke den langsiktige holdbarheten (Berry et al., 2004). EBD har bakgrunn i «helende arkitektur». Visjonen er at arkitekturen påvirker menneskenes velbefinnende og at arkitektur derfor kan bidra til å fremme tilfriskningsprosessen hos pasientene. Grunntanken er ikke at arkitekturen i seg selv kan hele, men den arkitektoniske utformingen kan understøtte den heling som skjer psykisk og fysisk. EBD er basert på vitenskapelige forskningsmetoder, evidensbaserte metoder og forskningsdisipliner som nevrologi, evolusjonsbiologi, immunologi og miljøpsykologi. Gjennom 2000 vitenskapelige studier har sykehusarkitektur vist seg å være en viktig faktor når det kommer til bedret pasientbehandling, samt for opplevelsen til pårørende og ansatte (Ulrich, 2012). Med dette åpnes nye muligheter for at arkitektur som et fremtidig designkonsept også kan omfatte målbare effekter av det fysiske miljø.

Kunnskap om EBD og sykehusbygg har økt kraftig og evidens taler for at veldesignede fysiske omgivelser spiller en viktig rolle i å gjøre sykehus tryggere og mer helende for pasienter og bedre steder for personalet å arbeide (Ulrich et al., 2008). Selv om forskning på EBD har økt og det eksisterer positive sammenhenger, er det likevel viktig å påpeke begrensningene. I medisinske forskningsfelt gir kontrollerte randomiserte forsøk (RCT) eller eksperiment sterkest evidens. EBD har en parallell til evidensbasert medisin. Mens evidensbasert medisin fokuserer på kvaliteten av behandling, fokuserer EBD på kvaliteten av de fysiske omgivelsene. Innen EBD er det relativt få randomiserte kontrollerte studier som spesifikt knytter design eller intervensjoner direkte til helsebyggets påvirkning på helse. Mindre enn 70 RCT kobler sammen særskilte utformingsegenskaper eller intervensjoner innen fysiske miljø direkte til påvirkning på resultatet, men disse RCT-er inkluderer også studier av «hard

design» som infeksjons- og smittespredning, inneklime og renhold (Ulrich, 2012). De relativt fåtallige RCT-er skyldes delvis et begrenset antall arkitektoniske utforminger som utelukkende baseres på endring av miljømessige faktorer eller eventuelt en spesifisert delfaktor. Praktisk og etisk er det vanskelig å tilfeldig inkludere enkelte pasienter, men utelate andre. Intervensjoner som er enkle å isolere, er redusert støy, naturdistrasjoner og musikk. Imidlertid blir mesteparten av de fysiske omgivelsene i helsebygg påvirket av flere miljømessige faktorer samtidig. Dette skaper konfunderende variabler og gjør det vanskelig å isolere den uavhengige effekten av den miljømessige forandringen som primært er fokuset for undersøkelsen (Ulrich et al., 2008). Ifølge Ulrich (2012) kan disse vanskeligheter lettere overvinnes med andre forskningsmetoder som er svakere enn RCT, men som likevel kan gi troverdig evidens. Majoriteten av identifiserte EDB-studier er fortsatt ikke vel kontrollerte. Ulrich (2012) har inkludert 1000 vitenskapelige artikler som oppfylte kriterier for å inkluderes i hans rapport om helsebygg, og han rangerer evidens i tre nivåer for å vise styrken i forskningen som ligger til grunn for evidensen: Samlet evidens eksisterer, framvoksende evidens og beste praksis (se Ulrich, 2012, for en god gjennomgang). I det neste avsnittet vil noe av forskningen om helsebygg gjennomgås.

2.5 Helsebygg

Men hvordan affiseres pasienter, pårørende og ansatte av elementer i miljøet rundt dem? At mennesker påvirkes av sine omgivelser og fysiske rammer, er veldokumentert (Fornara & Andrade, 2012; Frandsen et al., 2009; Ulrich, 2012). 97 vitenskapelige studier har vist sammenheng mellom helse og tilgang til natur, dagslys, frisk luft, ro og stillhet i helsebygg (van den Berg, 2005). Gjennomtenkte fysiske løsninger når det kommer til menneskers psykiske helse, er derfor en vesentlig faktor å ta med i betraktning. At arkitektur påvirker velvære og stressreduisering for både pasienter, pårørende og personale, er velkjent. Det eksisterer en bred enighet om at faktorer som lys, utsikt, støyreduksjon, fargesetting og kunst bør tas med i betraktning i planlegging av sykehusbygg. Forskning har vist at veldesignende omgivelser har mye å si for helsen. To sentrale oversiktsartikler (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016; Ulrich et al., 2008) viser at å innlemme fysiske miljøfaktorer i sykehusdesign kan øke brukertilfredshet og effektivitet og bedre organisatoriske faktorer. Veldesignede fysiske omgivelser påvirker pasienter og ansatte når det gjelder blant annet

reduisert stress og utmattelse for ansatte, mer effektive helsetjenester og økt pasientsikkerhet og bedre helseomsorg totalt sett.

Hvilke virksomme fysiske faktorer har vært undersøkt?

Et av de viktigste målene med å undersøke hvilke faktorer som bidrar til «helende arkitektur» er å øke sannsynligheten for gode og gjennomtenkte omgivelser der fysiske faktorer som støtter tilfriskningsprosesser og livskvalitet er ivaretatt, og det skapes mening for brukerne. Dette inkluderer arkitektur, kunst, farger, grønne omgivelser, lys, lyd og akustikk, samt rom for kreativitet, bevegelse og fysisk aktivitet. Forskning på de ulike faktorene ved Friluftssykehuset kunne gi mer detaljert innsikt i hvordan disse omgivelsene påvirker terapi som foregår der.

Lys

Det er veldokumentert at lyset, både naturlig og kunstig, har stor innflytelse på vår fysiske og psykologiske helse. Dagslys og vinduer er det som nevnes av flest pasienter og ansatte som den viktigste faktoren ved generelt velbehag og arbeidsglede. I flere undersøkelser har mange av de spurte uttrykt ubehag ved rom uten vinduer og dagslys. Dagslys er også svært viktig i regulering av døgnrytme og søvn. Mange pasienter med smerter og sykdom har søvnproblemer. Undersøkelser med eldre har vist at det eksisterer et forhold mellom hvor mye lys de er utsatt for om dagen og hvor dyp søvn de har om natten (Wallace-Guy et al., 2002). Også lysets påvirkning på depresjon er veldokumentert. Dersom det eksponeres for lys tidlig om morgenen, forsterkes den antidepressive effekten (Lewy et al., 1998; Terman, Terman, Lo & Cooper, 2001). Retrospektive undersøkelser har vist at innlagte pasienter med alvorlig depresjon og deprimerte bipolare pasienter som lå på sørvendte rom, hadde signifikant kortere innleggelsestid enn pasienter på nordvendte og mørkere rom (Beauchemin & Hays, 1996; Benedetti et al., 2001). Dagslys og sollys har også dokumentert positiv effekt på smerte og opplevd stress (Walch et al., 2005).

Lyd

Lyd kan virke beroligende og helende eller søvnforstyrrende og stressede. Fravær av støy er en grunnleggende faktor for pasienters bedring. Støy er gjennomgående en betydelig årsak til pasienters forstyrrede søvn og flere resultater tyder på negative fysiologiske konsekvenser

hos pasientene. Undersøkelser viser at støynivå på sykehus som regel ligger langt over de generelle anbefalinger. De oftest nevnte støykilder er blant annet personalsamtaler og personalaktiviteter, samt andre pasienter og deres pårørende. Lyd har stor betydning for pasientenes opplevelse av fortrolighet, privatliv og kommunikasjon med både pårørende og personale (Cureton-Lane & Fontaine, 1997; Topf, Bookman & Arand, 1996; Ugras & Oztekin, 2007; Yinnon, Ilan, Tadmor, Altarescu & Hershko, 1992). Uønsket lyd, inkludert ufrivillig lytting til andres kommunikasjon eller uønsket informasjon, kan medføre opplevelse av engstelse, angst, stress, bekymring og manglende privatliv. Flere undersøkelser har vist at det er risiko for at noen pasienter tilbakeholder informasjon dersom de opplever at uvedkommende kan høre hva de forteller eller se deler av deres kropp under undersøkelse (Barlas, Sama, Ward & Lesser, 2001). Lydens kvalitet har også stor betydning for personalets følelse av arbeidsglede, stress, kommunikasjon og konsentrasjon (Frandsen et al., 2009).

Kunst

Kunst synes å være generelt anerkjent som et vesentlig positivt stimuleringsselement og distraktor (Frandsen et al., 2009). Kunst kan bestå av visuelle, taktile eller auditive kunstverk som blant annet maleri, skulpturer, installasjoner og farger. Kunst kan i helsemessige sammenhenger inngå som positive distraksjoner blant annet ved smertebehandling og mental avledning, eller som generelt velvære ved å være sansestimulerende. Farger kan inngå som del av et kunstverk eller i seg selv være et kunstverk. I Hegrehytta er det brukt puter i forskjellige geometriske former og farger og tanken er å stimulere til sansing og aktivitet. Dalke, Littlefair, Loe & Camgöz (2004) har en god oversikt over bruk av farger i sykehusbygg. De hevder at nøye gjennomtenkt fargebruk kan lette sensorisk deprivasjon som skyldes mangel på visuelle stimuli i monotone omgivelser. Spesielt for pasienter med psykiske vansker og pasienter som må oppholde seg lenge på institusjon er det essensielle behov knyttet til fargebruk. Selv om fargene i seg selv ikke anses som behandling, er det velkjent at de påvirker humør. Riktige fargevalg kan fremme konfidensialitet og trygghet i en terapirelasjon (Dalke et al., 2004).

Tre

Tre er unikt på den måten at det både er et bygningsmateriale og et naturlig materiale. Fokus på bruk av tre og helse er relativt nytt innen miljøpsykologi, men det er likevel klart at

det eksisterer en tydelig sammenheng (Nyrud & Bringslimark, 2010). Empiriske studier har dokumentert at bruk av naturmaterialer som tre har vist seg å øke brukertilfredshet av designende omgivelser, samt at ved sammenligning foretrekker pasienter sykehusrom med moderat bruk av tre. Slike rom ble evaluert som mest behagelig, naturlig, beroligende og trygt, og det minst kjedelige rommet (Nyrud, Bysheim & Bringslimark, 2010). Ved eksponering for tre har undersøkelser vist bedre pasientbehandling når det gjelder restitusjonstid, lavere smerteopplevelse og positive erfaringer (Augustin & Fell, 2015). Friluftssykehuset er bygd i trematerialer og har innvendig treverk på vegger, gulv og tak og det er påpekt av flere brukere at det skaper en egen stemning og rolig fredfull atmosfære (se foto nr. 1).



Foto nr. 1: Innvendig i Hegrehytta: Det store samtalerommet med store vinder med dagslys og utsikt til natur. Foto er tatt av studenten.

Både utsikt til natur, naturlig sollys, planter og vannelementer har vist seg å fasilitere helse både psykologisk ved å øke positive affekter og psykofysiologisk ved å redusere stressnivå gjennom det autonome nervesystemet. Tre er et biofilisk materiale som reduserer stressresponsen når det er anvendt. Mye av biofilisk design handler om å redusere stress, og med tanke på at stress er vanlig for barn på sykehus, er det hensiktsmessig å anvende naturmaterialer for å redusere stressorer (Beute & de Kort, 2014).

Natur

Å ha mulighet for å se på og oppholde seg i grønne omgivelser med trær og vegetasjon ser ut til å ha en positiv innflytelse på menneskers helse, både fysisk og psykologisk, viser undersøkelser som har målt påvirkningen av visuell kontakt med naturelementer. Friluftssykehuset har store vinduer som vender ut mot naturen, både mot trær, elv og himmel. Det er også mulig å bruke uteområdet rundt hytta og det er lagt opp til flere «utendørsaktiviteter». Utsikt og hager sanses som et betydningsfullt frirom for alle brukere av sykehus, både pasienter, pårørende og personale og elementene kan føre til redusert stress og spille en viktig rolle både for sosiale relasjoner og for den enkeltes privatliv (Ulrich, 2012). Også japansk «skogsbadning» eller «shinrin-yoku» har vært benyttet innen det medisinske feltet og på sykehus (Nippon Medical School, 2017). Medisinsk behandling er ikke alltid så lett å flytte ut fra helsebygg, men terapi kan foregå utendørs. Det neste avsnittet vil forklare ulike måter å drive terapi i naturen.

2.6 Naturbaserte terapiformer

Et relativt stort antall undersøkelser har dokumentert positiv påvirkning på helse når det gjelder naturbaserte terapiprogrammer som friluftsterapi, hagebruksterapi og grønne terapiprogram (Frumkin, 2001). Bruk av naturen kan også ha betydning for emosjonsregulering - den kan dempe negative følelser og øke positive følelser. For enkelte mennesker er også tilgang til natur sett på som sentral for psykisk helse (Johnsen, 2011). Dette avsnittet vil ikke gi noen uttømmende oversikt over alle terapiretninger som bruker naturen på en eller annen måte, men trekke frem elementer fra noen av disse perspektivene. For en god gjennomgang, se Jordan (2015).

Ved å flytte terapiarbeidet utendørs kan terapeuter endre hvor og hvordan terapi tradisjonelt har blitt anvendt. Psykiske helseverninstitusjoner og andre mer tradisjonelle omgivelser hvor terapi foregår, kan fremstå begrensende og «låse» brukerne til spesifikke identiteter og atferd (Adams, Jordan, Wren & Wright, 2014). Det å endre på sted og terapiform (Berger, 2006) tillater at både terapeut og klient kan finne andre måter å forholde seg i den terapeutiske relasjonen på og derigjennom frigjøre tenkningen om vanskene. Adams med flere (2014) undersøkte viktigheten som naturen spiller ved

tilfriskning av psykiske problemer. Deltakerne i studien uttrykte hvordan innendørssettinger lukket dem i en mer fastlåst opplevelse av diagnoser som de kjente seg stemplet av og de følte de måtte passe inn i. De opplevde også omgivelser i form av bord, stoler og skarpt lys som problemfylte og stressende, sammenlignet med det å være utendørs i naturlige omgivelser. Disse settingene tilbød dem en større følelse av individualitet og en mer avslappet og intim omgivelse som de følte seg trygge i. Ingen overordnet definisjon av utendørs terapi er så langt fremsatt, heller ikke en omfattende modell av hvordan terapi i naturlige omgivelser utendørs bør praktiseres. Forholdet til naturen har i stor utstrekning tidligere blitt ignorert eller undertematisert i psykologien, men gjennom en årrekke har et praksisfelt som omhandler terapi utendørs oppstått (Jordan, 2015), og avsnittene under vil fokusere mer på ulike terapiformer utendørs.

Psykoterapi innen hagekontekst

Linden & Grut (2002) argumenterer for at det er svært vanskelig å forklare den subtile helende effekten som naturen har på menneskelig psyke. I hennes terapeutiske prosjekt blir naturen sett på som et medium for kommunikasjon og en kilde til heling innenfor det terapeutiske arbeidet. Klientene ble spurt om å skape ting fra fortiden som kunne hjelpe dem til å overkomme traumer fra tidligere. På denne måten kan naturen tilby et rikt tilfang av materiale å arbeide med som det ofte ikke er tilgjengelig på i en vanlig kontorsetting. Også fysiske og estetiske aspekter ved naturen er viktige på den måten at det som sanses gjennom lukter, det taktile, lyder og de visuelle elementene som sol og regn får betydning. Terapeutisk arbeid utendørs i naturen kan potensielt være multifasettert med ulike relasjoner mellom indre og ytre virkelighet. Terapeuten har ikke bare en enkelt rolle, men kan være medskapende med klienten og på samme tid utforske følelser og tanker i kommunikasjonen som skifter mellom det terapeutiske og sosiale. Terapeuten mister det fysiske rommet på kontoret og må være mer fokusert på de psykologiske båndene til klienten gjennom godt terapiarbeid, og terapeutens evne til å forstå og anvende ulike relasjoner og de unike terapeutiske mulighetene som dukker opp i naturen. Det å holde den terapeutiske rammen i en utendørskontekst kan også være utfordrende (Jordan, 2015). En norsk studie i 2008 og 2009 viser at det er en gjennomgående bedring i alle parametre relatert til mental helse og at deltakelse i terapeutisk hagebruk for personer med en diagnostisert depresjon var nyttig (Gonzalez, 2012). Flere artikler er publisert fra studien (se

for eksempel Gonzales, Hartig, Patil, Martinsen & Kirkevold, 2010; Gonzales, Hartig, Patil, Martinsen & Kirkevold, 2011). På bakgrunn av de positive funnene utfordres det kliniske miljøet å ta i bruk parker, hager og landskap til helsefremmende tiltak (Gonzales, 2012, s. 324).

«Nature-guided therapy»

Burns (1998) trekker på Milton Ericksons arbeid og fremhever betydningen av klientens sansemessige bevissthet gjennom kontakt med den naturlige verden. Han hevder at våre sanser gir oss kontakt med den naturlige verden, og det er gjennom sansene at emosjonelle responser kan bli trigget. Den terapeutiske effekten av naturen erfares gjennom sansene. Naturen tilbyr uendelig variasjon på en måte som ikke er mulig på et kontor. Bruk av sansene i naturen er fundamentalt viktig terapeutisk, og naturen kan tilby en rekke behagelige sansninger. Gjennom kontakt med sansene kan klientens indre opplevelse av et symptom flyttes til å fokusere mer på vitalitet og livgivende energi. Det kan hjelpe på vei til økt opplevelse av bedre helse.

Friluftsterapi

Andre terapiformer som friluftsterapi («adventure and wilderness therapy») er vanligvis assosiert med aktiviteter som medium for det terapeutiske arbeidet (Richards & Peel, 2005). Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus HF har utviklet et tiltak som kalles «Friluftsterapi for utsatt ungdom». Leif Einar Gabrielsen og Carina Ribe Fernee behandler ungdom som er henvist med depresjoner, angst, lavt selvbilde og selvskading (Fernee et al., 2015). Retningen har medført en spirende vekst i feltet, men blitt kritisert for en bred definisjon og forvirring om hva «terapien» består av og hvilken rolle naturen spiller. Hvordan terapeutene forstår klientenes indre verden og hvordan dette relateres i den ytre verden, er et viktig aspekt ved terapi. Likevel er naturen som terapeutisk omgivelse underteoretisert og redegjort for i disse programmene. Naturen blir ansett som et sted som kan brukes, ikke som en annen meningsfull relasjon som er sentral for den terapeutiske prosess, hevder Jordan (2015). Videre har denne retningen blitt kritisert for å ikke ta inn betydningen av den terapeutiske dimensjonen som naturen tilbyr i seg selv. Greenway (1995) stiller spørsmålet: Dersom målet for utendørsterapier er indre psykologisk

endring, hvorfor gå ut i naturen i det hele tatt når psykologisk endring best kan bli ivaretatt i urbane omgivelser.

Ett av de skiftene som skjer når terapeut og klient forlater kontoret og flytter seg utendørs, er en mer multidimensjonell måte å arbeide på enn metodene som terapeuten normalt bruker. Ikke bare må terapeuten observere og relatere til klienten i en stadig skiftende naturlig kontekst, terapeuten må også lytte til klientens narrativer og på samme tid holde øye med været, veien og ruten, muligheter for å bli forstyrret av andre personer eller støy som kan virke invaderende på det terapeutiske rommet. Samtidig som terapeutene skal holde oppe trygghetsfølelse for klienten eller gruppen, må de stadig vurdere fysisk sikkerhet og terreng. Det å holde et terapeutisk trygt rom i en utendørs setting krever at terapeuten arbeider på en mer multidimensjonell måte enn det som er nødvendig innendørs. De må ha oversikt over de ulike omgivelsene som gruppen opererer i og samtidig holde rommet for terapeutisk arbeid som både er emosjonelt og fysisk trygt. Egenskaper som her beskrevet trengs for å ha en moden og multifasettert identitet som terapeut (Jordan, 2015).

Naturterapi

Natur kan også ses på som en levende og dynamisk partner i det terapeutiske arbeidet, et «tredje» element i det terapeutiske prosessarbeidet utendørs: naturen som med-terapeut. Naturen har en sentral rolle i å mediere den terapeutiske prosess; den er den terapeutiske settingen for arbeidet og har derfor en sentral rolle i det relasjonelle dynamiske terapiarbeidet (Berger & McLeod, 2006). I motsetning til en innendørs terapisseting hvor terapeuten oftest «eier og kontrollerer» rommet, representerer utendørs settinger et mer demokratisk rom for det terapeutiske arbeidet og har derfor stor påvirkning på forholdet mellom klient og terapeut. Ved å linke terapi i naturen med kunst- og uttrykksterapi, er bruken av metaforer og symbolisme sentrale i den terapeutiske prosessen. Possessene i naturen (for eksempel en storm) kan også tilby et rikt materiale for analogier med livets utfordringer og eksistensielle temaer (Berger, 2006). Mange av de samme elementene som er framhevet i naturbaserte terapier, finnes også innen kunstterapien.

2.7 Kunstterapi og symbolikk i naturen

Kunst- og uttrykksterapi representerer en bevegelse bort fra hovedsakelig verbal dialog mellom to mennesker som sitter i hver sin stol. Kunstterapi betrakter kunsten og kunstuttrykkene som sentral i den terapeutiske og helende prosessen. For Robbins (1994) er det som er vakkert i kunstterapi kunstuttrykket i seg selv eller «transitional space» (overgangsrommet) mellom klienten og terapeuten. Terapi i naturen har visse likheter med kunst- og uttrykksterapi. Sentralt er bruken av metaforer og symbolisme i den terapeutiske prosessen. Freud og Breuer fremhevet i sin velkjente bok «*Studies on hysteria*» hvor viktig symboler og metaforer er i terapi (1895/2011). Freud jobbet mye med drømmetydning gjennom bruk av symbolikk. Jung kalte symbolikk i drømmer for drømmesymboler eller arketyper (Nordahl, 2009).

Kunst kan representeres av symbol bakenfor ordene og skape et forhold mellom menneske og natur. Eksempel på dette er «The land art movement» som undersøker det estetiske aspektet av kunst slik den fremkommer i naturen. Denne kunstformen skaper kunst av råmateriale i de naturlige omgivelsene hvor materialene befinner seg (se for eksempel Andy Goldsworthy, 2004). Goldsworthys estetikk kan beskrives som en dyp forbindelse med og forståelse av naturlige omgivelser og hvordan kunst kan veves inn i naturen. Kunstterapi har demonstrert viktigheten av symbolsk innhold gjennom medier, i form av kreativitet, bevegelse, dans, drama og musikkterapi og representerer et verktøy og en prosess hvor både det bevisste og ubevisste kan bli forstått. Ronan Bergers (2006) tilnærming «Building a home in nature» trekker i stor grad trekker veksler på ideer og praksis i kunst- og dramaterapi, men introduserer også naturen som noe «tredje» i prosessen, som et tillegg til klient-terapeut dyaden. Ideen med estetikkerfaringer og dets psykologiske og emosjonelle affekter blir viktigere i terapi i utendørs settinger fordi et annet element er introdusert i den terapeutiske prosess: De naturlige omgivelsene. På denne måten kan vi se likheter mellom kunstterapiene og hvordan symbol, erfaring og prosess i form av kreativitet blir viktig enten som medium for å nå inn til indre psykologisk materiale eller på et estetisk eksperimentelt nivå som er terapeutisk i seg selv. Sansning og sensorisk kontakt blir mer fremtredende i utendørs naturlige miljøer på grunn av følelsen av luft, varme, det taktile, hørsel og lukt.

Frizell (2008) argumenterer for at kreative kunstterapi er, i sin natur, opptatt av å uttrykke en indre verden som finnes bak ordene. Dette er særlig relevant for terapi med barn. De har færre ord å uttrykke seg med og da vil andre måter å finne en felles verden på, være nyttige.

2.8 Barn og terapi i naturlige omgivelser

Sykehusomgivelser kan virke særlig skremmende for barn og derfor er det interessant hva terapi i andre fysiske omgivelser kan tilby. Barn lar seg påvirke i stor grad av naturen og effekten den har på deres psykiske helse. I en studie er det påvist at barn som var fysisk aktive i naturen, var mindre sårbare for å utvikle depresjon og psykiske lidelser (Zahl, Steinsbekk & Wichstrøm, 2017).

Stern (1985) tar utgangspunkt i spedbarnsforskning når han setter likhetstegn mellom barns tilknytning til signifikante voksne og tilknytningen mellom klient og terapeut for å skape en god behandlingsrelasjon. Han har også hevdet at mennesket er skapt til sansning fordi tidlige tilknytningsopplevelser tas inn gjennom sansene. Fokus på fysiske omgivelser kan, med sin basis i sansning, følgelig også medvirke til å hele traumer og ubehandlede relasjonelle erfaringer for barn som er innlagt ved sykehus og som ofte opplever traumer i tilknytning til innleggelse og smertefulle medisinske prosedyrer. Ved økt fokus på fysiske omgivelser ved sykehuset kan man stimulere til mer tilstedeværelse og flytopplevelser. Flytopplevelser innebærer en tilstand hvor vi er helhjertet i det vi gjør og glemmer tid, sted og bekymringer og smerte. Vi lar oss engasjere og blir oppslukt av en aktivitet for kortere eller lengre tid (Csikszentmihalyi, 1996). Denne flytopplevelsen kan ha likheter med positiv distraksjon. Begrepet «positiv distraksjon» innebærer at ikke alle miljøegenskapene eller typer av stimuli er like effektive (Ulrich, 1991). Positiv distraksjon henviser til en liten kategori av miljøegenskaper, omstendigheter eller særskilte typer av stimulering som forskning har vist forbedrer emosjonelt velbehag, reduserer stress, fastholder oppmerksomhet og virker smertelindrende (Ulrich, 1991; 2008). Noen av de mest effektive positive distraksjonene har vært fordelaktige for mennesker gjennom evolusjonen. Det gjelder naturelementer som trær, blomster og vann. Også dyr som ikke utgjør en trussel, ansikter som uttrykker omsorg eller lykke (Frumkin, 2001; Ulrich, 1991), samt musikk kan virke effektivt som positiv distraksjon (Larsen, 2007).

I følge Dewey er en sansning av det estetiske nødvendig for vårt velbefinnende fordi det skaper økt vitalitet, som er oppbyggende (referert i Compton, 2005). Med andre ord hjelper den estetiske opplevelsen oss til å omforme det rutinepregede og trivielle ved å intensivere vårt forhold til den umiddelbare erfaring. Det blir altså et aspekt av oppmerksomt nærvær. Fra et psykologisk ståsted kan ønsket om å stimulere de estetiske opplevelsene ha mange målsetninger. Vi verdsetter naturen på grunn av landskapets skjønnhet. Malerier, fotografier og annen type kunst i institusjonen kan ha en erindringsfunksjon knyttet til steder pasientene har vært eller mennesker de er glade i. Disse gjenstandene fungerer ofte som stimuli for positive emosjoner ved gjenhenting av hyggelige minner eller ved en bevegelse bort fra noe som er smertefullt og vanskelig, om bare for et øyeblikk. Fokuset på humør og positiv affekt har også vært anvendt innen miljøpsykologi. Positive emosjoner har blitt koblet direkte til bedre objektiv og subjektiv helse (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000) og påvirker vår tenkning, blant annet ved å betrakte informasjon mer bredt, noe som støtter høyere nivåer av kreativ tenkning. Bredere tenkning støtter i tillegg vår evne til å komme overens med andre (Fredrickson & Joiner, 2002). Positive følelser har blitt koblet til bedring av immunsystemet (Salovey et al., 2000). I tillegg medfører estetikk en interesse for nye objekter, spennende mønstre og uventede fargekombinasjoner som kan stimulere nysgjerrighet og interesse for livet og tilværelsens innhold (Compton, 2005). Med tanke på barn i behandling kan det også ha en læringsfunksjon som gir pasientene positiv distraksjon i kontakt med naturen og de fysiske omgivelsene. En positiv oppbyggende sirkel kan oppstå hvor barna er i kontakt med naturen, får stimulert nysgjerrighet og læring som igjen kan medføre positiv selvtillit og gode følelser, nedsatt stress, bedret immunsystem og potensielt vil føre til raskere tilfriskning og bedre livstilfredshet.

2.9 Oppsummering teori og empiri

Som oppgaven har vært inne på, synes det interessant å fremheve Ulrichs «stress reduction theory» (SRT) for å dempe stress og aktivering/arousal siden undersøkelser og terapeutiske erfaringer med somatisk syke barn på sykehus har vist at nedregulering er sentralt i terapi og at naturen kan gi lettere tilgang til redusert sympatikusaktivering. Når det gjelder mental gjenhenting, har Kaplan og Kaplans «attention restoration theory» (ART) vist gode resultater

på hvordan naturen kan redusere mental tretthet. Også kunnskapen om biofilisk design med fokus på bruk av tre og naturlige materialer vil kunne påvirke terapien i positiv retning. Fordelen med disse teoriene er at de allerede er forsket en del på og har vist lovende resultater, men svakhetene er at det ikke er nok detaljerte kunnskaper ennå om hva effekten kan tilskrives (Rydstedt & Johnsen, 2019). Selv om teoriene tar utgangspunkt i naturen og opplevelser utendørs, vil det kunne tenkes at både gjennomtenkt bruk av arkitektur, kunst, farger og andre faktorer både i og utenfor Friluftssykehuset vil kunne frembringe samme gunstige påvirkninger på barna mentalt og fysisk, og at funnene slik kan generaliseres til andre terapeutiske settinger og til andre pasientgrupper.

3. Metode

Denne delen av masteroppgaven belyser prosedyrer og metoder som ble anvendt for innsamling, transkribering og analyse av data i den foreliggende forskningsstudien, samt etiske vurderinger knyttet til oppgaven. Alle data er samlet inn av studenten.

3.1 Kvalitativ metode og fenomenologi

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon som ble grunnlagt av Edmund Husserl på begynnelsen 1900-tallet og videreutviklet som eksistensfilosofi av Martin Heidegger. Senere ble den også videreutviklet i retning av eksistensialisme og dialektikk av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty. Fokuset dreide seg i starten om bevissthet og opplevelse, før Husserl og Heidegger utvidet fokuset til å inkludere menneskets livsverden (Howitt, 2016). Merleau-Ponty og Sartre ønsket at fenomenologien skulle omfatte kroppslige aspekter og menneskelige handlinger i historisk sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2019).

Fenomenologi har vært anvendt i stor grad innen kvalitativ forskning og fenomenologi i denne sammenheng peker på en interesse for å forstå fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene (Howitt, 2016). Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiv. Slike intervjuer søker å hente inn beskrivelser fra informantens livsverden og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Det ligger nært en samtale i dagliglivet, men formålet er et profesjonelt intervju (Giorgi, 1985). Det er seminstrukturert siden det verken er en åpen samtale eller en intervjuguide med lukkede spørsmål. Utførelsen av intervjuet er basert på en intervjuguide som omfatter bestemte temaer og som kan inneholde forslag til spørsmål. Som regel blir intervjuet transkribert og den skrevne teksten og lydopptakene utgjør til sammen materialet for den etterfølgende meningsanalysen (Kvale & Brinkmann, 2019). Kvale og Brinkmann (2019) beskriver tolv fenomenologisk inspirerte aspekter eller nøkkelord. Disse vil ikke gjennomgå i detalj her, men omfatter livsverden, mening, kvalitet, deskriptivitet,

spesifisitet, bevisst naivitet, fokus, flertydighet, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig (interpersonell) situasjon og positiv opplevelse.

Fordeler og ulemper ved fenomenologien

Fenomenologien har vært betydningsfull for kvalitativ forskning og medført at kvalitativ forskning har blitt en legitim vitenskapelig metode gjennom anvendelse av trinn og prosedyrer i analysen (Howitt, 2016). Kritikken har likevel vært at den fremmer en individualistisk og essensialistisk tilnærming for forskning med fokus på fenomenologiens interesse for å beskrive det gitte. Fenomenologiens talsmenn fremhever dens evne til å legge et stabilt grunnlag for flere typer av kvalitativ forskning; kritikerne angriper essensialismen og forestillingen om erfaring som noe gitt, noe som karakteriserer visse versjoner av fenomenologien, særlig den formen som bygger på Husserl (Kvale & Brinkmann, 2019).

Fortolkende fenomenologisk analyse

Flere analysemetoder bygger på fenomenologien. De vanligste er tradisjonell fenomenologisk analyse, narrativ psykologisk analyse og fortolkende fenomenologisk analyse (interpretative phenomenological analysis – IPA). Denne oppgaven anvender IPA. Det som skiller fenomenologiske tilnærminger fra andre kvalitative tilnærminger, er at fenomenologiske analysemetoder har en klar teoretisk eller filosofisk forankring som er forskjellig fra eksempelvis tematisk analyse eller grounded theory. Fokuset er på beskrivelse av en eller flere opplevelser av et fenomen. Fenomenologien er derfor mer opptatt av *hva* som blir formidlet heller enn *hvordan*, som er forskjellig fra eksempelvis diskursanalyse (Howitt, 2016). Den fenomenologiske psykologien forsøker å hjelpe deltakerne til å beskrive sine direkte opplevelser og dybdeforståelsen av ulike typer erfaringer. Fenomenologiske studier innen psykologien kalles ofte «deskriptiv tilnærming» og er opptatt av fenomenet slik det oppleves av informantene, og å beskrive essensen av et fenomen (Smith & Osborn, 2015).

Fortolkende fenomenologisk metode er utviklet av Jordan Smith. Fenomenologi er tradisjonelt deskriptivt, mens IPA trekker også i større grad inn fortolkning både hos forskerne og informanter. IPA tolker resultater og er derfor ikke begrenset til å være beskrivende slik vanlig tradisjonell fenomenologi i større grad er. IPA bruker psykologilitteraturen aktivt for å tolke og forstå resultatene. Hermeneutikk (teksttolkning) står sterkere i IPA (Palmer, 1969). Tolkning og meningsdannelse i tekst er et kulturelt produkt og avhenger av leser. IPA gir mulighet for ideografisk fokus (enkelt kasus); hvor tradisjonell fenomenologi fokuserer på generelle beskrivelser av fenomener, søker IPA å være så nær førsteperson-opplevelse som mulig (Howitt, 2016). IPA fokuserer heller ikke på «meningsenheter og struktur» i samme grad som tradisjonell fenomenologi, men heller på «tema» (Smith & Osborn, 2015).

3.2 Kvalitative intervjuer

For å kunne betrakte helse og sykdom som dynamiske prosesser i levende mennesker, trengs ikke bare generaliserbar kunnskap (Malterud, 2002). Når kvalitative intervjuer anvendes, åpnes en større mulighet for å få detaljert kunnskap om fenomenet som undersøkes (Silvermann, 2017), i dette tilfellet hvordan terapeuter erfarer at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og kronisk somatisk syke barn. Det gir også mulighet for å undersøke temaet i dybden, og det kan lettere la seg gjøre å få tilgang på informantens psykologiske verden (Smith & Osborn, 2015). En annen fordel er at informasjonen innhentes i den konteksten aktivitetene som undersøkes, faktisk foregår (Crabtree & Miller, 1999). Det gjør det mulig å tematisere både oppfatninger, erfaringer og meninger innenfor den konteksten hvor de anvendes (Yin, 1994). I tillegg fikk intervjueren være inne i hytta, og fikk se området rundt hytta, slik at det er enkelt å forestille seg og forstå informasjonen fra informantene. Siktemålet ved bruk av kvalitative intervjuer kan tilskrives mangfoldet av informasjon som kan genereres (Patton, 1990). Slike data er meningsbærende ytringer om informantens forståelse og tolkning av situasjonen og ikke hva som objektivt sett medfører riktighet (Svartdal, 2009). Målet er å få informantens egne beskrivelser og oppfatninger om hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og kronisk somatisk syke barn.

Intervjuene i denne studien har vært gjennomført individuelt, men kunne også vært gjennomført gruppevis. En av ulempene ved gruppeintervju er at det kan være en mulighet for at ikke alle informantene tør å snakke åpent eller dele alt de tenker på (Malterud, 1996). Gruppeintervju kan også i større grad enn enkeltintervju generere nye ideer og tanker hos informantene, noe som anses å være en fordel, og dette aspektet mister man ved å gjennomføre enkeltintervju. Ettersom utvalget i denne studien var lite, ble det mest naturlig å foreta individuelle intervju. Noen av fordelene ved å gjennomføre intervjuene enkeltvis, er økt sannsynlighet for at all informasjon fremkommer (Howitt, 2016). I tillegg kan informantene snakke fritt uten avbrytelser. Det sikrer også i større grad at ytre påvirkende faktorer ikke forstyrrer (Svartdal, 2009).

«Ekspertintervju»

Eliteintervjuer foregår med ledere eller eksperter. Eksperter er ofte vant til å bli spurt om tanker og meninger og en intervjuer med en viss ekspertise om intervjutemaet kan være en interessant samtalepartner. En intervjuer med kunnskap om intervjutemaet vil kunne oppnå en viss grad av symmetri i intervjurelasjonen. Intervjuer med eksperter der intervjueren bidrar med sine oppfatninger om intervjutemaet, kan føre til ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2019). Ved å snakke med terapeutene som «eksperter» innen sitt fagfelt, mistes muligheten til å snakke direkte med barna om deres opplevelser. Fordelen ved å intervju fagpersoner kan være tilgangen på metaperspektivet om temaet og erfaringene som fenomenet kan knyttes til.

3.3 Troverdighet: Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Spørsmålet om validitet, reliabilitet og generalisering har av enkelte kvalitative forskere blitt ignorert eller avvist. Grunnen til dette er at de anser begrepene som undertrykkende, positivistiske begreper som hindrer en kreativ og frigjørende kvalitativ forskning. Lincoln og Guba (1985) har tatt i bruk dagligdagse språkuttrykk for å diskutere forskningsfunnenes sannhetsverdi ved å anvende begreper som troverdighet, tilforlattelighet, sikkerhet og

bekreftbarhet. I motsetning til dette anser Lather (1995) begrepet validitet som en oppfordring til samtale og forsøker å nytolke validitetsbegrepet. Ulike forskningstradisjoner preges av forskjellige valg av begreper som anvendes for å vurdere forskningsprosjektets troverdighet, og innen kvalitativ forskning er troverdighet et overordnet begrep for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2019). I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Ellingsen, 2010). Enkelte hevder imidlertid at likheten mellom kvalitative og kvantitative forskningsmetoder er viktigere enn forskjellene. En sjekklister operasjonalisert for å vurdere kvaliteten av kvantitative strategier kan være særdeles uegnet til å vurdere vitenskapelig kvalitet av en kvalitativ studie (Malterud, 2002). Vurdering av troverdighet i kvalitative forskningsintervju innebærer i hvilken grad forskeren har frembrakt intervjuer som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det er glidende overganger mellom disse begrepene og en forutsetning for å få gyldige data, er at de er pålitelige (Brinkmann & Kvale, 2019).

Spørsmålet om gyldighet dreier seg om forskeren har undersøkt det som forskeren skulle undersøke (Denzin & Lincoln, 2017; Ellingsen & Drageset, 2008; Polit & Beck, 2004). Dette krever at forskeren underveis i intervjuet regelmessig sjekker sin egen oppfatning av det som blir formidlet. Råmaterialet oppfattes da i størst mulig grad som en felles forståelse mellom informant og forsker. I kvalitativ forskning er også forskerens kompetanse og egnethet avgjørende for dataene som skapes. Hvordan intervjuet er utført, notater som er tatt underveis, hvordan intervjuet er transkribert, dokumentert og redegjort for, er spørsmål som er sentrale for å vurdere gyldighet. Leseren har også selv mulighet for å vurdere gyldighet når kontekst, intensjon og perspektiv er redegjort for (Brinkmann & Kvale, 2019).

Pålitelighet omfatter konsistens og troverdighet og hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Intervjuerens reliabilitet er spesielt viktig med tanke på å uforvarende stille ledende spørsmål som kan påvirke svarene. Mens det er ønskelig med en høy grad av pålitelighet av intervjufunnene for å motvirke vilkårlig subjektivitet, kan en for sterk fokusering på pålitelighet motvirke kreativ tekning og variasjon. Om intervjueren får mulighet til å følge egen intervjustil, improvisasjon og fornemmelser, skapes bedre betingelser for kreativitet og flyt (Brinkmann & Kvale, 2019).

Overførbarhet (generalisering) handler om i hvilken grad resultatene er av primær interesse lokalt eller om de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner, dersom intervjuundersøkelsen som ligger til grunn vurderes som pålitelig og gyldig. Innvendinger mot overførbarhet dreier seg om at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan overføres (Kennedy, 1979). Men hvorfor generalisere? Stadige krav om at samfunnsvitenskapene skal formidle kunnskap som må generaliseres, kan inneholde tanker om at vitenskapelig kunnskap må være universell og gyldig til alle tider og på alle tidspunkter for alle mennesker, alltid. «Kvalitativ generalisering» har særlig vært drøftet i tilknytning til kasusstudier. Dersom man er interessert i overførbarhet, dreier spørsmålet seg ikke om intervjuresultatene kan overføres globalt, men om kunnskapen som er produsert i en spesifikk intervjusituasjon kan overføres til andre relevante situasjoner, og hvordan kan man i tilfelle overføre denne kunnskapen. Basert på Stakes (2005) diskusjon om overførbarhet på grunnlag av kasusstudier, trekkes her kort frem tre former for overførbarhet. *Naturalistisk generalisering* er basert på personlige erfaringer og medfører forventninger snarere enn formelle forutsigelser. *Statistisk generalisering* er formell og eksplisitt og basert på representative informanter tilfeldig valgt ut fra befolkningen. *Analytisk generalisering* handler om begrunnede vurderinger om funnene fra en studie kan anvendes som rettleidende for hva som kan hende i en annen situasjon. Den er grunnlagt på likheter og forskjeller mellom ulike situasjoner. Ved spesifisering av evidens og ved å gjøre argumentene eksplisitte, tillater forskeren at leseren selv kan bedømme hvor holdbar overførbarheten er. Analytisk generalisering hviler på rikholdige kontekstuelle beskrivelser og krever at beskrivelsene av intervjuprosessen og intervjuproduktene er av høy kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2019). For denne studien er det analytisk generalisering som er målet.

3.4 Utvalg

Utvalget (se tabell nr. 1) bestod av fem kvinnelige terapeuter som hadde benyttet Friluftssykehuset til terapi med barn, eventuelt også med barnas familie. Informantene ble hovedsakelig valgt ut fra et tilgjengelighetsprinsipp. Terapeutene ble spurt av en ansatt ved avdelingen og meddelt studenten når de hadde samtykket til å bli intervjuet. Det er derfor ikke et gitt premiss at de er rimelig representative for alle terapeutene. Noen terapeuter hadde benyttet seg av Hegrehytta ofte, andre mer sporadisk. Alle fem var behandlere

tilknyttet S-BUP Rikshospitalet ved OUS. Noen hadde arbeidet ved avdelingen i flere år, mens andre relativt nylig var startet. Aldersspennet var fra omtrent 30 år til omtrent 60 år.

| | Kjønn | Aldersspenn | Faglig tittel | Hvor lenge jobbet på S-BUP |
|--------------------|--------|-------------|---------------------------------|----------------------------|
| Informant 1 | Kvinne | 40-45 år | Psykologspesialist barn og unge | Cirka 3 år |
| Informant 2 | Kvinne | 55-60 år | Lege | Cirka 20 år |
| Informant 3 | Kvinne | 40-45 år | Psykologspesialist barn og unge | Cirka 10 år |
| Informant 4 | Kvinne | 35-40 år | Psykolog | Cirka 6 år |
| Informant 5 | Kvinne | 30-35 år | Psykolog | Under 1 år |

Tabell 1: Studiets utvalg

Hvor mange intervjupersoner studien skulle omfatte, ble vurdert i forskningsgruppen (se neste avsnitt). Tendensen i kvalitativ forskning har vært at utvalget har vært for lite eller for stort (Kvale & Brinkmann, 2019). Dersom utvalget er for lite, er det vanskeligere å generalisere (analytisk) og om utvalget er for stort, blir det liten tid til å foreta en dyptgående analyse av intervjuene. Antallet informanter avhenger også av formålet med undersøkelsen. I denne studien ble fokuset lagt på fordelene av å ha et mindre antall intervjuer og heller bruke tid på forberedelser og analyser av intervjuene.

3.5 Temaer i intervjuguiden

En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, da intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at temaet eller fenomenet blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler. Intervjuguiden skal ta utgangspunkt i det kvalitative intervjuets

to dimensjoner: Den teoretiske, som er relevansen for prosjektets problemstilling, og den dynamiske, som handler om å skape en god intervjuinteraksjon.

Intervjuguiden tok utgangspunkt i behandlernes opplevelse av hvordan de fysiske omgivelsene ved Friluftssykehuset kan påvirke terapi med alvorlig og kronisk syke barn. Tanken bak intervjuguiden var å bruke en tolkende fenomenologisk tilnærming og ha en åpen intervjuguide med stikkord som skulle anvendes bare dersom informanten ikke selv nevnte temaet. På denne måten skapes gode muligheter for å få frem bredden og dybden i opplevelsen av Friluftssykehuset, og kunne følge de temaene som dukket opp.

Hovedkategoriene i intervjuguiden var:

- Hvordan terapeutene ser at det påvirker barn å komme til Friluftssykehuset og uteområdet
- Hvordan terapeutene opplever å ha terapi med barn i og ved Friluftssykehuset sammenlignet med den vanlige kliniske settingen
- Hvordan terapeutene ser at bruk av Friluftssykehuset og uteområdet påvirker familien og de pårørende til det syke barnet
- Hvordan de ser at bruk av Friluftssykehuset og uteområdet påvirker barnet og familiens forhold til sykehuset
- Når og hvordan terapeutene ser at det er hensiktsmessig å bruke Friluftssykehuset
- Hva de tenker om overføring av erfaringer fra Friluftssykehuset inn i sykehussituasjoner
- Hva de tenker om overføring av erfaringer fra Friluftssykehuset på Rikshospitalet til andre sykehus og klinikker

Se vedlegg 2 for nærmere beskrivelse.

3.6 Gjennomføring av intervju

Det ble dannet en forskningsgruppe på Friluftssykehuset bestående av ansatte ved avdelingen og eksterne masterstudenter, samt studentenes veiledere, i tillegg arkitekter fra

Snøhetta som hadde tegnet Friluftssykehuset/Hegrehytta. Gjennom møter i forskningsgruppen ble temaer og mulige intervju spørsmål tematisert og både informasjonsskriv og intervjuguide ble sendt til forskningsgruppen for innspill. Informasjonsskriv og samtykkeskjema, samt intervjuguide, ble lagt ved søknad til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og godkjenning fra NSD forelå før intervjuene ble avtalt.

En kontaktperson i forskningsgruppen tok kontakt med seks behandlere som hadde brukt Friluftssykehuset og som i utgangspunktet var interessert i å intervjues. Det ble sendt e-post til terapeutene for å bekrefte tidspunkt for intervju, samt informere om prosedyrer. Informasjonsskriv og samtykkeskjema, i tillegg til intervjuguide, ble vedlagt e-postene. Ettersom dette ble ansett som «ekspert»-intervju, fremsto det som hensiktsmessig at informantene kunne lese gjennom intervjuguiden på forhånd og reflektere over spørsmålene før intervjuet skulle gjennomføres. Det ble gjennomført fem intervju med behandlere som hadde benyttet Friluftssykehuset og uteområdet. En behandler valgte å trekke seg fra prosjektet før intervjuet.

Tanken var at samtlige intervju skulle bli gjennomført i Hegrehytta på grunn av kontekstens betydning. Et intervju måtte imidlertid gjennomføres på terapeutens kontor grunnet praktiske hensyn. I forkant av intervjuet hadde informantene blitt informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn for dette. Samtykkeskjema ble signert av deltakerne. Hvert intervju tok omtrent 60 minutter å gjennomføre, i tillegg til informasjon i forkant og etterkant av selve intervjuet. Det ble gjort anonyme lydopptak av intervjuene ved bruk av appen Diktafon via Høgskolen Innlandet sitt nettbaserte system for å sikre tilstrekkelig anonymitet og forsvarlig lagring av datamateriale. Lydopptakene vil bli slettet når de ikke lenger skal brukes. Intervjuene ble gjennomført 27. og 30. januar 2020.

Intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide som gjør at intervjuene kan sies å være semistrukturerte. Dette gir rom for at både informant og intervjuer kan ha en dialog som kan justeres basert på svarene til informanten. Det ble gitt stikkord underveis dersom ikke informanten nevnte temaene selv. Denne tilnærmingen øker mulighet for både

oppfølgings spørsmål, men også improvisasjon. Informantene kan i tillegg introdusere nye temaer eller stikkord som ikke var beskrevet i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2019). Videoopptak kunne gitt en enestående mulighet til å analysere det mellommenneskelige samspillet i intervjuet, men all informasjonen gjør videoanalyse til en meget tidkrevende prosess og bruk av videoopptak ble derfor valgt bort i det foreliggende prosjektet. I de fleste intervju prosjekter er imidlertid den vesentlige interessen innholdet av det som sies. Det ble skrevet noen notater under intervjuene, men det ble vurdert at detaljerte notater kunne påvirke flyten i samtalen, og det ble derfor kun skrevet stikkord. En utfordring var å vurdere hvor mye informasjon terapeutene skulle få umiddelbart i forkant av intervjuet for å unngå å påvirke dem til å svare ønskelig. En annen utfordring som oppsto, var å stille relevante oppfølgings spørsmål på en nøytral måte uten å formulere ledende spørsmål som kunne påvirke informantene til å svare på bestemte måter.

3.7 Transkribering

Kvaliteten på selve intervjuet blir ofte drøftet, mens kvaliteten på transkripsjonen sjelden gjøres til gjenstand for omtale i litteraturen (Kvale & Brinkmann, 2019). Transkripsjon er en fortolkningsprosess der forskjellene mellom talespråk og skrevne tekster kan skape en rekke praktiske og prinsipielle problemer. Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen. Man skifter fra talespråk til skriftlig språk. Transkripsjon av intervjusamtalen til en skriftlig form innebærer en abstraksjon, der stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt (Kvale og Brinkmann, 2019).

Etter gjennomførte intervju ble lydopptakene transkribert. Hele intervjuet ble transkribert, inkludert spørsmål fra intervjueren. Transkriberingen ble gjort på et semantisk nivå og innebærer at alle ord som ble sagt ble transkribert (Smith & Osborn, 2015). Både falske starter (false starts) på setninger, signifikante pauser, latter og andre vesentlige elementer ble transkribert. Transkriberingen ble gjort ordrett og kan derfor inneholde grammatikalsk ukorrekte setninger. All transkribering er anonymisert ettersom informantene snakket om følsomme emner og det ble vurdert som viktig å beskytte konfidensialiteten, både til

intervjupersonene og til personene, institusjonen og avdelingene som nevnes i intervjuet. Av hensyn til konfidensialitet vil transkripsjonene slettes når det ikke lenger skal brukes.

3.8 Kasusstudie Friluftssykehuset

Kasusstudier fokuserer på spesifikke enheter for analyse, kalt et kasus, og karakteriseres av dette fremfor metodene som anvendes for datainnsamling eller analyser. Et kasus kan være en organisasjon, en by, et samfunn eller en gruppe mennesker. Det kan også være en situasjon, en hendelse eller en opplevelse (Willig, 2013). I denne studien er Friluftssykehuset (se figur nr. 2) et kasus, og fem terapeuter er intervjuet for å undersøke hvordan de opplever at Friluftssykehuset kan virke inn på terapi.



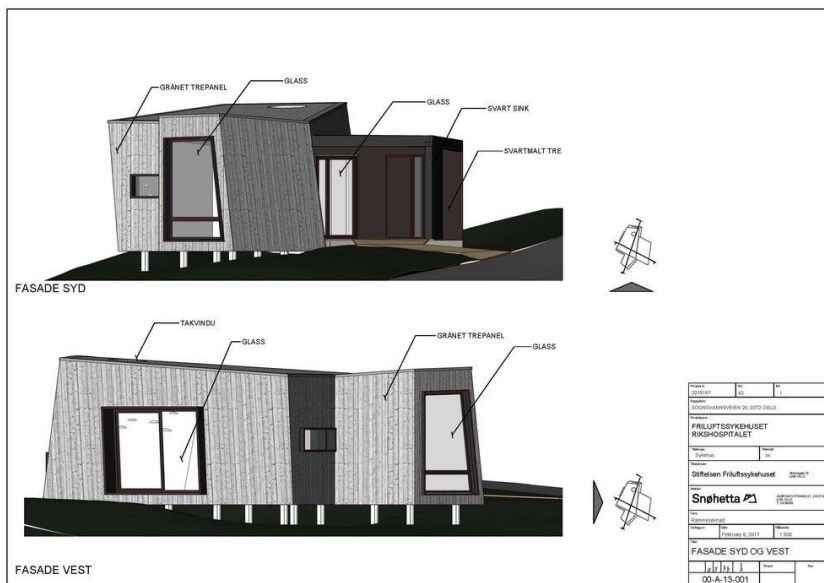
Figur nr. 2: Plantegning hentet fra Friluftssykehusets hjemmeside. Arkitekt Snøhetta.

Kasusstudier anvender en holistisk tilnærming ved at kaset vurderes innenfor sin kontekst. Ingen kasus er uavhengig av omgivelsene og miljøet rundt. Kasusstudier kan gi innsikt i sosiale eller psykologiske prosesser som kan gi mulighet for teoretiske formuleringer eller hypoteser (Willig, 2013). Kasusstudier kan også benyttes for å teste eksisterende teorier eller

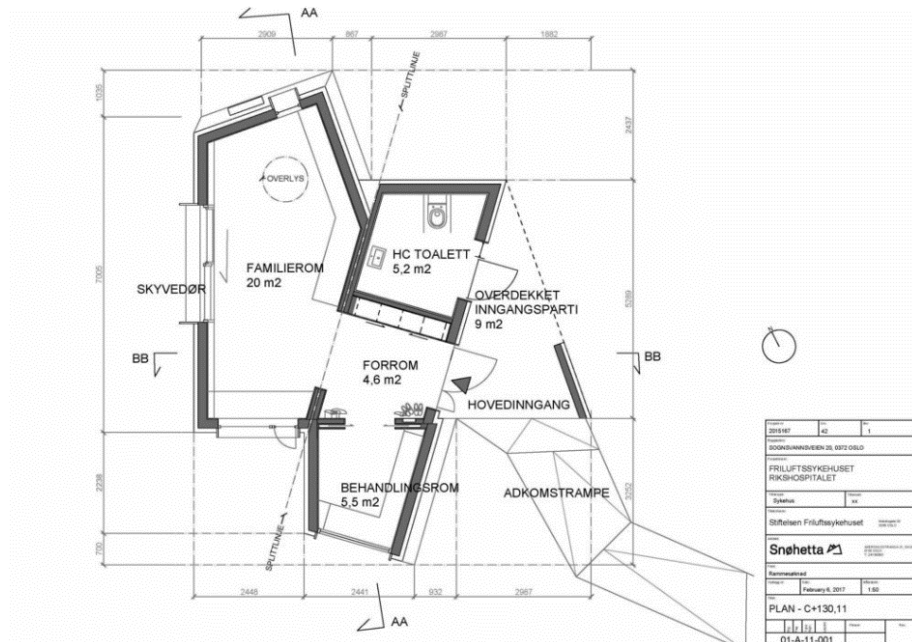
være eksplorative. I foreliggende studie skal kasuset brukes for å undersøke hvordan terapeuter erfarer at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og kronisk syke barn.

Dette kasuset er Friluftssykehuset ved Rikshospitalet, men det er bygd/er planer om å bygge slike friluftssykehus ved flere andre sykehus. Ved Sørlandet Sykehus er det etablert et friluftssykehus og det er planer om friluftssykehus ved St. Olavs hospital i Trondheim, ved Sykehuset Østfold og ved flere andre av landets sykehus. Friluftssykehusene er utviklet for å ivareta et bredt spekter av pasientgrupper. Stiftelsen Friluftssykehuset sin visjon er at flest mulige pasienter, pårørende, ansatte og andre brukere av sykehus skal få anledning til å skape gode minner gjennom mestringsopplevelser, trygge medmenneskelige erfaringer og naturbaserte sanseintrykk som har en positiv innvirkning på mestring av sykdom. Målet er å bedre den helhetlige behandlingen ved opphold på sykehus og at det skal etter hvert bli en ny norsk standard på alle norske sykehus og flere helseforetak. Hyttene er ment å kunne brukes av alle, inkludert alvorlig syke. Det vil være tilgang til hyttene med rullestoler og sykehussenger. Vinduene plasseres slik at pasientene vil kunne se ut uansett om de står, sitter eller ligger. De som er for syke til å reise hjem, men som trenger et avbrekk fra sykehustilværelsen vil da kunne ha anledning til å benytte seg av tilbudet. Alle hyttene bygges på sykehusenes områder, med kort vei til akutt hjelp hvis pasientene har behov for det. På denne måten er det mulig å omgi seg med natur og likevel kjenne trygghet. Hyttene kan fungere som behandlingsrom for ulike avdelinger på de forskjellige sykehusene på dagtid. På ettermiddags- og kveldstid skal hytta være åpen for alle syke som er innlagt på sykehus og deres nærmeste (Lindheim et al., 2020). Se figur nr. 3 som viser plantegning over Friluftssykehuset utendørs.²

²Informasjon om hyttene og plantegninger av Friluftssykehuset/Hegrehytta er hentet fra Friluftssykehuset sin hjemmeside <http://www.friluftssykehuset.no>. Plantegninger av Hegrehytta er fra Snøhetta arkitekter og hentet fra Stiftelsens nettside. Alle foto er tatt av studenten.



Figur nr. 3: Plantegning av Hegrehytta hentet fra Friluftssykehusets hjemmeside. Arkitekt Snøhetta.



Figur nr. 4: Plantegning hentet fra Friluftssykehusets hjemmeside. Arkitekt Snøhetta.

På grunn av forskjellige tomter og omgivelser vil hver hytte oppleves unik. I hyttene er det et familierom/oppholdsrom, et toalett og et samtalerom til terapi (se figur nr. 4 for oversikt over de ulike rommene). Rommene er designet for å utfordre ideen om helse og arkitektur og estetikk, hvor hyttenes vegger og tak er skrå og varierte (Lindheim et al., 2020) (se foto nr. 2 og 3).



Foto nr. 2 og 3: Det store samtalerommet sett fra ulike sider. Foto er tatt av studenten.

3.9 Analyse

Analyseprosessen

Interpretative phenomenological analysis (IPA), eller fortolkende fenomenologisk analyse, brukes for å identifisere kategorier for å gi mening til det informantene uttrykker gjennom en stegvis prosess (Willig, 2013). IPA er innledningsvis induktiv og forsøker å identifisere nye temaer ut fra foreliggende data. På senere tidspunkt knytter den resultatene til relevant teori og empiri gjennom diskusjonen (Smith, 2004). Prosessen er et samspill mellom induktiv og deduktiv analyse. Analyseprosessen starter med å analysere et intervju, før prosessen går videre til neste intervju, slik dette er i tråd med en ideografisk tilnærming til analyse.

Fortolkningsmåten involverer en dynamisk bevegelse mellom deler og helheten, kalt den hermeneutiske sirkel. En setning i intervjuet kan vurderes som en egen del eller som en del av hele intervjuet. Setningen gir mening til helheten og helheten gir mening til setningen. Slik skapes en sirkulær prosess (Smith & Osborn, 2015).

Retningslinjer og en trinnvis metode for å gjennomføre en fortolkende fenomenologisk analyse er fremsatt av Smith og Osborn (2015). De presiserer at retningslinjene kun er forslag fordi det er det personlige analytiske arbeidet til forskeren som styrer kvaliteten på utfallet. Det første trinnet er å lese gjennom et transkribert intervju flere ganger og notere interessante eller signifikante funn. I andre steg starter man på begynnelsen igjen for å notere temaer som blir tydelig. Tredje steg involverer en mer analytisk eller teoretisk ordning av temaene som fremkom i forrige steg, for å se etter mønster eller forbindelser mellom temaene og vurdere om disse kan grupperes sammen. Når frittstående temaer begynner å bli knyttet opp mot teori, går analysen over fra induktiv til deduktiv. I fjerde steg omgjøres konseptene fra forrige steg til overordnede temaer. Temaene sjekkes opp mot det faktiske datamaterialet og temaer som mangler gode nok bevis, kan utelates. I femte steg fortsetter analysen med neste intervju, og fra et fortolkende fenomenologisk perspektiv betyr det at prosessen starter på nytt og dataene skal tale for seg selv. Tidligere intervju skal gjennomgås igjen om et nytt overordnet tema trer frem, og man søker å finne bevis for det nye temaet i alle intervjuene. Sjette steg innebærer en samling av alle intervju for

sammenligning. Noen prioriteringer må bli gjort og hvilke temaer som skal forfølges videre avgjøres her.

De presenterte forslagene til retningslinjer og den stegvise analyseprosessen ble i denne studien fulgt. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger for å finne interessante eller signifikante markører. I den påfølgende fasen ble intervjuene igjen gjennomgått med tanke på å sortere temaer. Til dette formål ble analyseprogrammet MAXQDA benyttet for å systematisere kodingen under analyseprosessen.³ Programmet er et dataverktøy som bidrar til å gjøre analysen mer oversiktlig. Koding ble utført ved digitalt å markere ord eller setninger og sortere dem under tilhørende temaer. Dette ble gjort for å synliggjøre uttrykk og psykologisk terminologi som kan anvendes til teoretiske sammenligninger på et senere tidspunkt. Med utgangspunkt i kategoriene ble temaer av spesiell interesse valgt ut for fordypning og videre bearbeiding. Det ble undersøkt om det forelå mønstre, fellestrekk og andre forbindelser mellom temaene. Enkelte temaer ble gruppert sammen, overordnede konsepter ble tydeliggjort og temaene ble sortert på hovedtema og undertema. Informantenes svar ble satt opp mot hverandre for sammenlikning. Interessante temaer som oppgaven skulle fokuseres mot, ble avgjort i dette steget.

Selve analyseprosessen ble lærerik og ga viten om hvordan IPA skulle utføres på en systematisk og oversiktlig måte. Gjennom koding ble det transkriberte materialet lest svært grundig flere ganger og medførte inngående kjennskap til temaer som var formidlet gjennom intervjuene og ga faglig og praktisk kunnskap. Det var noen ganger utfordrende å bestemme hvor mye av teksten som skulle kodes; hele setningen, deler av setningen, nesten hele avsnittet eller svaret fra informanten i sin helhet? Det var mange utsagn som kunne kodes under flere av temaene, hvor passet de best? Hvilke temaer skulle slås sammen? Hvilke temaer skulle være overordnede temaer og hvilke skulle være underordnede temaer? Hvor nøyaktig skulle alle temaer kodes og hvor mange temaer skulle analysen ende opp med, uten at det gikk på bekostning av at kodet materiale ble så omfangsrikt at det var fare for at oversikten skulle tapes av syne eller at det kjentes som en umulig oppgave å

³ <http://www.maxqda.com>

gjennomføre? Analyseprosessen involverte stadige vurderinger og kompromiss med disse spørsmålene i minne.

Det første forslaget til kategorisering av undertemaer ble valgt ut fra temaene til intervjuguiden. Det viste seg at ikke alle emner ga like mye informasjon da informantene hadde vektlagt det lite i intervjuet og svarene bar preg av dette. Dette materiale var ikke omfangsrikt nok til å rettferdiggjøre en egen kategori og det ville derfor ikke være like interessant å forfølge disse temaene videre i prosessen. Disse ble derfor utelukket.

Opprinnelig ble 16 undertemaer sortert ut for videre bearbeiding. Imidlertid viste det seg at mange av temaene ble for like og de ble slått sammen med andre lignende temaer. Når temaene var bestemt, bearbeidingen startet, passende sitater fra informantene var valgt ut, og temaene knyttet opp mot teori og empiri, fremkom til slutt et tema som ikke synes å være viet nok oppmerksomhet og som ikke egentlig passet under noen av de andre underkategoriene. Dette ble da inkludert. Underveis i prosessen kom også flere innspill fra veileder for kvalitetssikring, slik at det var en kontinuerlig prosess med å samle temaer, dele opp, sortere og undersøke hvilke temaer som passet best sammen og under hvilket hovedtema temaene skulle presenteres. Analysen endte derfor opp med 3 hovedtemaer og 13 undertemaer som vil presenteres detaljert senere i oppgaven.

Utfordringer med analyse

Ifølge Svartdal (2009) kan en utfordring ved datanalyse være at tidlig informasjon og førsteinntrykk tillegges større vekt enn det som er hensiktsmessig og at dette igjen kan påvirke tolkning av senere informasjon. Studenten var bevisst på dette og forsøkte gjennom bruk av hermeneutisk sirkel å minimere risikoen for at fenomenet skulle oppstå. Informasjonen kan også være vanskelig å håndtere på en objektiv måte og er særlig uttalt ved fortolkning som grunnlag for analysen. Interaksjon mellom forsker og informant kan påvirke resultatene og ulike forskere kan komme frem til ulike resultater siden informantens opplevelser og erfaringer er gjenstand for fortolkning av forskeren (Willig, 2013).

3.10 Etikk

Ettersom et intervju er en moralsk undersøkelse, er det knyttet moralske spørsmål både til intervjuundersøkelsens midler og mål. Menneskelig samspill påvirker intervjupersonene og kunnskap som produseres i intervjuet, påvirker vårt syn på menneskets situasjon. Etikk betegner typisk noe formelt som for eksempel etiske retningslinjer, mens moral peker på dagliglivets oppførsel. I den kvalitative forskningen kan det eksistere et dilemma mellom kunnskapsoppnåelse og etiske hensyn. Etiske problemstillinger preger hele forløpet gjennom intervjuundersøkelsen og hensynet til mulige etiske problemstillinger bør være helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2019).

Etiske regler og teorier kan sjelden gi konkrete svar på hvilke valg som skal foretas i løpet av et forskningsprosjekt. De kan likevel være retningsgivende i forhold til spesifikke situasjoner og må vurderes gjennom hele forskningsprosessen (Brinkman & Kvale, 2005). Kvalitative intervjuer kan medføre detaljerte opplysninger som kan være av sensitiv karakter.

Anonymitet og konfidensialitet blir derfor ekstra viktig. Spørsmålet om det var nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for godkjenning av prosjektet kom tidlig opp i forskningsgruppen, men gruppen vurderte at for foreliggende prosjekt var det ikke nødvendig da informantene var profesjonelle terapeuter og ikke pasienter. Prosjektet ble meldt til NSD. Godkjenning med vilkår er vedlagt (vedlegg 3).

Ettersom det var et lite utvalg på fem terapeuter, vil det kunne være mulig å kjenne igjen behandlerne ved Rikshospitalet, særlig innad i fagmiljøet. Forskeren har ansvar for å reflektere over mulige konsekvenser for deltakerne og ut fra det etiske prinsippet om *velgjørenhet* (beneficence) bør risikoen for å skade en deltaker være lavest mulig (Guidelines, 1992). Usikkerhetsområdet som dreier seg om konsekvensene i kvalitativ forskning, er ofte de mest komplekse fordi det handler ofte om uforutsigbarhet. Det ble derfor lagt vekt på å gjennomføre intervjuene anonymt uten personlige temaer og utelate sensitive opplysninger, både i forhold til pasientene og til terapeutene og deres arbeid. Utvalgets størrelse ble påpekt i søknad til NSD og meddelt informantene i forkant. Ved et par tilfeller ble opplysninger utelatt dersom terapeuten i intervjuet kom med noe som kunne

anses som sensitive opplysninger. Utelatelsen ble gjort for å sikre størst mulig grad av anonymitet og konfidensialitet. Enda strengere krav til anonymitet og konfidensialitet ville være gjeldende dersom pasienter ble intervjuet. Informasjon om informantene og intervjuopptak og -notater ble holdt adskilt. Opptakene slettes når prosjektet er avsluttet. For å oppnå informert samtykke ble deltakerne informert om undersøkelsens overordne formål og hovedtrekkene i designen, samt mulige risikoer og fordeler ved å delta i studien. Det ble også opplyst at informantene kunne trekke seg når som helst i prosessen uten å oppgi grunn. En informant valgte å trekke seg før intervjuet ble avtalt.

Forskerens rolle

Forskerens rolle som person, altså forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2019). Til syvende og sist er det forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet som er den avgjørende faktor da det er intervjueren selv som er det viktigste redskapet til innhenting av informasjon. Etiske krav til forskeren stiller også strenge krav til den vitenskapelige kvaliteten på kunnskap som presenteres. Empati kan bli en måte å komme utenom deltakerens informerte samtykke på og overtale informantene til å røpe informasjon de senere angrep på. En erfaren intervjuers kunnskap om hvordan man skaper kontakt og bryter gjennom et potensielt forsvar kan tjene som en «trojansk hest» (Fog, 2004) og bringe forskeren inn på temaer hvor han eller hun ikke er invitert. Rubin og Rubin (2005) har advart mot å være altfor empatisk, siden man ved å identifisere seg for sterkt med informanten muligens bare stiller oppfølgende spørsmål som fremstiller informanten fordelaktig. Selv om det virker urimelig å være imot empati, synes kravet om å være empatisk å være forbundet med risikoer som ikke alltid har blitt viet nok oppmerksomhet i forskning (Kvale & Brinkmann, 2019).

Et forskningsintervju bør ikke betraktes som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte partner da det vanligvis er et klart asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og informanten. *Motkontroll* kan oppstå som en reaksjon på intervjuerens dominans når informanter holder tilbake informasjon eller snakker utenom temaet. *Unntak* er når intervjuere forsøker å redusere den asymmetriske maktrelasjonen under intervjuet ved at forsker og informant samarbeider og nærmer seg likestilling med tanke på å spørre, fortolke

og rapportere. Studenten er i dette tilfellet også fagperson med utdanning som psykologspesialist og kan slik anses som «ekspert» på faget. Det vanligvis gitte asymmetriske forholdet mellom forsker og informant vil kunne minskes, samtidig som informanten ikke like lett kan ta «ekspert»rollen. Studenten har lang erfaring med terapeutiske intervju situasjoner og kunne derfor under intervjuene komme i fare for å bli for empatisk, for terapeutisk og for lite «forsker».

Spørsmålet som kanskje oftest stilles i forbindelse med intervjustudier, handler om virkningen av ledende spørsmål. Det er veldokumentert at en liten omarbeiding av spørsmålsformuleringen i et spørreskjema eller i utspørringen av et øyenvitne, kan påvirke svaret. Det kvalitative forskningsintervjuet er velegnet for anvendelse av ledende spørsmål for gjennomgående å sjekke intervjuvarenes reliabilitet og for å verifisere intervjuerens fortolkninger. Dermed er det ikke alltid, i motsetning til hva mange tror, at ledende spørsmål kan redusere intervjuerens reliabilitet, men heller styrke den. Ledende spørsmål blir antakeligvis ikke brukt for mye, men snarere for lite i kvalitative forskningsintervjuer når det kommer til oppfølgingsspørsmål om intervjueren har forstått informanten riktig. Slike spørsmål burde kanskje anvendes mer, mens andre typer ledende spørsmål burde unngås. Ikke bare spørsmålene kan være ledende, men også intervjuerens egen verbale og kroppslige responser på svar kan fungere som positive eller negative forsterkere. Er det slik at en god intervjuer oppnår intervju av god kvalitet ved å *ikke* fokusere på kvaliteten som sådan, men tilstedeværelsen i konteksten? Selv med denne kunnskapen i bakhånd var studenten likevel noe engstelig for å stille ledende spørsmål, og fokus på kvalitet gjorde at intervjuet kanskje kunne ha vært enda mer dynamisk og levende og gitt mer rikholdige svar. Sett i ettertid kunne flere motspørsmål fra intervjueren om å utdype, forklare nærmere, og om intervjueren hadde forstått det som ble formidlet riktig, gitt et fyldigere materiale å jobbe videre med. Fordelen med denne type informanter er at de er vant til å fortelle og de ga likevel ordrike og nyanserte svar.

Når det kommer til spørsmålet om konfidensialitet og taushetsplikt, er studenten vant til å anvende denne tekningen i alle ledd av det faglige arbeidet som utføres i det daglige psykologvirke. «Etske prinsipper for nordiske psykologer» er bindende for alle medlemmer av de nordiske psykologforeningene. Under utøvelse av enhver form for psykologisk

yrkesutøvelse, er refleksjon om temaet sentralt i alt arbeide som utføres og psykologer kommer av og til i arbeidsrelaterte situasjoner som krever vanskelige etiske vurderinger. Informantene vektla selv konfidensialitet og anonymitet forskjellig. Hvilke konsekvenser kan studien ha for informantene – både positive og negative? Har de fått frem det de mente når de ser sine sitater ordrett på trykk? Konsekvensene av kvalitativ forskning er ofte uforutsigbare. Om det hadde oppstått en situasjon hvor informanten kom inn på følsomme temaer og som tydeligvis berørte henne, burde en da forfølge disse spørsmålene i terapeutisk retning for å støtte informanten og muligens oppnå viktig kunnskap som en «bivirkning», men gjøre seg skyldig i en etisk krenkelse av informantens intimsfære? Eller burde man avstå fra alt som minner om en terapeutisk intervensjon og risikere å virke kald og distansert?

Andre spørsmål som studenten under hele prosessen har spurt seg selv, er: Hvilke konsekvenser kunne det ha for informantene om de ble spurte av arbeidsgiver eller leder om å stille til intervju, men egentlig ikke ønsket det? Hvordan virker et eventuelt ønske om å gi positive svar på intervjuet og det som ble formidlet? Og hvordan kan studentens egne interesser på feltet, virke inn på svarene som informantene gir? Hvilke konsekvenser ville det ha for informantene om de hadde tematisert noe som negativt? En annen problemstilling var å vite hvor mye informasjon som informantene skulle få på forhånd og hva som skulle vente til etter at intervjuet var gjennomført. I noen tilfeller kan man anta at det ikke er svarene som er viktigst, men spørsmålene. Studenten har forsøkt på ærlig vis å reflektere over temaene som har oppstått før og underveis i prosessen, og finne best mulige løsninger på og kompromiss for disse.

4. Resultater og diskusjon

I denne delen av oppgaven presenteres og diskuteres funnene som er gjort i undersøkelsen. Analyseprosessen resulterte i tre hovedtemaer som ble valgt for å svare på problemstillingen/forskningsspørsmålet. Hovedtemaene er terapeutrelasjonen, påvirkning på barnet og hva omgivelsene tilbyr. Temaene vil gjennomgå detaljert i de neste avsnittene.

4.1 Skjematisk presentasjon av funn

Hovedtemaer og undertemaer er presentert i tabell 2. Hovedtemaene belyser ulike sider ved det å drive terapi i Friluftssykehuset. Disse hovedtemaene ble valgt grunnet et mer helhetlig fokus på sentrale aspekter ved terapiarbeidet. Ved å ta utgangspunkt i terapeuten og pasienten og i dette tilfellet et tredje element, nemlig omgivelsene, kunne undertemaene sorteres på en mer meningsfull måte. Mye psykoterapiforskning er tidligere gjort på terapeuten, på terapirelasjonen og på pasienten, men det som gjør denne problemstillingen interessant, er hvordan det tredje elementet, nemlig de fysiske omgivelsene, påvirker terapien og utfallet av den. Hittil er det ikke så mye forskning som foreligger på dette temaet.

| Terapeutrelasjon | Påvirkning på barnet | Hva omgivelsene tilbyr |
|------------------|----------------------|------------------------|
| Likeverd | Emosjonsregulering | Aktiviteter |
| Helhet | Stressreduksjon | Eksternt fokus |
| Kreativitet | Vitalitet | Sansning |
| Tilstedeværelse | Mestring | Familiedeltakelse |
| | | Symbolikk |

Tabell 2: Oversikt over de 3 hovedtemaer og 13 undertemaer som ble funnet i intervjuet

Under hovedtemaet *terapeutrelasjonen* ble fire undertemaer funnet, under hovedtemaet *påvirkning på barnet* ble fire undertemaer funnet og under det tredje og siste hovedtemaet *affordances/hva omgivelsene tilbyr* ble fem undertemaer funnet. De ulike begrepene vil bli forklart, analysert og satt i sammenheng med teori og empiri i de følgende avsnittene.

4.2 Terapeutrelasjonen

Terapeutisk relasjon kan defineres som «følelser og holdninger terapeut og klient har overfor hverandre, og måten disse kommer til uttrykk på» (Norcross, 2002, s. 7, min oversettelse). Ved å forlate den vanlige terapissetingen, kan mulighetene for relasjonsbygging endres. Topor (2015) hevder at arbeidsalliansen er viktigere for bedringsprosessen enn selve terapimetoden. I settingen med Friluftssykehuset kan barna i større grad selv bestemme når de ønsker å involvere behandleren, og dette vil styrke det gjensidige samarbeidet. Flere av informantene forteller at de opplever at den terapeutiske kontakten mellom dem og barna endrer seg når de går ut i Hegrehytta og uteområdet rundt. Barna blir fortere trygge på terapeuten, og de kan oppleve behandleren som en venn i stedet for en profesjonell hjelper. Også samspillet blir positivt påvirket. I de følgende avsnittene vil analysen gå mer inn på hvordan dette skjer.

Likeverd

Flere av terapeutene trekker fram at de blir mer likeverdige med barna når de oppholder seg i Friluftssykehuset og omgivelsene rundt, enn inne på sykehuset. Terapeuten får flere roller å spille på, både som terapeut, men også andre mer likeverdige sosiale roller. Siden terapeuten må ta flere roller enn den rent terapeutfaglige, opplever mange av terapeutene et mer jevnbyrdig forhold med barna. Jordan (2015) hevder at terapi utendørs, eller utenfor den vanlige terapeutiske settingen, gir en mer gjensidig avhengighet mellom terapeut og klient og medfører en annen dybde i det mellommenneskelige forholdet. Kompleksiteten i samværet fører til at terapeuten blir noe utover det å være terapeut og klienten noe mer enn det å være klient (Gabrielsen et al., 2018). Utendørssettinger representerer også et mer demokratisk rom for terapi enn et kontor hvor oftest terapeuten «eier og kontrollerer»

rommet (Berger, 2006). Likeverd kan være en utfordring for enkelte terapeuter. De kan bli mer usikre på sin rolle fordi den lettere kan oppleves som utydelig (Gabrielsen et al., 2018). Informantene i denne studien nevnte imidlertid bare positive sider ved likeverd:

«Det som jeg nesten er mest opptatt av er, er hvor raskt jeg kommer i en sånn terapeutisk relasjon her sammenlignet med der inne. Altså hvor kort tid det tar før jeg er liksom en venn, eller jeg får en helt annen rolle enn den der terapeuten... Eh... Altså man kan få det til inne, men det tar ofte lenger tid og krever mye mer lek. Mens her så skjer det bare nesten av seg selv. Og at de blir veldig trygge på at vi på en måte er... at det blir et sånt samspill.»

(Informant nr. 3)

«Jeg tenker at det er en litt annen måte å være sammen på, at man er litt mer likeverdige. Det blir ikke hvit frakk møter pasient. Det blir en helt annen måte å være sammen på.»

(Informant nr. 1)

«På friluftsykhuset så er det mye lettere å bli mer, kanskje likestilte på en måte.» (Informant nr. 5)

Helhet

I begrepet «helhet» ligger det å samle tilhørende deler til et hele. Det å komme utendørs i naturen og ut i en hytte, er en stor kontrast til vanlige terapikontekster. Terapeuten får fylldigere innsikt i barnas styrker og utfordringer, fordi settingen tilbyr noe mer og noe kvalitativt annerledes enn å være sammen inne på et kontor. Noen av terapeutene har også kommentert at dersom det er mulig å bruke lenger tid på en terapitime, åpnes også muligheten for rikere tilgang på psykologisk materiale, og terapien oppleves bedre totalt sett. Helhetlig innsikt kan også være betydningsfull for å gi bedre hjelp (Gabrielsen et al., 2018). Gode samtaler kan oppstå når man samles om et felles prosjekt som å tenne bål, fiske eller mate fuglene. Kontrasten til det vanlige sykehuslivet kan bli større, og slik får man

terapeutisk tilgang på et vidt spekter av barns tanker og følelser, men også egenskaper, atferd og personlighet. Som en informant nedenfor beskriver, får barnet vist frem flere sider av seg selv, både til terapeuten, men kanskje også for seg selv, og på den måten viser det et mer helhetlig bilde av seg selv som individ.

«Og det ser vi jo også, at barna er helt annerledes her enn inne på et sykehus. At vi på en måte får sett flere sider av barnet, at de får vist mer hele seg her enn det de får gjort der inne hvor de er veldig redde, det er mye tryggere her enn inne på et sykehus.» (Informant nr. 1)

Kreativitet

En entydig definisjon av ordet *kreativitet* viste seg vanskelig å finne. Et aspekt er at det ser ut til å være en prosess som produserer nye responser som aktualiserer løsninger på problemer (Simonton, 2000). Mye psykologisk forskning på kreativitet har dreid seg om prosessen med å finne originale og oppfinnsomme løsninger på problemer. Ifølge Brudal (2006) er kjennetegn som går igjen modighet, fleksibilitet i atferd og tenkemåte, åpenhet overfor erfaringer, uavhengighet, ikke-konformitet og ukonvensjonelle holdninger. Et terapeutisk fokus med større grad av kreativitet, spontanitet, skaperglede og latter kan virke forløsende på det som er smertefullt, og naturen kan gi økte muligheter for andre terapeutiske innfallsvinkler (Panskepp, 1998b, 2007). Csikszentmihaly (1996) fremhever ulike grunner til at vi ikke utfolder oss kreativt slik vi har mulighet til også i klinisk sammenheng. Det kan handle om at terapeuten er overarbeidet eller overstimulert og ikke får kontakt med egen psykisk energi. Mahoney (2003) påpeker at også terapeuten trenger ro og hvile, og at dersom terapeuten er sliten eller ukomfortabel, kan disse følelsene ta over og påvirke terapiforholdet negativt. Selvaretakelse for terapeuten for å motvirke sekundærtraumatisering er viktig. Flere av informantene fremhevet at det var lettere å være kreativ utenfor sykehuset og at de ble mindre trette. Som vi ser i sitatet under opplever terapeutene restitusjon som igjen fører til økt kreativitet:

«Og jeg kjenner at jeg for min del trives bedre her enn inne på sykehuset. Jeg er friere og roligere i kroppen selv og kjenner at dette er et godt sted å være. Og dette tenker jeg virker inn på hvordan jeg er i relasjon med pasienten. Jeg blir mer lekende, mer smilende, mindre trett. Og jeg får nok også mer tilgang til kreative intervensjoner, eller ideer eller muligheter som jeg kan foreslå. Så sinnet er liksom friere. Dette gjør at det blir lett for meg å velge å gå ut hit da.» (Informant nr. 3)

«For det er noe med det rommet i seg selv og hva det inviterer til, men jeg tenker at det også er en viktig faktor da. At det er... Ja, kanskje dersom man som terapeut liker å være litt kreativ, da er det masse potensiale.» (Informant nr. 5)

Tilstedeværelse

Siden midten av 1980-tallet har det vært økende interesse for «oppmerksomt nærvær» i den vestlige verden (Siegel, 2007), blant annet med utgangspunkt i antakelser om at menneskets travelhet har overfokuset det å *gjøre* («doing mode») til fortrenghet for muligheten til å stoppe opp og bare være («being mode»). Travelheten og de stadige skift i aktiviteter og fokus, forutsettes å gi begrenset anledning til selvbevissthet og selvrefleksjon. Trening på tilstedeværelse antas å kunne gi muligheter for en mer vital livstilstand og væremåte fordi vi blir mer inntonet på oss selv. Det å forlate kontoret og den vanlige terapissettingen medfører en endring i opplevelsen av tid, sted og omgivelser. Flere av terapeutene opplevde å være mer til stede og få tilgang på annet psykologisk materiale enn når de jobbet innendørs på et kontor. En terapeut nevnte stillheten som betydningsfull, og bare det å være til stede og ha lange pauser.

«Og så er det mye lettere å være stille her. Altså man kan bare sitte lenger og bare se og ha lange pauser, se på bekken. Og det også synes jeg gjør noe med tempoet i samtalen. Og kanskje også temaene da. At man liksom kan dvele ved ting lenger. Og særlig med pasienter i palliasjon og så... Hvis det er store eksistensielle temaer, liv og død... Det er ganske mye

mer... Det å bare ha den roen til å tenke. Ja, jeg synes det er veldig mye mer riktig på en måte å ha den type samtaler her.» (Informant nr. 4)

4.3 Påvirkning på barnet

Dette hovedtemaet betegner hvordan terapeutene ser at Friluftssykehuset virker på barnet. Barn som skal gjennom skremmende og smertefulle prosedyrer, trenger hjelp til strategier slik at de får gjennomført nødvendig behandling. Mange av barna trenger hjelp til å roe kroppen og stole på at de er trygge. Erfaringer ved Friluftssykehuset viser at opplevelser knyttet til en hytte i skogen og naturen rundt kan gi umiddelbare positive sanseinntrykk og gode relasjonelle erfaringer. Naturen og aktiviteter ute kan gi redusert stress og engstelse, spontan glede og vitalitet, og styrke indre positive forestillingsbilder som trengs under behandling inne på sykehuset. I de følgende avsnittene vil vi se på hvordan terapeutene så at Friluftssykehuset påvirket barna.

Emosjonsregulering

«Emosjonsregulering» er individets strategier for å tilpasse seg emosjonelle reaksjoner hos seg selv og andre mennesker når det gjelder sosiale og kulturelle forhold. Sentralt i terapiprosessen er at barnet har mulighet til å regulere seg selv emosjonelt og oppleve kontroll i så stor grad som mulig. Naturopplevelser i seg selv kan virke regulerende på kroppen og i undersøkelser har forsøkspersoner vurdert naturomgivelser som vakrere enn urbane omgivelser og rapporterer om hevet stemningsleie etter å ha sett naturbilder (van den Berg, Koole & van der Wulp, 2003). Studier har også vist at eksponering for natur kan innvirke på emosjonsregulering (Johnsen, 2011). Etter skremmende opplevelser er det lettere å dempe aktivering i betydelig grad etter å ha sett naturbilder sammenlignet med bilder av urbane omgivelser (Ulrich et al., 1991). Sitatet under viser at det å ikke være låst i en situasjon på et kontor, men ha frihet til å bevege seg noe rundt, ha mer å se på, natur å hvile blikket på, gjør det lettere å regulere følelser.

«Jeg føler at de skjønner veldig fort at de kan sette grenser, at ting på en måte skjer på deres premisser, at det er mange muligheter for å roe seg ned eller liksom avlede seg litt ved at de kan bytte rom, gå ut, se på noe. Så det er mye mindre krevende å snakke om tøffe ting her, eh... at det liksom som det er lettere både for meg og dem. Det er nok noe av det som jeg synes virker veldig tydelig da.» (Informant nr. 3)

Stressreduksjon

«Stressreaksjoner» er normale fysiske responser som settes i gang når vi føler oss truet. Stress er en såkalt *fight-or-flight*-respons i kroppen som hjelper oss til å overleve. For å forebygge og behandle angst, psykologiske traumer og stressforstyrrelser er et viktig tiltak å dempe aktivering/arousal (Diseth & Christie, 2005). Mange av barna som behandles ved Friluftssykehuset har traumatiske erfaringer relatert til smertefulle prosedyrer ved å være innlagt på sykehus. Å reguleres kroppslig og senke aktiveringen er essensielt for tilgang til barnets mentale kapasitet i samtaler, og for at barnet i større grad kan oppleve kontroll. Tilgang på natur og en hytte i skogen kan ha gunstig virkning på opplevelse av stress. «Stress reduction theory» tar utgangspunkt i at naturen kan gi positive opplevelser som kan redusere stress da den gir positive emosjoner og reduserer negative tanker (Ulrich, 1983). Også «attention restoration theory» (Kaplan & Kaplan, 1989) kan forklare hvordan naturen og naturlige omgivelser kan gi restitusjon. Flere av informantene nevner fokus på kropp og nedregulering av aktivering/arousal.

«Og her har vi mer fokus på kropp, forsterker opp når vi ser at... Når du gjør dette så ser jeg at kroppen din har det bra, og hvordan kjennes det ut i kroppen. Så vi prøver jo veldig å ha det kroppslige fokuset.» (Informant nr. 1)

«Det jeg ser hos nesten samtlige jeg har med hit, er at de blir friere i kroppen. Det ser jeg egentlig på veien hit omtrent, fra de er inne på sykehuset til de kommer opp, så ser jeg at de slapper av på en annen måte. Eh... at de også blir mer observante på ting rundt dem, de får

liksom blikket ut og rundt og at de blir mer nysgjerrige og mer interesserte i kontakt med meg, ganske sånn raskt.» (Informant nr. 3)

«Og så når vi kommer opp hit, så ser jeg at det er akkurat som når de kommer inn her, så er det som om kroppen slapper av, som om de på en måte blir roligere. Og som om det gir dem mer mulighet for å puste godt og slappe av i skuldrene.» (Informant nr. 3)

Friluftssykehuset brukes ikke bare for stressreduksjon for barnet, også foreldre trenger et fredfullt og trygt sted hvor de kan oppleve å få en tiltrengt pause. Når foreldrene slapper mer av, vil barnas stressopplevelse dempes og tilknytningen kan lettere opprettholdes på en god måte, som sitatene under viser:

«Jeg tenker ganske ofte, så inne, så har du kanskje et barn som er redd, skeptisk, ikke vil ting. Og så har du foreldre som blir veldig opptatt av at barnet skal please systemet, som blir veldig sånn stressa. Og så når vi kommer hit, så kan jeg legge merke til at alle slapper av. Så det er akkurat som at her kan man være vanlig seg selv og det er mindre følelse av at det er et blikk på en, enn inne, kanskje.» (Informant nr. 3)

«Og så har jeg også brukt det i forhold til foreldre som er veldig... siden jeg er mye oppe på nyfødttintensiv, der står det jo tett i tett kuvøser, det er lite rom for... ja, de har ikke noe særlig plass, det er mye stressaktivering. Så et rom hvor de kan senke skuldrene, kjenne på ting, kjenne ro, vi kan bygge på tilknytningen til barnet gjennom samtaler om det å være her hvor de er mer rolige og regulerte. Og også bruke dem til å bruke dette stedet som et trygt sted på kveldstid og i helger, for da har de jo tilgang. Så vise dem denne muligheten for et godt sted å være.» (Informant nr. 1)

Vitalitet

«Vitalitet» handler om å ha livsglede og livskraft, det å kjenne seg levende. Dewey hevder at sansning av estetiske kvaliteter kan skape økt vitalitet (referert i Compton, 2005). Vi kan verdsette naturen for dens skjønnhet. Flere av informantene nevnte hvor viktig det var å tilby noe vitaliserende for barna for å kunne øke livstilfredshet, og at dette ofte var lettere tilgjengelig på Friluftssykehuset enn inne på sykehuset. For barn med alvorlig sykdom, smerter og traumatiske opplevelser på sykehus, kan vitalitet representere en motsats til det triste og smertefulle og fungere som stimuli for positive emosjoner, i tillegg til å stimulere nysgjerrighet og interesse overfor livet og tilværelsens innhold (Compton 2005). Flere av informantene var opptatt av å kunne tilby barna vitalitet, glede, begeistring og livsutfoldelse. Et par av informantene uttrykte det på denne måten:

«Ja, jeg tenker at veldig mange av barna blir vitalisert av å være her. Du ser at de har en helt annen letthet i kroppen, i hvert fall når de har vært her en gang, så kommer de gjerne løpende opp bakken, ikke sant. Og gleder seg. Og mange vil jo ikke dra. Da tenker jeg at det er et tegn på at det er et godt sted å være da. Fint sted å være sammen og ikke sånn klassisk inne på sykehus. Det er ikke den der... Jeg tror ikke at de føler seg så låst her på en måte... At det er flere muligheter, det er en annen ramme som gjør at de blir friere.» (Informant nr. 1)

«Men jeg tenker jo det å bruke en hel rekke elementer som er viktige for barn og som på en måte vekker litt energi. Vitalitet. Sånn begeistring, livsutfoldelse. Det må vi bare gjør mer og mer av. Og sånn sett så tenker jeg at de erfaringene vi gjør her kan vi bygge videre på.»
(Informant nr. 2)

Mestring

«Mestring» handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon. Det å bli bevisst hva barnet og familien kan få til sammen, det å skape gode opplevelser i og rundt Friluftssykehuset, kan bidra til positive livsfortellinger om den aktuelle familien. Når

terapeuten hjelper til med slike oppbyggende historier i terapi, fremstår terapeutene som vitner og forsterker mestringshistoriene (White & Epston, 1990). Mange syke barn kan lett isoleres og passiviseres da deres foreldre er usikre på hvilke aktiviteter barnet kan delta i. Foreldre kan også være engstelige for å eksponere barna for smitte, andre barn, fysiske aktiviteter, kulde eller anstrengelser. Gjennom samtaler og aktiviteter i naturen kan familien erfare trygghet på aktiviteter og gode opplevelser sammen som er terapeutiske og gir mestringsopplevelser. Det er av stor betydning for helsen å hjelpe barnet med sine psykiske reaksjoner på alvorlig sykdom. Å bygge gode erfaringer hvor barnet opplever at det kan ha størst mulig grad av kontroll, kan senke negative psykiske reaksjoner. Informantene var opptatt av hva barnet og familien kunne få til sammen og ville prøve å forsterke det:

«Og så er det mye som handler om å bli klar over alt man kan få til da. Som handler om mestringsopplevelser, både inne og ute. Og blåse opp ting man kan, ting man har lært her, ting som handler om liksom alt det andre, det friske.» (Informant nr. 3)

4.4 Affordances/Hva omgivelsene tilbyr

Hva omgivelsene kan tilby til individet kan ses i lys av «affordances». Gibson definerte begrepet på følgende måte: «The affordances of the environment are what it offers the animal, what it provides or furnishes, either for good or ill. The verb to afford is found in the dictionary, the noun affordances is not. I have made it up. I mean by it something that refers to both the environment and the animal in a way that no existing term does. It implies the complementary of the animal and the environment» (Gibson, 1979, s. 127).

«Affordances» er muligheter til å ta i bruk de utfordringer og funksjoner de ulike elementene i omgivelsene kan tilby. Konteksten rundt Friluftssykehuset kan bidra til at terapeutene opplever å ha redusert kontroll over rammene for terapien, sammenlignet med å det å være innendørs på sykehuset. Barna får også noe mer frihet når de er på Hegrehytta eller utenfor. Denne økte friheten kan spille seg ut på måter som ofte ikke kan forutses. Likevel kan disse

omgivelsene gi noen muligheter som er vanskelig tilgjengelig i en vanlig klinisk setting innendørs på et terapikontor. Tradisjonell terapi er ofte styrt av en fast agenda, men terapi i det fri vil ofte ha sin styrke i nettopp fraværet av disse, og mulighet til å regulere barnas følelser mer, både i form av avledning og eksternt fokus. Det å skape naturlige pauser i samtalene slik at den indre dialogen kan få rom, vil ofte være lettere utendørs når man har felles prosjekter å fokusere på. I de følgende avsnittene vil vi se på hvilke muligheter terapeutene finner i omgivelsene i og rundt Friluftssykehuset:

Aktiviteter

Undertemaet «aktiviteter» viser til hva det er mulig for terapeuten og barnet å finne på sammen som en del av terapiøkten. Informantene forteller at Friluftssykehuset gir muligheter for andre typer aktiviteter enn inne på sykehuskontoret. Aktiviteter som ble nevnt av informantene var fising i bekken, tenne bål, mate fugler, se på ekorn, bygge humlehus og grave etter mark. Terapeutene bruker leker i naturmaterialer som skjell, steiner, perler og trefigurer da disse gir andre og friere assosiasjoner enn plastleker. Barna får brukt kroppen og store muskelgrupper, samt at de i større grad selv kan velge aktiviteter og sted. Aktiviteter kan gi rom for spontane ytringer eller viktige meddelelser som barnet ikke har tilgang på når det er inne i en vanlig sykehussetting.

«Det som jeg tror er litt viktig her, er at jeg tror at man må ha noe som forslag, noe å tilby på en måte. Noen ting så som, vi har for eksempel ekornmater, så vi kan gi mat til ekorn, eller fuglekasse som man kan titte i, eller fiskestang så vi kan gå ned og fiske. Med å på en måte ha en sånn aktivitet, så gir man på en måte et rom for å være sånn vanlig sammen, og så kan man på en måte bli bedre kjent, og få mer kontakt gjennom den aktiviteten. Det tenker jeg har betydning her. Og også inne, i stedet for å ha sånne plastleker, sånne, som sier noe helt annet, typiske ting som er på lekerom, så har vi sånne skjell, så de kan lage perlekjeder med skjell eller trebiter, som gir en helt annen... som sier noe helt annet, det er de opptatt av å gjøre. Så... er det nok ganske mange som får assosiasjoner til hytter og hytteturer og sånne steder, sommerferie og sånne ting, som også hjelper dem til å få tilgang på sånne gode opplevelser og assosiasjoner til når man har det bra. Sånn at det... eh... blir sånn ja... Og det

er den type aktiviteter vi har også her på en måte. Spill, brettspill, bøker, hytteting da.»

(Informant nr. 3)

Eksternt fokus

«Eksternt fokus» handler om å henlede oppmerksomheten på stimuli utenfor seg selv. Det kan være virkningsfullt i terapi både når det gjelder kontaktetablering og mulighet til å regulere barnet når det er følelsesmessig overveldet. Teknikker fra mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), kroppsorienterte teknikker (Ogden, Minton & Pain, 2006) og teknikker fra kognitiv atferdsterapi (Linehan, 1993) inkluderer bruk av eksternt fokus. «Toleransevinduet» kan sies å være den optimale sone for aktivering (Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; Porges, 2006) og eksternt fokus er mye brukt for å regulere aktiveringen. Ogden med flere (2006) beskriver hvordan mennesker med traumatiske erfaringer er sårbare for overaktivering og underaktivering, samt ufrivillige svingninger mellom disse ekstremer. I begge tilstander påvirkes personens våkenhet og bevissthet, og mental kapasitet er utilstrekkelig for at nye erfaringer og læring kan bli integrert.

Mye forskning gjort på eksternt fokus knyttet til musikklytting viser at pasienter under cellegiftbehandling opplever mindre smerter og kvalme, at det er særlig nyttig for engstelige pasienter da det kan brukes sammen med avspenning, og at eksternt fokus kan ha positiv effekt på stemningsleie (Lasen, 2007). Ulrichs (1984) velkjente forskning på utsikt gjennom et sykehusvindu viser at eksternt fokus ved å se på natur kan føre til raskere tilfriskning og utskrivning av pasienter enn om pasientene hadde utsikt til en betongvegg, noe som ga fattigere eksterne stimuli.



Foto nr. 4: Det minste samtalerommet med utsikt mot elven. Foto er tatt av studenten

Hegrehytta (se foto nr. 4) har store vinduer og utsikt ut i naturen, på dyr og trær og elv og fugler, og flere informanter forteller at et eksternt felles fokus er enklere å få til utenfor sykehuset. Intervjuene gir flere eksempler på at eksternt fokus brukes aktivt:

«Og så gir det barnet mange muligheter til å zoome ut og henlede oppmerksomheten på andre ting om ting blir for vanskelig eller vi merker at det er helt på bristepunktet, så kan vi... se på den! Skal vi se på dette? Det gir utrolig mange muligheter til å få regulert barnet når vi

ser det trengs da. Ta i bruk kroppen, store muskelgrupper, ta i bruk hele sanseapparatet. Og forsterke de opplevelsene, det er vi jo veldig opptatt av, forsterke de opplevelsene vi ser at barnet har.» (Informant nr. 1)

«Alle har egentlig foretrukket å sitte der inne (lite rom) fordi det er den fuglekassen, så det er det som er veldig deilig når man skal sitte og snakke, at man kan ha et felles eksternt fokus, som da er ufarlig.» (Informant nr. 4)

«Jeg har med foreldre og barn hatt et fokus på det som er rundt her, vi vender blikket i samme retning for å se på felles delte opplevelser.» (Informant nr. 2)

Sansning

Innen psykologien betegner «sansning» tradisjonelt det opplevde sanseintrykket som et resultat av sansestimulering, og ulike sansefornemmelser kan grupperes sammen til sansemodaliteter (hørsel, syn, lukt, smak, hudsans). Sansning kan være berikende eller belastende, særlig for et barn i utvikling. Et oppmerksomhetsskifte fra det å tenke til det å sanse, bringer et nærvær til det vi opplever. Burns (1998) hevder at våre sanser gir oss tilgang på kontakt med vår naturlige verden, og gjennom sansene trigges emosjonelle responser som i terapi kan synliggjøres og bearbeides. Naturen tilbyr flere sansemuligheter enn et tradisjonelt kontor. Mange av barna som blir liggende lenge inne på sykehuset, kan bli depriverte på gode nærende sanseintrykk. Det anses derfor som ekstra viktig å tilby denne pasientgruppen tilgang på flest mulig sansemodaliteter som kan virke oppbyggende da vi vet at negativ sansing som støy, flimrende lys, stressende bevegelser og uvennlig berøring virker belastende på barns helse.

«Ja, det synes jeg er veldig effektivt å være her ute fordi det gir et større tilfang av muligheter til å ta i bruk hele kroppen og hele sanseapparatet på en annen måte tenker jeg,

enn inne på et lekerom hvor det er mer lukket og låst og hvor det også er mye mer ting så det blir mer... ja...» (Informant nr. 1)

Familiedeltakelse

Familien spiller en sentral rolle i å støtte barnet i en vanskelig tid da sykdom påvirker hele familien. Også for familien er det viktig å kjenne seg møtt, forstått og sett, og ha en opplevelse av deltakelse. Gjennom oppbyggende samtaler og felles aktiviteter får familien som helhet tilgang på noe som kan være styrkende og utvikle gode livshistorier om seg selv. Å hjelpe familier til gode opplevelser i fellesskap er i seg selv terapeutisk (White & Epston, 1990). Mange barn og ungdommer er lei av å snakke om det som er smertefullt og vanskelig; delte opplevelser sammen gjennom fysisk aktivitet utendørs kan være et bedre utgangspunkt for samtale enn å sitte innendørs på et terapikontor eller et sykehusrom. Friluftssykehuset gjør det lettere å samle hele familien, mindre skummelt for familiemedlemmene å komme, og lettere å få til felles aktiviteter for hele familien. En av informantene uttrykte det slik:

«Og så er vi opptatte av å bygge narrativer som familier har om seg selv. Ofte så kommer de med mange erfaringer på alt det som de ikke har fått til som familie, ikke sant, det er mange nederlagsopplevelser. Og så har vi hatt flere familier som har vært her og sett alle mulighetene og som har blitt veldig glad i å bruke naturen, utforske, finne ut måter å tenne bål på, kommer hit og deler og vil vise, så får vi bygget opp en annen historie rundt familiene da. En familie som får til veldig mye sammen. Som jeg synes vi har en helt annen mulighet til her ute enn der inne.» (Informant nr. 1)

Symbolikk

Innen «symbolestetikk» skilles det mellom sensorisk (sanselig opplevelse), formal (form og kompleksitet) og symbolsk estetikk (meningsdannelse utfra vår sansning) (Lang, 1988). Natur og naturmaterialer kan åpne for mer tvetydige tolkninger, og en terapeut kan vektlegge og fremheve ulik symbolikk i omgivelsene, slik at terapien kan gi flere kreative muligheter.

Objekter i naturen tilbyr en rekke «affordances» som barn kan leke med (Sando & Sandseter, 2020). Symbolsk lek kan være terapeutisk, og Winnicott (1971/2005) har fremhevet betydningen av å ta i bruk metaforer for å eksternalisere et problem og at det støtter utforskning om barnet opplever objekter som «ikke-er-meg». Å bruke naturen som metafor og symbol for hva som skjer i den terapeutiske prosess, beskrives av informantene under:

«Ehm... ja, jeg tror kanskje vi er lenger i ressurs og mestring her ute, og forsterker og bygger opp under det. Ferdigheter vi ser hos barnet gjennom det det gjør for eksempel ... Når vi leter etter meitemark, ikke sant... noen er kjempemodige, utrolig raske, vi får til ting sammen. Alle disse tingene bygger vi og forsterker opp veldig.» (Informant nr. 1)

«Det å åpne for nye muligheter. Og jeg opplever at det er så mye lettere å få til her enn der inne da. Og det tenker jeg er helt avgjørende for terapi da. Og her får man mye gratis, så det blir forsterket. Og at man gjennom det å ha en hytte og de aktivitetene og hvordan den ser ut, så er det et sånt fysisk symbol på det man prøver å snakke om i terapien, på de samme tingene, ting blir så mye mer konkret. Og det med å få tilgang til barns fantasi. Og at de får brukt sine egne ressurser og egne mestringsmåter. At de får rom til å utforske det her, og det er mye lettere i en slik hytte.» (Informant nr. 3)

4.5 Svakheter ved studien

Miljøforandring og mangel på kontrollgruppe

Gjennomgangen av analysen og resultatene viser tydelige fordeler ved terapi i Friluftssykehuset, men oppgaven vil også ta for seg noen utfordringer. En mulig innvending til studien kan være at positive resultater av terapi utført i Friluftssykehuset eller i andre ukonvensjonelle settinger tilskrives effekten av miljøforandringen i seg selv. I dette tilfellet vil det handle om barns opplevde lettelse over et trygt sted hvor de unngår smertefulle prosedyrer og andre ubehagelige undersøkelser og skremmende stimuli. Forskningen som er belyst i teoridelen i denne oppgaven, peker på at natur og naturmaterialer har klare positive virkninger, og at man kan forvente at disse også eksisterer i Friluftssykehuset.

Kjønn og fagbakgrunn

En annen svakhet ved studien er at alle informantene var kvinner. Ville svarene blitt annerledes om noen av informantene var menn, ville kjønnsforskjellene spille noe vesentlig rolle? Er menn opptatt av andre temaer i terapi enn kvinner? Observerer de andre hendelser og på andre måter? Hva med terapirelasjonen – i hvilken grad ville den påvirkes av kjønn? Kan det antas at menn ville lagt mer vekt på «maskuline» aktiviteter utendørs som bruk av kniv og spikking, øks og hugging, eller bygging av hytter; andre aktiviteter som krevde større plass? Informantene var også en relativt homogen gruppe med psykologer og en lege. Ville svarene blitt påvirket i vesentlig grad om andre yrkesgrupper ble intervjuet? For eksempel sykepleiere, sosionomer og andre som tradisjonelt innehar behandlerroller innen psykisk helse. Ved generalisering bør man ta hensyn til disse kjennetegnene ved informantene, men forfatteren mener likevel at funnene gir indikasjoner som er sterke nok å inspirere til mer bruk av natur i terapi.

Hvor mye betyr omgivelsene egentlig?

Pasienter som går i psykoterapi blir godt hjulpet, dersom man ser på resultatene av studier av absolutt effekt. Ser man på studier av komparativ effekt, er det som regel liten eller ingen forskjell i de resultatene som oppnås hos pasienter i forskjellige former for terapi (Wampold & Imel, 2015). Det som er blitt foreslått, er at det ikke er det spesifikke metodiske ved de forskjellige behandlingsformene som er mest virksomme i terapi. Men hva er det da? Lambert (1992) har etter en gjennomgang av psykoterapiforskningen identifisert fire terapeutiske faktorer som kan ha betydning. Ekstraterapeutisk forandring bidrar med 40% av variansen ifølge Lambert. Det terapeutiske forholdet bidrar med 30% av variansen og terapeutisk teknikk og forventning eller placebo med 15 % hver. De fysiske terapiomgivelsene kan ses på som en virksom del i flere av disse faktorene, men det ville være interessant å se på det spesifikke. Det foreligger per i dag ikke så mange studier som undersøker terapiomgivelsene, i alle fall ikke store metastudier, men å se nærmere på hvilke faktorer som tilskrives bedring ved bruk av Friluftssykehuset, ville være nyttig. Hvor mye kan tilskrives forventning eller placebo, den terapeutiske relasjon eller ekstraterapeutiske

variabler? Disse spørsmålene kan ikke denne studien svare på, selv om den viser at informantene mener at bruk av natur og naturmaterialer har en gunstig effekt.

Ulike terapeutiske intervensjoner

Behandlingen som har vært gitt i Friluftssykehuset, varierer i hyppighet, innhold og lengde. Noen barn har hatt en time, andre har kommet gjentatte ganger over lengre tid. Noen har hatt en «standard» terapitime på 45-50 minutter, andre opptil 2 timer eller mer. Enkelte barn har hatt med familien sin, andre ikke. Noen ganger har det vært to terapeuter, andre ganger bare en terapeut. Det er barn som har fått terapi i grupper, men de fleste individuelt. Ulike terapeutiske intervensjoner har vært gitt, ut fra behov og sykdomsbilde, da barna skal gjennom ulike prosedyrer og skal forberedes på dette. Sykdommene varierer i symptomer, alvorlighet og forløp. Noen barn trenger terapi i etterkant av prosedyrer og sykdom. Mange av barna har tidligere traumatiske erfaringer med å være på sykehus, andre har det i liten grad. De terapeutiske intervensjonene er også gitt av ulike behandlere uten noen form for «standardisering». Den terapeutiske alliansen mellom barn og terapeut kan variere sterkt. Alle disse faktorene reiser en rekke metodiske utfordringer ved sammenligning av grupper siden intervensjonene varierer i så stor grad. Det kan også være problematisk å finne deltakere som ønsker å fungere som kontroller, og ikke få tilbud om Friluftssykehuset, dermed blir det vanskelig å randomisere. Denne studien har imidlertid lagt vekt på kvalitative aspekter ved Friluftssykehuset og terapiarbeidet som foregår der. Per i dag er det heller ikke nok pasienter som har brukt Friluftssykehuset til å gjøre kvantitative målinger av effekt, men dette vil bli mulig på sikt.

Ville andre forskere kommet frem til samme resultat?

Hvor pålitelig (reliable) er funnene fra studien og kan det antas at andre forskere hadde kommet frem til de samme resultatene? Er resultatene troverdige og konsistente? Ville informantene endret svarene sine med en annen forsker? Kan kunnskap som er produsert via intervju være objektiv? Dersom intervjuet er faglig velutført, kan det i prinsippet være en objektiv forskningsmetode i den forstand at det ikke er ensidig. Konteksten og kasuset Friluftssykehuset er forsøkt forklart så godt som mulig, for at leserne skal kunne bedømme

analyse og resultater, og vurdere generalisering av resultatene til lignende situasjoner. I forhold til *refleksiv objektivitet* har studenten forsøkt å reflektere over sitt bidrag som forsker til produksjonen av kunnskap. Det har også vært stadige innspill fra veileder, og studenten har forsøkt å tydeliggjøre og problematisere hvordan funnene har fremkommet under oppgavens metodedel.

Oppfølgingsintervju

Det ville vært interessant med oppfølgingsintervju etter analysen for å gå dypere inn i interessante funn og utdype svar som ble gjort i første intervju. Mer detaljerte opplysninger ville i tillegg være mulig å fremskaffe. Noen av spørsmålene som stilles ovenfor kunne muligens besvares med oppfølgingsintervju og tilgang på tilleggsinformasjon. Dette har det ikke vært tid og rom for i forbindelse med denne oppgaven.

Analytisk generalisering

Regjeringen har ønsket å bruke mer natur og friluftsliv på sykehus og i behandling av psykisk lidelse (Regjeringen, 2017). Rapporten *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse* (Miljøverndepartementet, 2009) forsøkte å synliggjøre sammenhenger mellom friluftsliv og helseutfordringer i tiden fremover. Rapporten vektlegger naturens positive helseeffekter. Den nordiske styringsgruppen som forfattet rapporten fra Miljøverndepartementet, innså at framtiden vil bringe med seg nye helseproblemer i grenselandet mellom kropp og sinn, og at disse vanskelig kan la seg behandle hos alle med dagens helsetilbud. Det er derfor interessant med bruk av tiltak som Friluftssykehuset, og spesielt se på den analytiske generaliseringen, om hvilke ulike grupper resultatene vil kunne være relevante for.

Ut fra resultatene fra denne studien, kan man anta man at terapi i natur og i rom med naturmaterialer og utsikt til natur, vil ha en gunstig effekt på mange ulike pasientgrupper, ikke bare somatisk syke barn. Både voksne somatisk syke pasienter, i tillegg til barn, ungdom og voksne med primært psykiske lidelser, antas å ville kunne ha positiv effekt av slike tiltak. Også terapeuter ansatt innen somatikk, psykisk helsevern og andre tilgrensende disipliner vil

kunne oppleve god virkning av gjennomtenkte omgivelser å arbeide i. Videre forskning vil være nødvendig for å kunne se på hvordan man kan utnytte disse positive effektene for andre pasientgrupper.

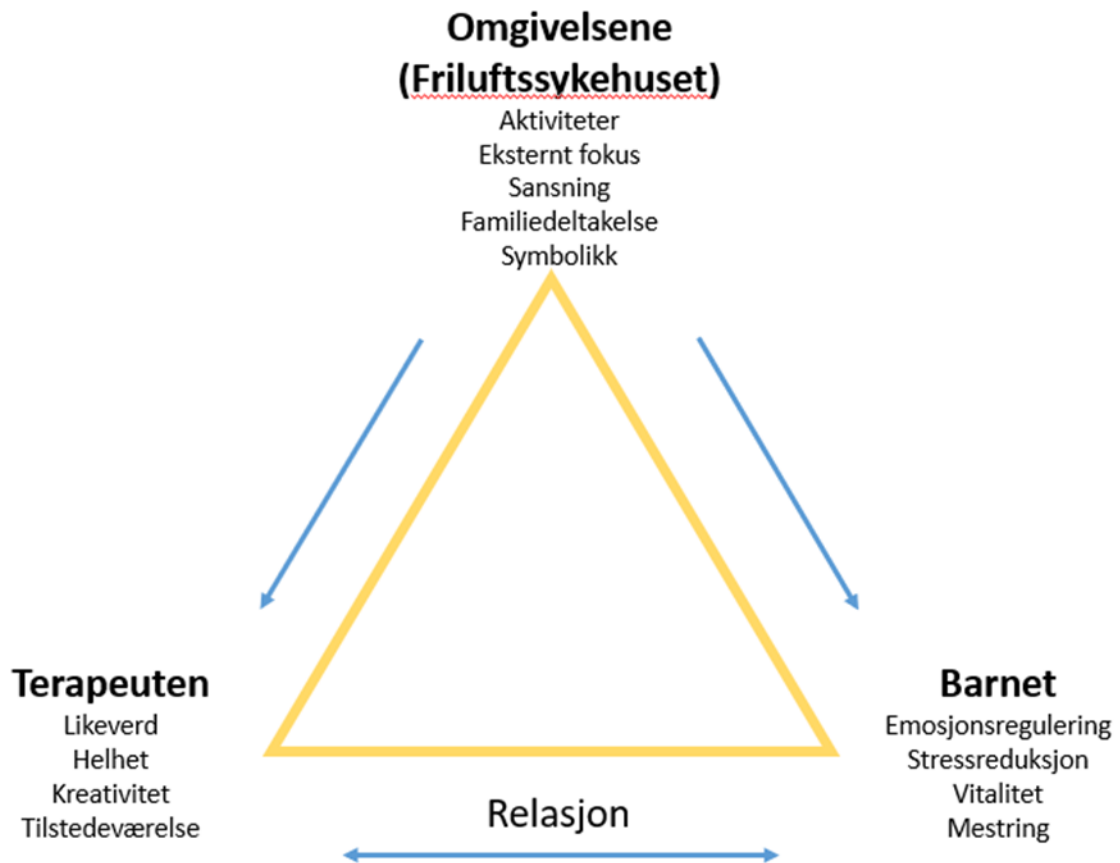
Natur kan sies å ha en spesielt sterk stilling i Norge og være en del av den nasjonale identiteten vår (Dragland, 2018), og det finnes mye uberørt natur i Norge. Tilgang til natur i Norge kan være lettere enn i mange andre land. Forskningen sier at bruk av natur i terapi vil være viktig i alle kulturer – det blir sett på som noe universelt, og det diskuteres sjeldent kulturelle forskjeller her. I mange byer er det mangel på grøntområder, urbaniseringen er større enn i Norge, og sykehusene kan mangle naturtomter i nærheten for friluftssykehus. Arkitektene av Friluftssykehuset har av denne grunn hatt en ide om at det kan være mulig å etablere friluftssykehus med hage på taket av eksisterende sykehusbygg. Vil dette gi samme opplevelse som Friluftssykehuset her til lands? Hvilken betydning har naturen i andre land? Det er mulig det er mer fokus på bruk av naturen i Norge enn en del andre land, men funnene vil likevel kunne generaliseres til andre land og kulturer. Effekten av biofilisk design kan anvendes i mindre skala innendørs med planter, vannelementer, bruk av trematerialer og stein, samt geometriske mønstre. Tilgang til dagslys og utsikt til natur gjennom vinduer vil også ha gunstig effekt.

Siden helsereformen ble innført i 2002 og sykehusene er organisert i helseforetak, har norsk sykehuskultur vært preget av sammenslåing av avdelinger og sykehus for mer effektive organisasjoner. Det har vært motstand mot kontinuerlige endringer og omstillinger, og samarbeidsvansker grunnet kulturforskjeller oppstår på ulike sykehus og avdelinger. Det å ha behov for noe som binder ansatte sammen og som hjelper dem til å mobilisere når det eksisterer kulturkonflikter og subkulturer, vil være gunstig. Ansatte som samarbeider og trives i tilrettelagte fysiske omgivelser, vil gi bedre pasientbehandling.

4.6 Teoretiske implikasjoner

Med bakgrunn i oppgavens teoretiske fundament og resultatdel har denne studien flere teoretiske implikasjoner. Både Kaplan og Kaplans sin «attention restoration theory» og Ulrichs «stress reduction theory» er sentrale når det kommer til en forståelse av hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med barn målt i økt mental kapasitet og stressreduksjon og hvordan dette igjen fører til bedret mestring, emosjonsregulering, mer vitalitet, kreativitet og tilstedeværelse. I tillegg gir Gibsons begrep «affordances», samt kunnskap om «biofilisk design», relevant kunnskap når det gjelder de fysiske omgivelsenes betydning. I denne studien betyr det mulighet for tilrettelagte aktiviteter i naturen, eksternt fokus, sansning, bruk av symbolikk og økt familiedeltakelse gjennom felleskap.

Funnene fra studien kan illustreres med en modell (se figur nr. 5). Modellen viser et tresidig resiprokt avhengighetsforhold mellom omgivelsene (Friluftssykehuset), terapeuten og barnet.



Figur nr. 5: Modell som viser oversikt over studiens funn

Omgivelsene påvirker både terapeuten direkte, men også barnet. Omgivelsene som Friluftssykehuset tilbyr gir andre muligheter for terapi (som aktiviteter, eksternt fokus, sansning, familiedeltakelse og symbolikk) enn tradisjonelle terapeutiske settinger. Terapeuten påvirker barnet gjennom den terapeutiske relasjonen. Om terapeuten er kreativ og vital, eller trett og sliten, vil ha en konsekvens for utfallet av terapien. Terapeuten er i en terapikontekst som igjen har innflytelse på hvordan terapeuten oppfører seg, og hvilken kvalitet terapien kan ha. Barnet vil påvirkes av omgivelsene og hva omgivelsene tilbyr. Barnet vil også påvirkes av terapeuten og kvaliteten på den terapeutiske relasjonen (likeverd, helhet, kreativitet og tilstedeværelse). Omgivelsene vil påvirke barnet slik at barnet lettere kan få tilgang på andre ressurser (emosjonsregulering, stressreduksjon, vitalitet og familiedeltakelse) enn i en tradisjonell terapikontekst. Barnet vil også påvirke terapeuten og den terapeutiske relasjon både kognitivt, atferdsmessig, sosialt og psykologisk, noe som gjør

at terapeuten stadig må justere sine terapeutiske intervensjoner og gjøre aktivt bruk av omgivelsene og de terapeutiske mulighetene som ligger i konteksten.

Som et videre steg i analysen og teoriutvikling, ville det være interessant å reflektere rundt hvordan undertemaene passer sammen på tvers og å se på eventuelle sammenhenger mellom disse. Som eksempel kan nevnes: Tilstedeværelse hos terapeuten – emosjonsregulering hos barnet – sansning av omgivelsene. Eller: Kreativitet hos terapeuten – vitalitet/mestring hos barnet – aktiviteter/symbolikk i omgivelsene. Dette falt utenfor denne oppgavens omfang, men ved videre bearbeiding av materialet og videre undersøkelse, kunne dette utforskes mer i dybden.

5. Konklusjoner og videre forskning

5.1 Konklusjon

Vi vet at barn som er alvorlig og/eller kronisk syke og innlagt på sykehus ofte opplever fremmedgjøring og angst. Både fordi det vante fristedet som hjemmet representerer, ikke er tilgjengelig, men også fordi barna kan oppleve redsel i forbindelse med smertefulle prosedyrer, i tillegg til belastningene ved å ha en alvorlig sykdom. Alt som kan støtte barna i den terapeutiske prosessen til bedre psykisk og fysisk helse, vil representere et kjærkomment bidrag til økt livstilfredshet. Oppgaven har forsøkt å synliggjøre hvordan miljøpsykologisk kunnskap om fysiske omgivers betydning kan bidra til å skape og opprettholde bedre psykisk helse hos barn som er alvorlig somatisk syke.

Forskningsgrunnlaget for helende arkitektur er redegjort for og hvordan omgivelsene kan anvendelse til helsemessige formål. Fokuset videre har vært på hvordan kunnskapen vi har om fysiske omgivelser i form av natur og naturmaterialer, kan bidra til å øke de terapeutiske mulighetene.

Oppgavens forskningsspørsmål var: *Hvordan erfarer terapeuter at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og/eller kronisk syke barn?* Gjennom kvalitative intervjuer med fem terapeuter som har benyttet Friluftssykehuset i terapi med barn, ble tre hovedtemaer identifisert og som Friluftssykehuset påvirker: Terapirelasjonen, barnet selv og hva omgivelsene tilbyr. Det ble funnet henholdsvis fire, fire og fem undertemaer på hvert overordnet tema. Studien konkluderer med at bruk av natur og naturlige materialer etter terapeutenes oppfatning påvirket dem til å være mer kreative og vitale, barna ble mer avslappet og frie, og omgivelsene la til rette for andre typer aktiviteter og samtaler enn et sykehusrom. Det kan derfor være viktig å bruke natur og naturmaterialer mer strategisk for god måloppnåelse i terapi med barn.

Kasusstudien viser at terapeutene opplever at Friluftssykehuset påvirker:

- Terapirelasjonen på følgende måter:
 - Terapeutene opplevde mer likeverd i relasjonen til barna

- Terapeuten fikk mer helhetlig og fylldigere innsikt i barnas styrker og utfordringer
- Terapeutene ble mer kreative og vitale
- Tilstedeværelse og stillhet var lettere å oppnå i Friluftssykehuset
- Barnet på følgende måter:
 - Emosjonsregulering ble enklere å få til
 - Stressreduksjon og senkning av arousal/aktivering skjedde lettere i disse omgivelsene
 - Vitalitet oppsto oftere
 - Mestring var enklere å forsterke og tydeliggjøre i naturen
- Hva affordances/omgivelsene tilbyr på følgende måter:
 - Andre aktiviteter var tilgjengelig i naturen enn innendørs på et terapikontor, og dette endret de terapeutiske mulighetene
 - Eksternt fokus var enklere å oppnå
 - Sansning var lettere tilgjengelig og førte til mindre deprivasjon og passivisering
 - Familiedeltakelse var enklere å få til

5.2 Praktiske implikasjoner

Friluftssykehuset er allerede er tatt i bruk flere steder i Norge. Tanken er at Friluftssykehuset skal etableres ved andre sykehus i Norge og ifølge Stiftelsen Friluftssykehusets nettidler søkes det nå om samarbeidspartnere til dette formålet. Med erfaringer gjort så langt, hvordan kan Friluftssykehuset benyttes best mulig ved andre sykehus i landet? Ikke alle sykehus har mulighet til å bygge et friluftssykehus, men denne studien indikerer også at å inkorporere elementer av natur og naturlige materialer i den terapeutiske settingen innendørs på terapikontoret, kan ha en positiv effekt på terapien. Bruk av kunst med natur og naturbilder kan virke positivt om man legger til grunn hypotesen om biofilisk design. Mulighet for å kunne gå utendørs i en nærliggende hage, park eller skog kan også ha gunstig virkning ifølge resultatene fra denne studien.

Som en motvekt til helsevesenets fokus på økonomi og New Public Management, viser resultatene i denne oppgaven at vektlegging av andre verdier enn de rent økonomiske er viktige, og at «faget kan tas tilbake» ved å utføre bedre kliniske tjenester når terapeuter har mer å tilby til pasienter som trenger andre tilnærminger enn det helsevesenet vanligvis kan gi. Hver enkelt pasient har unike behov og forutsetninger, noe som vanskeliggjøres i stor grad med ensidig fokus på økonomi. Oppgaven viser at tilrettelagte og gjennomtenkte omgivelser har gunstig påvirkning på terapiarbeidet. Det er mulig at en litt annen måte å drive terapi på, som beskrevet her, vil spare ressurser til helsevesenet på sikt.

5.3 Videre forskning

Det lar seg vanskelig gjøre å måle hva natur *er*, men *virkingen* av den kan måles. Det ville derfor være interessant å undersøke nærmere hvilke virkningsfulle faktorer som eksisterer i Friluftssykehuset. I denne oppgaven forteller terapeutene selv hvilke opplevelser de har og tiltaket har sannsynligvis effekt. Men hvordan evaluerer barna, foreldre og annet personalet effektene av Friluftssykehuset? Barn har ofte andre «mål» i terapi enn de voksne. Det gjenstår å se om effekten av tiltaket kan generaliseres og dette kan undersøkes gjennom sammenligning med andre Friluftssykehus som er tatt i bruk i Norge, eller andre lignende internasjonale miljøer som studerer helsebygg. Disse undersøkelsene kan gjøres både kvalitativt og kvantitativt.

Bruk av kontrollgruppe der noen barn får tilbud om Friluftssykehuset og noen barn får «treatment as usual», eller tilbud om behandling i andre typer originale omgivelser uten naturinnslag, kunne gi ytterligere informasjon. Slik forskningen foreligger, er det vanskelig å vite akkurat hvilke faktorer som påvirker psykisk og fysisk helse, og det er vanskelig å si noe om kausalitet. Er det effekten av at barn kommer til et «trygt sted» uten redsel for smertefulle prosedyrer, er det fascinasjon for hytta i seg selv, er det terapeutens økte kreativitet eller er det foreløpige helt ukjente faktorer som forskningen ennå ikke har klart å fange?

Selv om ikke alle sykehus har mulighet til å bygge et friluftssykehus, ville det være effektivt å bringe natur og naturelementer inn i terapirommet og inn på sykehusene i større grad enn

det gjøres i dag. Kanskje ville det være muligheter for å bygge et innendørs hytterom inni selve sykehuset, eller øke tilgang til sykehushager og parkområder. Hvordan kan fremtidens terapirom, venterom og pasientrom omsorgsfullt innredes til det beste for pasienter, pårørende og ansatte? Intervju om hvordan disse gruppene ønsker at omgivelsene skal være, kunne gi ideer og hypoteser å teste ut videre. Mennesker er forskjellige og individuelle preferanser og valgmuligheter er et element som kan være betydningsfullt å ta hensyn til. Kulturelle forskjeller spiller inn i andre sammenhenger, så hvorfor skulle det ikke gjøre det når gjelder arkitektur og terapiomgivelser? I tråd med nyere forskning på restorative omgivelser og biofilisk design, har andre sansemodaliteter enn det visuelle blitt fremhevet, særlig auditive og olfaktoriske stimuli. Fremtidig forskning må ta utgangspunkt i alle sansene som aktiveres i naturomgivelser.

Litteraturliste

- Adams, M., Jordan, M., Wren, J. & Wright, J. (2014). *The grow project: A report on the well-being benefits of nature connection for people with experience of mental distress*. Brighton: University of Brighton.
- Altimier, L. B. (2004). Healing environments: For patients and providers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4(2), 89-92.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059.
- Annerstedt, M. & Währborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 371-388.
- Antony, K. H. & Watkins, N. J. (2007). The design of the psychologists' office: A qualitative evaluation of environment-function fit. *American Institute of Architects (AIA) Academy Journal*. Hentet fra http://info.aia.org/nwsltr_print.cfm?pagename=aah_jrnl_20071101_watkins
- Aslaksen, R., Bringslimark, T. & Nyrud, A. Q. (2012). Utforming av helseinstitusjoner i et miljøpsykologisk perspektiv. I A. Fyhri, Å. L. Hauge & H. Nordh (Red.), *Norsk miljøpsykologi* (s. 195-211). Oslo: SINTEF akademisk forlag.
- Augustin, S. & Fell, D. (2015). *Wood as a restorative material in healthcare environments*. Québec City: FPInnovations. Hentet fra <https://www.bcfii.ca/wood-restorative-material-healthcare-environments>
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F. & Lesser, M. L. (2001). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 135.
- Beauchemin, K. M. & Hayes, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*, 40(1-2), 49.
- Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E. & Smeraldi, E. (2001). Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62(3), 221.
- Berger, R. (2006). Beyond words: Nature-therapy in action. *Journal of Critical Psychology, Counseling and Psychotherapy*, 6(4), 195-199.

- Berger, R. & McLeod, J. (2006). Incorporating nature into therapy: A framework for practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25(2), 80-94.
- Berry, L. L., Parker, D., Coile, R. C., Hamilton, D. K., O'Neill, D. D. & Sadler, B. L. (2004). The business case for better buildings. *Frontiers of Health Service Management*, 21, 3-24.
- Beute, F. & de Kort, Y. (2014). Natural resistance: Exposure to nature and self-regulation, mood and physiology after ego-depletion. *Journal of Environmental Psychology*, 40, 167-178.
- Binder, P. E. & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 112-117.
- Bleu, T. (1988). *Psychotherapy tradecraft: The technique and style of doing therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the etics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 57-81.
- Brochmann, O. (2018). Arkitektur. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/arkitektur>
- Brudal, L. (2006). *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Burns, G. (1998). *Nature guided therapy: Brief integrative strategies for health and well-being*. London: Taylor & Francis.
- Clayton, S. (2012). *The Oxford handbook of environmental and conservation psychology*. New York: Oxford University Press.
- Compton, W. C. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont: Thomson Wadsworth.
- Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and intervention*. New York: Harper Collins.
- Cureton-Lane, R. A. & Fontaine, D. K. (1997). Sleep in the pediatric ICU: An empirical investigation. *American Journal of Critical Care*, 6(1), 56.
- Dalke, H., Littlefair, P. J., Loe, D. L. & Camgöz, N. (2004). *Lighting and color for hospital design*. Hentet fra [http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/254/B\(01\)02%20Lighting%20and%20colour.pdf](http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/254/B(01)02%20Lighting%20and%20colour.pdf)

- DeAngelis, T. (2017). Healing by design. *Monitor on Psychology*, 48(3), 56.
- Denzin, K. N. & Lincoln, Y. S. (2017). *The Sage handbook of qualitative research* (5. utg.). London: Sage Publications Inc.
- Devlin, A. S. & Nasar, J. L. (2012). Impressions of psychotherapists' offices: Do therapists and client agree? *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 118-122.
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 278-292.
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*, 18(1), 233-251.
- Diseth T. H. (2014). Kronisk somatisk sykdom og symptomatologi hos barn og unge. I A. A. Dahl, J. H. Loge & T. F. Aarre (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 674-694). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dragland, Å. (2018). *Slik påvirker naturen oss*. Oslo: Flux forlag.
- Eide-Midsand, N. (2011). Bakenfor det svarte blikket: Del 2. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 144-149.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(4), 28-40.
- Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*.
<https://doi.org/10.4220/sykepleien.2011.0027>
- Ferneer, 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. Hentet fra <https://www.psykologisk.no>
- Ferneer, C. R., Gabrielsen, L. E., Andersen, A. J. W. & Mesel, T. (2020). Emerging stories of self: Longterm outcomes of wilderness therapy in Norway. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 1-15.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt* (2. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447.

- Fornara, F. & Andrade, C. C. (2012). Health care environments. I S. Clayton (Red.), *The Oxford handbook of environmental and conservation psychology* (s. 295-315). New York: Oxford University Press.
- Frandsen, A. K., Ryhl, C., Folmer, M. B., Fich, L. B., Øien, T. B., Sørensen, N. L. & Mullins, M. (2009). *Helende arkitektur*. Aalborg: Institut for Arkitektur og Medieteknologi.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upwards spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, *13*(2), 172-175.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895/2011). *Studies on hysteria* (revidert utgave). Whitefish: Literary Licencing, LLC.
- Frizell, C. (2008). In search of the wider self. *E-motion*, *1*, 1281-1287.
- Frumkin, H. (2001). Beyond toxicity: Human health and the natural environment. *American Journal of Preventive Medicine*, *20*(3), 234-240.
- Gabrielsen, L. E., Storsveen, E. B. & Kerlefsen, R. (2018). Når terapeuten forlater kontoret. Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, *15*(1), 40-51.
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt (HMH).
- Gillis, K. & Gatersleben, B. (2015). *A review of psychological literature on the health and wellbeing benefits of biophilic design*. <https://doi.org/10.3390/buildings5030948>
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Gjems, S. & Diseth, T. H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *48*(9), 857-862.
- Goldsworthy, A. (2004). *Passage*. London: Thames & Hudson.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W. & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study of active components. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(9), 2002-2013.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W. & Kirkevold, M. (2011). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, *20*(2), 119-129.
- Gonzalez, M. T. (2012). Hagen som terapeutisk miljø ved depresjon. I A. Fyhri, Å. L. Hauge & H. Nordh (Red), *Norsk miljøpsykologi* (s. 195-211). Oslo: SINTEF akademisk forlag.

- Grahn, P. (2005). Om trädgårdsterapi och terapeutiska trädgårdar: I M. Johansson & M. Küller (Red.), *Svensk miljöpsykologi*. Studentlitteratur AB.
- Greenway, R. (1995). The wilderness effect and ecopsychology. I T. Roszak, M. Gomes & A. Kanner (Red.), *Ecopsychology: Restoring the earth, healing the mind*. London: Sierra Club.
- Grinde, B. & Patil, G. G. (2009). Biophilia: Does visual contact with nature impact on health and well-being? *International Journal of Environmental Research on Public Health* 6(9), 2332-2343. <https://doi.org/10.3390/ijerph6092332>
- Gross, R., Sasson, Y., Zarhy, M. & Zohar, J. (1998). Healing environment in psychiatric hospital design. *General Hospital Psychiatry*, 20,108-114.
- Guidelines for the protection of human subjects*. (1992). Berkeley: University of California Press.
- Hallan, C. (2004). *Musikk i terapi. Beretninger om virksomme faktorer i terapeutisk bruk av musikk. En kvalitativ intervjustudie (Hovedoppgave)*. Universitetet i Oslo.
- Hartig, T. & Staats, H. (2003). Guest editors' introductions: Restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23, 103-107.
- Helsebiblioteket. (2019). *Psykososiale tiltak*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barnekreft/medisinsk-st%C3%B8ttebehandling/psykososiale-tiltak>
- Helsedirektoratet. (2011). *Kvalitet og kompetanse... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre (IS-1914)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059–1064.
- Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology*. London: Pearson Education Limited.
- Høstmælingen, A. (2014). Klinisk ekspertise og New Public Management. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(6), 453-460.
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C & Ikenna, E. S. (2016). The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complimentary Therapies in Clinical Practice*, 24(2016)174-188.

- Jackson, D. (2018). Aesthetics and the psychotherapist's office. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 233-238.
- Johnsen, S. Å. K. (2011). The use of nature for emotion regulation: Toward a conceptual framework. *Ecopsychology*, 3(3), 175-185.
- Jordan, M. (2015). *Nature and therapy: Understanding counselling and psychotherapy in outdoor spaces*. London: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group.
- Kaplan, S., Kaplan, R. & Wendt, J. S. (1972). Preference and complexity for natural and urban visual material. *Perception & Psychophysics*, 12(4), 354-356.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature. A psychological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, R., Kaplan, S. & Ryan, R. L. (1998). *With people in mind: Design and management of everyday nature*. Washington DC: Island press.
- Kellert, S. (2012). *Birthright: People and nature in the modern world*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kennedy, M. M. (1979). Generalizing from single case studies. *Evaluation Quarterly*, 3, 661-678.
- Kirste, I., Zeina, N., Kronenberg, G., Walker, T. L., Liu, R. C. & Kempermann, G. (2013). Is silence golden? Effects of auditory stimuli and their absence on adult hippocampus neurogenesis. *Brain structure and function*. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0679-3>.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Lang, J. (1988). Symbolic aesthetics in architecture: Towards a research agenda. I J. L. Nasar (Red.), *Environmental Aesthetics: Theory, Research, and Application* (s. 11-26). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.
- Larsen, A. H. (2007). *Bruk av musikk som støttebehandling ved depresjon* (Hovedoppgave). Universitetet i Bergen.

- Lather, P. (1995). The validity of angels: Interpretive and textual strategies in researching the lives of women with HIV/AIDS. *Qualitative Inquiry*, 1, 41-68.
- Lewy, A. J., Bauer, V. K., Cutler, N. L., Sack, R. L., Ahmed, S. & Thomas, K. H. (1998). Morning vs evening light treatment, of patients with winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 890.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linden, S. & Grut, J. (2002). *The healing fields: Working with psychotherapy and nature to rebuild shattered lives*. London: Frances Lincoln.
- Lindheim, M. Ø., Johnsen, S. Å. K., Hauge, Å. L. & Diseth, T. H. (2020). Friluftssykehuset – naturen som behandlingsrom for somatisk syke barn. Sendt utgiver, under vurdering.
- Louv, R. (2008). *Last Child in the Woods*. New York: Algonquin Books.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1976). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'everyone has won and must have their prizes'? I R. L. Spitzer & D. F. Klein (Red.), *Evaluation of psychological therapies* (s. 3-22). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Tano.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 25(122), 2468-2472.
- Marsden, J. (1999). Older persons' and family members' perceptions of homeyness in assisted living. *Environment and Behavior*, 31(1), 84-106.
- Miljøverndepartementet. (2009). *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse*. Rapport T-1474. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/naturopplevelse-friluftsliv-og-var-psyki/id578787/>
- Morstad, E. B. (2011). *Natur og friluftsliv i rehabilitering – en kartleggingsstudie* (Masteroppgave). Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.
- Naper, Ø. (2006). *Det har styrket meg, og gjort meg helere. Betydningen av kunst, kultur og estetikk for psykisk helse og utbyttet av oppholdet i institusjon*. Hentet fra <https://www.modum-bad.no/unik-arkitektur/>

- Nippon Medical School. (2017). *Forest medicine*. Hentet fra <https://nms.ac.jp/college/english/research/topics/topics02.html>
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 3-16). Oxford: Oxford University Press.
- Nordahl, M. (2009). *Nytt lys over Jung*. Hentet fra <https://forskning.no/kunst-og-litteratur-psykologi/nytt-lys-over-jung/888734>
- Nyrud, A. Q. & Bringslimark, T. (2010). Is interior wood use psychologically beneficial? A review of psychological responses toward wood. *Wood and Fiber Science*, 42, 1-17.
- Nyrud, A. Q., Bysheim, K. & Bringslimark, T. (2010). Health benefits from wood interior in a hospital room. Hentet fra <https://www.swst.org/wp/meetings/AM10/pdfs/WS-56%20Nyrud%20Paper.pdf>
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. Sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ottosen, J. (2007). *The importance of nature in coping* (Doktoravhandling). Alnarp: Sveriges Landbruksuniversitet.
- Palmer, R. E. (1969). *Hermeneutics*. Evanston: Northwestern University Press.
- Panskepp, J. (1998a). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Panskepp, J. (1998b). The quest for long-term health and happiness: To play or not to play, that is the question. *Psychological Inquiry*, 9, 56-65.
- Panskepp, J. (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 57-66.
- Park, B. J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T. & Miyazaki, Y. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere of forest bathing): Evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15(1), 18-26.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. utg.). Newbury Park, CA: Sage.
- Perry, B. (2006). Applying principles of neuro-development to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. B. Webb (Red.), *Working with traumatized youth in child welfare* (s. 27-52). New York: Guilford Press.

- Pless, B. & Nolan, Y. (1991). Revision, replication and neglect – research and maladjustment in chronic illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32(2), 347-356.
- Porges, S. (2006). «Don't talk to me now, I'm scanning for danger». How your nervous system sabotages your ability to relate. *Nexus*, 30–35 [intervju].
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psykoterapi. (2020). I *Wikipedia*. Hentet fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Psykoterapi>
- Raanaas, R. K., Patil, G. & Alve, G. (2013). Naturelementer i et rehabiliteringssenter. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 2, 150-159.
- Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet*. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Regjeringen. (2018). *Arkitektur*. Hentet fra www.regjeringen.no/no/sub/stedsutvikling/ny-emner-og-eksempler/arkitektur-og-design/id537263/
- Richards, K. & Peel, J. (2005). Outdoor cure. *Therapy Today*, 16(10), 3-8.
- Robbins, A. (1994). The play of psychotherapeutic artistry and psychoaesthetics. I A. Robbins (Red.), *A multimodal approach to creative arts therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin.
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rydstedt, L. W. & Johnsen, S. Å. K. (2019). Towards an integration of recovery and restoration theories. *Heliyon*, 5, e02023.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02023>
- Saari, C. (2002). *The environment: Its role in psychosocial functioning and psychotherapy*. New York: Columbia University Press.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 55(1), 110-121.
- Sando, O. J. & Sandseter, E. B. H. (2020). *Affordances for physical activity and well-being in the ECEC outdoor environment*. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494419307078?via%3Dihub>

- Scopelliti, M., Carrus, G. & Bonnes, M. (2012). Natural landscapes. I S. Clayton (Red), *The Oxford handbook of environmental and conservation psychology* (s. 332-347). New York: Oxford University Press.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (5. utg.). London: Sage Publications.
- Simonton, D. K. (2000). Creativity: Cognitive, personal, developmental, and social aspects. *American psychologist*, 55, 151-158.
- Skre, I. B. (2019). Psykoterapi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykoterapi>
- Slåttå, L. S. & Madsen, O. J. (2014). «Jeg svømmer alene»: En økopsykologisk utforskning av de endelige vilkår i eksistensiell psykoterapi. *Scandinavian Psychologist*, 1, e9 <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e9>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis. I A. Smith (Red.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. J. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Stake, R. E. (2005). Case studies. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and the developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stiftelsen Friluftssykehuset. (2018, 9. juni). *Helseminister Bent Høie åpner Friluftssykehuset* [videoklipp]. Hentet fra https://www.youtube.com/watch?v=Eot8FiCTx_U&feature=youtu.be
- Stuber, M. L., Shemesh, E. & Saxe, G. N. (2003). Posttraumatic stress response in children with life-threatening illnesses. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 195-209.
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-278). Oslo: Universitetsforlaget.

- Svartdal, F. (2009). Beskrivende og kvalitative forskningsmetoder. I *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon* (3. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Terman, J. S., Terman, M., Lo, E. & Cooper, T. B. (2001). Circadian time of morning light administration and therapeutic response in winter depression. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 69.
- Topf, M., Bookman, M. & Arand, D. (1996). Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 545.
- Topor, A. (2015). Fra asosial til social psykiatri. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (s. 240-248). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ugras, G. A. & Oztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurological intensive care unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212(3), 299.
- Ulrich, R. S. (1983). Aesthetics and affective response to natural environment. I I. Altman & J. F. Wohlwill (Red.), *Behavior and the natural environment* (s. 85-125). New York: Plenum.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421.
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of health facility interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Design*, 3, 97-109.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A. & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230.
- Ulrich, R. S. (2008). Biophilic design of health care environments. I S. Kellert, J. Heerwagen & M. Mador (Red.), *Biophilic design for better buildings and communities* (s. 87-106). New York: John Wiley.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., ... & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design*, 1(3), 61-125.
- Ulrich, R. S. (2012). Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön. *Centrum för vårdens arkitektur*. Publikation 1/2012.

- van den Berg, A. E., Koole, S. L. & van der Wulp, N. Y. (2003). Environmental preference and restoration: (How) are they related? *Journal of Environmental Psychology*, 23, 135-146.
- van den Berg, A. (2005). *Health impacts of healing environments: A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*. Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen.
- van den Berg, A., Joye, Y. & de Vries, S. (2013). Health benefits of nature. I L. Steg, A. van den Berg, J. I. M. de Groot (Red.), *Environmental psychology: An introduction* (s. 47-56). Oxford: BPS Blackwell.
- Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K. & Kang, J. D. (2005). The effect on sunlight on post-operative analgesic medication usage: A prospective study of spinal surgery patients. *Psychosomatic Medicine*, 67, 156.
- Wallace-Guy, G., Kripke, D., Jean-Louis, G., Langer, R., Elliot, J. & Tuunainen, A. (2002). Evening light exposure: Implications for sleep and depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 738.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy works* (2. utg.). New York: Routledge.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Birkshire: McGraw-Hill Education.
- Wilson, E. O. (1984). *Biophilia. The human bond with other species*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (1956/1971). Primary maternal preoccupation. I *The maternal processes and the facilitating environment* (s. 29-36). New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971/2005). *Playing and reality* (revidert utgave). London: Tavistock Publications.
- Wohlwill, J. F. (1983). The concept of nature: A psychologist's view. *Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research*, 6, 5-37.

- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., ... Wyller, B. T. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2013/03/kronikk/ta-faget-tilbake>
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yinnon, A. M., Ilan, Y., Tadmor, B., Altarescu, G. & Hershko, C. (1992). Quality of sleep in the medical department. *British Journal of Clinical Practitioners*, 46(2), 88.
- Zahl, T., Steinsbekk, S. & Wickstrøm, L. (2017). Physical activity, sedentary behavior, and symptoms of major depression in middle childhood. *Pediatrics*, 139(2). <https://doi.org/10.1542./peds.2016-1711>.

Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer terapeuter at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig syke barn?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og/eller kronisk syke barn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og/eller kronisk syke barn. Prosjektet er knyttet til en masteroppgave i miljøpsykologi og dette er et delprosjekt sammen med flere andre planlagte prosjekter innenfor Friluftssykehuset. Prosjektet vil gjøre bruk av tolkende fenomenologisk metode der hensikten er å gå vidt ut for å undersøke hvilke temaer som kommer opp gjennom intervjuene. Deretter samles temaene og masteroppgaven vil formuleres med utgangspunkt i de relevante temaene som vil være interessant å undersøke nærmere. For eksempel hvordan virker terapi i andre omgivelser enn «den vanlige kliniske settingen» og hvor mye har omgivelsene å si for den terapeutiske relasjonen etc. Hva er de terapeutene som benytter Friluftssykehuset opptatt av? Det vil være åpne undrende spørsmål basert på relevante stikkord fremfor en detaljert intervjuguide. Da er det gode muligheter for å utdype underveis i intervjusamtalen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen Innlandet er ansvarlig for prosjektet. I tillegg vil det være samarbeid med Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken på Rikshospitalet, OUS og arkitektfirmaet Snøhetta.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det ønskes å gjennomføre intervjuer med terapeuter som har benyttet seg av Friluftssykehuset i terapi med barn og ettersom du er en av disse omtrent fem behandlerne per i dag, ber vi deg om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli intervjuet om hvordan du tenker at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig og/eller kronisk syke barn. Prosjektet søker å undersøke antatte virksomme faktorer som Friluftssykehuset kan ha fremfor terapi i vanlige kliniske settinger. Det vil anvendes lydopptak under intervjuet, de delene av intervjuet som blir brukt vil transkriberes og lydopptaket slettet. Opptakene vil være anonyme, men ettersom det foreløpig er et relativt lite antall terapeuter som har benyttet Friluftssykehuset, kan noen opplysninger knyttes opp mot personer. Intervjuet vil ta omtrent 45-60 minutter og foregå i Friluftssykehuset sin hytte på Rikshospitalet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

De som vil ha tilgang til opplysningene vil være prosjektgruppen og som består av som ansatte ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken ved Rikshospitalet, OUS, arkitekter fra Snøhetta, veileder ved Høgskolen Innlandet, samt annen masterstudent ved NMBU og aktuell veileder.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og lydopptak.

I utgangspunktet vil alle intervju og lydopptak være anonyme, men ettersom det er et lite utvalg på omtrent fem behandlere, kan det være mulig å identifisere deler av innholdet for andre ved publisasjon. Dataene er tenkt publisert i masteroppgave og tidsskriftartikkel.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2020. Alle lydopptak vil da slettes. Dataene er i tillegg planlagt brukt i tidsskriftartikkel.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Høgskolen Innlandet ved førsteamanuensis Åshild Lappegard Hauge, på epost (ashild.hauge@inn.no)

Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg, på epost (hans.nyberg@inn.no)

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Førsteamanuensis

Åshild Lappegard Hauge

Masterstudent

Psykologspesialist

Anne Hagerup Larsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan erfarer terapeuter at Friluftssykehuset virker inn på terapi med alvorlig syke barn?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak
- at opplysninger om meg publiseres slik at det er mulig jeg kan gjenkjennes. Intervjuene er i utgangspunktet anonyme, men uttalelser kan kunne gjenkjennes da det er et lite utvalg. Dataene er i tillegg planlagt brukt i tidsskriftartikkel.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.05.2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2. Intervjuguide

Intervjuguide for terapeuter som bruker Friluftssykehuset

Fem behandlere skal intervjues om deres opplevelse av hvordan de fysiske omgivelsene (Friluftssykehuset) kan påvirke terapi med alvorlig syke barn. Det skal anvendes en tolkende fenomenologisk tilnærming. Intervjuguiden er åpen, og stikkord brukes bare hvis informanten ikke selv nevner temaet. Slik skapes det gode muligheter få fram bredden og dybden i opplevelsen av Friluftssykehuset, og kunne følge de temaene som dukker opp. I analysen grupperes temaene, og undersøkes nærmere i lys av teori og tidligere forskning.

- Hvordan ser du at det påvirker barn å komme til Friluftssykehuset/uteområdet?
 - Synlige kroppslige reaksjoner
 - Favorittplasser
 - Aktiviteter de velger/ting de interesserer seg for

- Hvordan opplever du å ha terapi med barn i og ved Friluftssykehuset (evt. sammenlignet med den vanlige kliniske settingen)?
 - Positiv distraksjon og mental avledning
 - Trygghet, ro og tilstedeværelse
 - Smertelindring
 - Kreativ tenkning – bruk av fantasi/transe
 - Effekt på humør
 - Stressreduksjon, mental restitusjon/restitusjon av oppmerksomhet
 - Mestring og framtidstro
 - Flytopplevelser
 - Selvregulering/emosjonsregulering/arousal (stabilisering i traumearbeid)
 - Terapeutisk relasjon og tilknytning
 - (Evt. utvide stikkordliste etter intervju)
 - Samtaleemner (hva slags tematikk tas opp og av hvem?)
 - Forskjeller på inne på friluftssykehuset og ute i naturen?

- Hvordan ser du at bruk av Friluftssykehuset/uteområdet påvirker familien/pårørende til det syke barnet?
 - Relasjonen mellom terapeuten og familien
 - Relasjonene innad i familien
 - Relasjonen til sykehuspersonalet

- Hvordan ser du at bruk av Friluftssykehuset/uteområdet påvirker barnets/familiens forhold til sykehuset?

- Når og hvordan ser du det som hensiktsmessig å bruke Friluftssykehuset?

- Hvilke pasienter
 - Intervall og plan for timene
 - Hvorfor og når er det viktig?
-
- Hva tenker du om overføringen av erfaringer fra Friluftssykehuset inn i sykehussituasjoner? (det å kunne hente frem gode opplevelser/forsterke mestring ved å bli minnet på opplevelser en har hatt sammen der ute i krevende situasjoner der inne).
 - Hva tenker du om overføring av erfaringene av Friluftssykehuset på Rikshospitalet til andre sykehus og klinikker?

Vedlegg 3. Godkjenning NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan erfarer terapeuter at Friluftssykehus virker inn på terapi med alvorlig syke barn?

Referansenummer

387797

Registrert

15.10.2019 av Anne Hagerup Larsen - 230436@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for økonomifag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Åshild Lappegaard Hauge, ashild.hauge@inn.no, tlf: 95230172

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne Hagerup Larsen, anne.h.larsen@gmail.com, tlf: 91321344

Prosjektperiode

31.10.2019 - 15.05.2020

Status

02.01.2020 - Vurdert med vilkår

Vurdering (2)

02.01.2020 - Vurdert med vilkår

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

18.10.2019 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)

3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)
6. Om deler av utvalget vil kunne gjenkjennes direkte eller indirekte i publikasjon må du innhente eksplisitte samtykker. Vi anbefaler at utvalget gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.
7. Utvalget ditt taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke - At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)

- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det

er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20). Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjem

aet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

<https://minside.nsd.no/meldeskjema/5da5d9d8-78b3-417f-a7f7-d4e08285232d/meldinger>