

Mestringstro i Friluftsterapi

En kvalitativ studie på Friluftsterapiens påvirkning på mestringstro

av Hedda Bulie Haanæs

Masterstudium i idrettsvitenskap

Høgskulen i Sogn og Fjordane mai 2016

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Idrettsvitenskap

Tittel: Mestringstro i Friluftsterapi

Engelsk tittel: Self-efficacy belief in Friluftsterapi

Forfatter: Hedda Bulie Haanæs

Emnekode og emnenavn: ID3-355 Master i idrettsvitenskap

Kandidatnummer: 102

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA Nei

Dato for innlevering:

30. mai 2016

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): Friluftsterapi, friluftsliv, mestringstro, psykisk helse, ungdom, endring og overføring.

Forord

Arbeidet med masteren har vært en travel og lærerik prosess fra august 2015 til mai 2016, med mye lesing og skriving, og litt reising frem og tilbake mellom Sogndal og Kristiansand for å være med på turer med Friluftsterapigruppa og samle inn data. Og endelig er dagen her for innleveringen. Selv om store deler av prosessen handler om å jobbe på egenhånd, har det likevel vært veldig viktig og nødvendig med de personene rundt meg som har bidratt til at prosjektet har vært mulig å gjennomføre. Jeg vil først og fremst takke ABUP ved Sørlandet Sykehus HF som lot meg delta i det spennende forskningsprosjektet deres, og på to av turene til Friluftsterapigruppa. Det var utrolig spennende å få være med og se hvordan deler av behandlingen foregår. Takk til informantene som var så snille og stilte opp til intervju, og delte sine egne tanker med meg. Det satte jeg utrolig pris på, oppgaven hadde ikke vært mulig uten dere. Takk til klassekameratene mine for morsomme og koselige stunder på skolen mellom all lesingen og skrivingen, det har vært viktig for å holde motivasjonen oppe. Takk til mamma, Eivind, Erika og Kirsti for korrekturlesing. Og sist, men ikke minst til de hjelpsomme og flinke veilederne mine - Odd Lennart Vikene og Leiv Einar Gabrielsen. Tusen takk for gode tilbakemeldinger og veiledning!

God lesing!

Hedda Bulie Haanæs

Sammendrag

Det er en stor vekst av mentale sykdommer på verdensbasis, og forekomsten øker spesielt blant unge mennesker. Det er derfor nødvendig å identifisere, og ta i bruk alle helsefremmende metoder som er tilgjengelige og effektive. En behandlingsmetode som er relativt ny i Norge, og som kan være en relevant helsefremmende behandling for ungdom, er Friluftsterapi. For at Friluftsterapi skal anses som en behandlingsmetode, er det nødvendig med studier av programmet for å undersøke om det har en positiv effekt. Et element som er antatt å bli påvirket av Friluftsterapien er mestringstro. Målet med prosjektet var å undersøke om behandlingen Friluftsterapi ved Sørlandet sykehus HF kunne påvirke mestringstroen til ungdommer med psykiske problemer. Metoden i studiet er kvalitativ. Det ble benyttet delvis strukturert intervju, og informantene ble intervjuet individuelt. Utvalget bestod av seks informanter, to gutter og fire jenter i alderen 16-18 år. Informantene deltok i samme behandlingsgruppe. Det ble brukt temasentrert analyse for å analysere datamaterialet. Resultatene i studiet viste at Friluftsterapien har en påvirkning på ungdommenes mestringstro gjennom en rekke faktorer i organiseringen av programmet. Grunnlaget for Friluftsterapien skapes i stor grad gjennom deltagelse og opplevelser med naturen som ramme, der kombinasjonen mellom aktiviteter, terapien, terapeutene og gruppa har en positiv betydning for ungdommenes mestringstro.

Nøkkelord: *Friluftsterapi, friluftsliv, mestringstro, psykisk helse, ungdom, endring og overføring.*

Abstract

Mental diseases are increasing worldwide, and the prevalence is increasing especially among young people. It is therefore necessary to identify, and make use of all methods of health promotion that are available and effective. A treatment that is relatively new in Norway, and that may be a relevant health treatment for adolescents is called Friluftsterapi. For Friluftsterapi to be considered as a treatment, it is necessary to study the program to determine whether it has a positive effect. An element that is estimated to be affected by Friluftsterapi is self-efficacy beliefs. The aim of the project was to investigate whether the treatment Friluftsterapi at Sørlandet Hospital HF may affect self-efficacy beliefs among adolescents with mental problems. The method of the study is qualitative. In order to collect data a semi-structured interview was used, and the informants were interviewed individually. The sample consisted of six informants, two boys and four girls aged 16-18. Informants participated in the same treatment group. Thematic analysis was used to analyze the data. The results of the study showed that Friluftsterapi has an impact on adolescents' self-efficacy beliefs through a number of factors in the organization of the program. The basis of Friluftsterapi is created largely through participation and experiences, with nature being the framework, and where the combination between activities, therapy, therapists and the group has a positive impact on adolescents' self-efficacy belief.

Keywords: Friluftsterapi, outdoor activities, self-efficacy belief, mental health, adolescents, change and transfer.

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 5 |
| Sammendrag | 6 |
| Abstract | 7 |
| 1.0 Innledning..... | 9 |
| 1.1 Problemstilling..... | 10 |
| 2.0 Teori | 11 |
| 2.1 Bakgrunnen for Friluftsterapi | 11 |
| 2.2 Organisering av Friluftsterapi..... | 14 |
| 2.3 Mestringstro..... | 16 |
| 2.4 Endring og overføring | 18 |
| 3.0 Metode..... | 20 |
| 3.1 Intervju som metode | 20 |
| 3.2 Utvalg | 21 |
| 3.3 Behandlingsprogrammet..... | 21 |
| 3.4 Dataproduksjon..... | 22 |
| 3.5 Analyse | 22 |
| 3.6 Metodekritikk | 24 |
| 3.7 Reliabilitet og validitet | 25 |
| 3.8 Etikk..... | 26 |
| 4.0 Resultat og diskusjon | 28 |
| 4.1 Ungdommenes opplevelse av endring i Friluftsterapien | 28 |
| Endring..... | 28 |
| Overføring..... | 33 |
| 4.2 Friluftsterapiens påvirkning på mestringstroen | 36 |
| Organiseringens påvirkning | 36 |
| 5.0 Konklusjon | 46 |
| 6.0 Litteraturliste | 48 |
| Vedlegg | 53 |
| Vedlegg 1 - Intervjuguide..... | 53 |
| Vedlegg 2 - REK | 55 |

1.0 Innledning

Antallet mennesker som sliter med psykiske problemer øker over hele verden. Ifølge Miljøverndepartementet (2008) og Pryor, Carpenter & Townsend (2005) har Verdensbanken og Verdens helseorganisasjon estimert at hele 10% av globale sykdommer er mentale sykdommer. Det forventes at dette antallet vil stige til 15% innen 2020, og depresjon vil være en av verdens største helseproblemer. Det forventes at flertallet av verdens befolkning på et eller annet tidspunkt i livet vil ha en psykisk lidelse. I tillegg pekes det på at mentale sykdommer blir mer og mer utbredt blant unge mennesker (Barton & Pretty, 2010; Miljøverndepartementet, 2008; Pryor et al., 2005).

Selv om Meld.St.18 om friluftsliv (Klima- og Miljødepartementet, 2016) fokuserer på natur som kilde til helse og livskvalitet er det nok tilfellet som Gabrielsen & Fernee (2014) hevder, at vårt psykiske helsevern ikke utnytter godt nok mulighetene for helsefremming ute i naturen. Mesteparten av helsearbeidet i Norge foregår innendørs. Sørlandet sykehus HF har startet prosjektet Friluftsterapi, hvor terapien foregår utendørs i samband med blant annet friluftslivsaktiviteter.

Friluftsterapi er en ny behandlingsmetode i Norge, og det vil være interessant å undersøke om den vil gi positive utslag på den psykiske helsen for ungdommer som sliter med psykiske problemer. Terapien er basert på Adventure Therapy og Wilderness Therapy (Gabrielsen & Fernee, 2014) som brukes i blant annet USA og Australia, og som har gitt positive resultater (Bowen & Neill, 2013).

Evaluering og rapportering er viktig for å undersøke om Friluftsterapi er en behandlingsmetode som kan skape positive resultater for ungdommer med psykiske helseproblemer. Som mennesker er vi forskjellige, og dermed vil vi respondere ulikt på ulike typer terapi. Hvis dette er en behandlingsform som kan være positiv for en del av befolkningen, er det viktig å få kunnskapen om dette frem i lyset (Fernee, Gabrielsen, Andersen & Mesel, 2015). Pryor et al. (2005) hevder også at med bakgrunn i den store veksten av mentale sykdommer må vi identifisere, og ta i bruk alle helsefremmende metoder som er tilgjengelige og effektive. Hvis det viser seg at Friluftsterapi har en positiv og vedvarende effekt på den psykiske helsen, bør det vurderes å få terapien inn i helsesystemet på landsbasis som en behandlingsmetode. Vi har god tilgang på natur her i Norge, så dette er en terapi type som er gjennomførbar over hele landet.

1.1 Problemstilling

Hensikten med undersøkelsen er å finne ut om Friluftsterapi kan føre til en positiv opplevelse av endring for ungdommene. I følge Fernee et al. (2015) og Sørlandet sykehus HF (2015) er det fire hovedfaktorer som antatt vil føre til endring hos ungdommene;

1. *"Naturen som et restaurerende element i seg selv"*.
2. *"Styrking av mestringstro gjennom oppgaver og utfordringer"*.
3. *"Individuell behandling og oppfølging"*.
4. *"Etablering av en terapeutisk gruppe og gjennomføring av gruppeterapi"*.

(Fernee et al., 2015: 5; Sørlandet sykehus HF, 2015: 2).

Studier av mestringstro innen Wilderness Therapy og Adventure Therapy kjennetegnes ofte ved bruk av kvantitativ metode. Det undersøkes kun om behandlingen har en signifikant effekt på mestringstroen, men ikke hvilke faktorer ved behandlingen som fører til denne effekten. Det er viktig å få en forståelse av hvilke faktorer som er essensielle for endring blant deltagerne, for å kunne etablere mest mulig effektive behandlingsprogrammer (Norton, Tucker, Russell, Bettmann, Gass, Gillis & Behrens, 2014).

Jeg har valgt å legge vekt på om Friluftsterapi kan føre til økt mestringstro hos ungdom med psykiske helseproblemer, og hva som eventuelt påvirker denne økningen. Fernee et al. (2015) og Sørlandet sykehus HF (2015) trekker frem oppgaver og utfordringer som relevante bidragsyttere for styrking av mestringstro. Jeg vil undersøke om det oppleves slik av ungdommene, og hvilke andre faktorer som eventuelt også påvirker mestringstroen deres. Hva er det ved Friluftsterapi som eventuelt påvirker mestringstro? Er det en spesiell aktivitet, å være fysisk aktiv, utfordringene, naturen, den sosiale settingen eller noe helt annet?

Problemstillingen ved forskningsprosjektet er:

"Hvordan opplever ungdommene at Friluftsterapien påvirker deres mestringstro, og hva beskrives som viktig for denne påvirkningen?"

2.0 Teori

I dette kapittelet vil bakgrunnshistorien til Friluftsterapien, og de internasjonale behandlingsmetodene denne bygger på beskrives. Videre inneholder det teori om organiseringen av Friluftsterapien, mestringstro, endring og overføring. Studier på mestringstro innen denne type behandling blir trukket frem.

2.1 Bakgrunnen for Friluftsterapi

Bakgrunnen for dette prosjektet er som innledningsvis nevnt, at flere og flere sliter med mentale sykdommer, og det rammer i større grad den yngre generasjonen enn før (Pryor et al., 2005). Det finnes en rekke ulike behandlingsformer mot psykiske helseplager, og jeg vil se nærmere på Friluftsterapi. Bakgrunnen for å benytte natur aktivt i helsearbeid går helt tilbake til begynnelsen av 1900-tallet, hvor to uavhengige hendelser i USA førte til at pasientene måtte flyttes ut i telt. Et sykehus i New York hadde utfordringer med at det var overfylt, og flyttet dermed tuberkulose- og psykiatriske pasientene ut i telt på plenen. Dette hadde en uventet og positiv effekt. Tidligere sengeliggende pasienter viste en stor forbedring av både fysisk og psykisk helse, og ble etter hvert utskrevet av sykehuset. Den andre hendelsen var et jordskjelv i San Francisco, som førte til at Agnew Asylum måtte sette opp telt for å få plass til pasientene. Også her oppdaget de en bedring av pasientenes helse. Disse hendelsene førte til telt-terapi som utviklet seg fort i løpet av de neste tiårene (Fernee et al., 2015; Furman & Sibthorp, 2012; Gibson, 1979; Hill, 2007; Hoag, Massey, Roberts & Logan, 2013; Norton, 2010; Williams, 2000).

Ifølge Gibson (1979) ble det i 1910 startet sommercamp for psykiatriske pasienter ved et sykehus i New York som følge av den positive effekten det hadde på pasientene å bli flyttet ut i telt. Han trekker frem at sommercamp for barn og ungdom ble startet allerede i 1861 i USA, men det var først i 1930 de som jobbet på campene begynte å fokusere på de psykologiske behovene til deltagerne, og hvordan de skulle innfris (Gibson, 1979).

I tillegg til telt-terapi og sommercamp, har Outward Bound hatt en innflytelse på Wilderness Therapy og Adventure Therapy. Kurt Hahn og Laurence Holt utviklet Outward Bound skolen i 1941 i Wales. Det ble opprinnelig utviklet som et overlevelsestreningsprogram på grunn av den høye dødsraten blant Britiske sjømenn som kjempet under 2. verdenskrig. Skolens program inneholdt fysisk trening, læring av sjømannskap og en landbasert ekspedisjon. Det

ble gjennomført i grupper, og det var fokus på samarbeid og vennskapelig konkurranse. I 1946 ble "The Outward Bound Trust" etablert for å administrere skolen og etablere flere skoler. I 1950 åpnet de den første "Mountain School". Programmet her bygde på de samme prinsippene som de første skolene, bortsett fra at utfordringene ble flyttet fra sjøen til fjellet. På 1950- og 60-tallet ble det startet skoler i andre land, blant annet USA i 1962 (Freeman, 2011; Furman & Sibthorp, 2012; Gibson, 1979).

I utgangspunktet bygget Wilderness Therapy og Adventure Therapy i stor grad på Outward Bound programmet (Ferneer et al., 2015; Furman & Sibthorp, 2012; Gibson, 1979; Hill, 2007). Wilderness Therapy-program ble utviklet på 1950- og 60-tallet som en følge av økt etterspørsel etter rehabiliteringsprogram for ungdom med ulike problemer. Programmet bruker tradisjonelle rådgivningsteknikker i et utendørsmiljø, og i samhandling med friluftslivsbaserte aktiviteter. Det ledes av utdannet helsepersonell, og behandlingsprogrammet har fem kjennetegn. Det første er målsetting, både individuelle og i gruppa. Å bygge tillit er det andre kjennetegnet, siden den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonellet og deltagerne er avhengig av tillit. Problemløsning og å more seg er også viktig innen Wilderness Therapy, det er tredje og fjerde kjennetegn. Det siste kjennetegnet er utfordringer og stress, som er viktige faktorer for utvikling og endring av atferd hos mennesker (Hill, 2007).

Hill (2007) trekker frem at fokuset i Wilderness Therapy er på løsninger og suksess, og ikke problemene til ungdommene. Det terapeutiske målet med behandlingen er å fremme en følelse av selvstendighet, ansvar, selvtillit og gruppesamhold hos deltagerne. Foreliggende internasjonal forskning på slike typer programmer, viser blant annet økt mestringstro og velvære blant deltagerne, bedre selvforståelse, selvtillit og sosial fungering, økt deltagelse i aktiviteter og reduksjon av angst og/eller depressive symptomer (Gabrielsen & Fernee, 2014; Gibson, 1979; Hill, 2007; Norton et al., 2014; Pryor et al., 2005). Hill (2007) hevder at mestring av de fysiske aktivitetene kan bidra til flere av de nevnte positive virkningene. Det å være en del av en gruppe skal bidra til at ungdommene lærer og utvikler mellommenneskelige ferdigheter og tillit, at de opplever samarbeid og en følelse av gruppetilhørighet.

Ifølge mange rådgivere innenfor psykisk helse, så er ungdommer ofte et utfordrende klientell å jobbe med. De sliter ofte med å åpne seg, og engasjere seg i tradisjonelle rådgivningsmetoder som krever at de er verbale og deler egne tanker og følelser (Hill, 2007; Larivière, Couture, Ritchie, Côté, Oddson & Wright, 2012). Fernee et al. (2015), Hill (2007),

Larivière et al. (2012) og Tucker, Javorski, Tracy & Beale (2013) trekker alle frem Wilderness Therapy som en effektiv alternativ behandlingsform for ungdommer som responderer dårlig på tradisjonelle behandlingsformer. Wilderness Therapy øker ungdommenes tendens til å åpne seg i et miljø utenfor et rådgivningskontor. Elementene som kjennetegner behandlingen, er naturomgivelsene, gruppeinteraksjonen og risikoopplevelsen. Pryor et al. (2005) ser på Adventure Therapy, og trekker også frem relativt like elementer innenfor denne behandlingen. Det er kombinasjonen av natur, små grupper og friluftaktiviteter, som de mener skaper sterke opplevelser som fører til læring og endring, i både pedagogiske og terapeutiske sammenhenger. De antar at denne kombinasjonen kan være en potensiell gullgrube for fremming av god helse. I USA har Adventure Therapy blitt anerkjent som en legitim komplementær og alternativ behandling (Pryor et al., 2005).

Innenfor Wilderness Therapy og Adventure Therapy finnes det en rekke ulike organisasjoner og programmer, og det gjør det vanskelig å definere en nøyaktig behandlingsprosess. Wilderness Therapy og Adventure Therapy er to av mange ulike begrep som blir brukt innenfor denne type behandling (Becker, 2010). Hovedforskjellen mellom Wilderness Therapy og Adventure Therapy er at førstnevnte bruker ekspedisjoner i villmarken som en del av behandlingen, mens en i Adventure Therapy ikke trenger å benytte langvarige turer (Tucker et al., 2013), og programmet trenger ikke nødvendigvis å foregå utendørs (Bowen & Neill, 2013).

Selv om undersøkelser viser positive effekter, peker Abraham, Sommerhalder & Abel (2010) og Pryor et al. (2005) på at det trengs mer forskning i form av, både teoretiske, anekdotiske og empiriske undersøkelser som ser på prosessen, innvirkningen og utfallet behandlingen har på deltageres helse, velvære og læringsutbytte. Det bør også undersøkes hva ulike sosiale grupper har behov for. Gibson (1979), Hill (2007) og Norton et al. (2014) trekker også frem mangelen på studier innenfor dette temaet. Selv om flere studier viser positive effekter, er det blant annet mangel på kunnskap om nøyaktig hvilke faktorer ved behandlingen som skaper denne effekten, og hvilken langtidseffekt behandlingen har for deltagerne. Det har også vært rettet kritikk mot tidligere studier når det gjelder mangel på kontrollgrupper, konfunderende faktorer som har blitt oversett, dårlige metodevalg og for lite utvalg (Gibson, 1979; Hill, 2007). Davis-Berman og Berman (i Larivière et al., 2012) bekrefter utfordringene med å undersøke et behandlingsprogram som Wilderness Therapy på grunn av dets mange samvirkende faktorer.

2.2 Organisering av Friluftsterapi

En viktig bakgrunn for dette prosjektet er naturlig nok selve behandlingsprogrammet Friluftsterapi. Friluftsterapi er et poliklinisk behandlingstilbud og forskningsprosjekt som er utviklet av Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus HF. Friluftsterapi inngår i et bredere fokus på å bruke natur i helsefremmende arbeid. Det tilbys av spesialhelsetjenesten til ungdom i alderen 16-18 år med psykiske helseproblemer (Gabrielsen & Fernee, 2014; Sørlandet sykehus HF, 2015). Ungdommene sliter blant annet med sosial misstilpasning, relasjonelle vansker, angst, depresjon, dårlig selvbilde og/eller mangel på mestringstro. Gabrielsen & Fernee (2014) understreker at Friluftsterapien ikke er en direkte kopi av utenlandske programmer som Wilderness Therapy og Adventure Therapy, men de er inspirert av prinsippene i slike programmer. ABUP har valgt å utvikle et nytt program som tar hensyn til ulike forhold for at det skal passe inn i det norske samfunnet; 1) Friluftsterapien er tilpasset det sosialdemokratiske helsevesenet vårt, med de muligheter og begrensninger det innehar. I motsetning til mange utenlandske behandlingstilbud som er private, og dermed ofte kostnadshøye for deltagerne, og med store driftsbudsjett. 2) I de internasjonale programmene blir ofte deltagerne skilt fra familie, skole og andre hverdagslige settinger over en lengre periode (3-8 uker). Dette gjør en ikke i Friluftsterapien, siden de mener at den sosiale interaksjonen bør være en del av deltagernes tilværelse mens Friluftsterapien pågår. 3) Det blir ikke brukt abstrakte metaforer og overgangsriter mellom faser i behandlingstiden. Siden de mener at de er symboltunge, og sannsynligvis ikke vil appellere til norsk ungdom. 4) Til slutt har en trukket frem at utenlandske intervensjoner, spesielt amerikanske har et sterkt individuelt selvrealiseringsfokus. I Friluftsterapien går en litt bort fra dette, og setter heller et tydelig kollektivt preg på behandlingen. En er opptatt av et jevnbyrdig og autentisk liv hos deltagerne. I tillegg er deltagelse i Friluftsterapien frivillig, noe det ofte ikke er i andre internasjonale behandlinger, spesielt amerikanske (Fernee et al., 2015; Gabrielsen & Fernee, 2014).

Friluftsterapien ved Sørlandet sykehus HF er i stadig utvikling, men i dette studiet varte behandlingen i åtte uker. I løpet av den perioden var gruppen med på introduksjon, seks enkeltturer, to overnattingsturer og avslutning i regi av ABUP ved Sørlandet sykehus HF. Behandlingen består av ulike fysiske aktiviteter som blant annet å gå tur, klatre i klatreparken og å padle. Det er opplæring og øvelse av friluftskunnskaper, herunder blant annet å tenne bål, lage mat, riktig bekledning, leirliv og orientering. I tillegg er det også individuell- og gruppesamtale på hver eneste tur (Gabrielsen & Fernee, 2014; Sørlandet sykehus HF, 2015).

I de individuelle samtaler med sin primærkontakt blir deltagerne utfordret på å fortelle om sine utfordringer, og hvordan han eller hun vil jobbe med dette gjennom Friluftsterapien og i gruppa. Deltagerne blir også oppfordret til å beskrive hvordan han eller hun kan bidra til å styrke gruppa gjennom egne kvaliteter. Det gjennomføres individuelle samtaler hver dag i Friluftsterapien med en varighet på ca 15-30 minutter, avhengig av behov og programmet for dagen. I gruppesamtalene fokuseres det på hendelser og følelser som kan ha terapeutisk nytte hos ungdommene. Samtalene kan være nøye planlagt av terapeutene, eller de kan tas på sparket. De blir også gjennomført hver dag (Gabrielsen & Fernee, 2014; Sørlandet sykehus HF, 2015).

Et annet viktig element i Friluftsterapien er naturmiljøet deltagerne beveger seg i, og det finnes en del forskning som trekker frem naturens positive effekt på helsen. Enkelte forskere hevder at det urbane livet vi mennesker lever er en av grunnene til den negative utvikling av den psykiske helsen vår. En hevder at utviklingen går såpass fort at evolusjonen ikke klarer å holde følge. Hjemmet vårt er opprinnelig ute i naturen, det vil si at ute i naturen nærmer vi oss vår opprinnelige livsform. I det urbane livet blir mennesket forstyrret av bekymringer og planlegging, og enkelte har kanskje fjernet seg såpass fra det naturlige at de trenger hjelp til å komme i kontakt med naturen igjen, og oppdage at de faktisk lever i en organisk sammenheng. Mange lever med et savn etter det helt enkle og opprinnelige livet. Med bakgrunn i dette påstår forskere at mennesket trenger oppholdelse og aktivitet ute i naturen fordi det har en positiv virkning på menneskets psykiske og fysiske helse (Abraham et al., 2010; Barton & Pretty, 2010; De Young, 2010; Ewert, 2012; Hobbell, 1994; Hågvar, 1999; Miljøverndepartementet, 2008; Pryor et al., 2005; Sjong, 1997).

Disse påstandene kan vi kjenne igjen i miljøpsykologien som omhandler landskapsopplevelser, som kan forklare hvorfor naturen har en positiv virkning på oss mennesker. Ifølge Miljøverndepartementet (2008) og Vikene (2012) kan miljøpsykologien deles inn i tre ulike forklaringsmodeller; kultur- og læringsteori, evolusjonsteorier og teorier om stress og stressreduksjon. Ifølge kultur- og læringsteorien er menneskets opplevelse av natur avhengig av samfunnets mening og verdi i forhold til naturen. Holdninger og følelsesmønstre utvikles i barndommen vår, og vår respons på naturen er som er resultat av dette tillært i følge dette perspektivet. Evolusjonsteoretikerne derimot mener menneskets respons på naturen er en nedarvet egenskap. Mennesket er fysiologisk og psykologisk tilpasset et liv i naturen, og vi har alle en indre trang til å leve sammen med andre levende organismer. I tillegg er det teorien om stress og stressreduksjon, også kalt arousal-teori, som

hevder at urbane miljø inneholder stressfremkallende elementer gjennom høy kompleksitet, det er mye støy, høy intensitet og bevegelse. Naturmiljøet derimot har en lavere kompleksitet og virker dermed stressreducerende (Miljøverndepartementet; Vikene, 2012).

2.3 Mestringstro

Friluftsterapien er kompleks, det er mye som kan forskes på, og oppgaven må konkretiseres. Ordet mestring blir nevnt i tidligere studier som en viktig bidragsyter for bedring av den psykiske helsen. Gabrielsen & Fernee (2014) trekker blant annet frem at mange av ungdommene som deltar på Friluftsterapien sliter med dårlig mestringstro. Det er interessant å se nærmere på hvordan Friluftsterapien kan påvirke mestringstroen til ungdommene, siden det kan være en viktig faktor for bedre psykisk helse.

Mestringstro (self-efficacy belief) er menneskers egen tro på hvor effektivt og godt de vil gjennomføre eller lære spesifikke oppgaver (Bandura, 1977; 1994; 2006; Cordle, Van Puymbroeck, Hawkins & Baldwin, 2016; Margalit & Ben-Ari, 2014; Schunk & Meece, 2006; Zimmerman & Cleary, 2006). Bandura (1977; 1994; 2006) trekker mestringstroen frem som selve fundamentet for motivasjon, velvære og prestasjoner. Han påstår at hvis ikke mennesker har tro på at de klarer å prestere effektivt og riktig ved egne handlinger, vil de slite med å handle eller/og holde ut i møte med utfordringer. Mestringstro er nøkkelen til selvutvikling, vellykket tilpasning og forandring. Den påvirker menneskers mål og ambisjoner, hvor godt de motiverer seg selv og hvor utholdende de er i møte med utfordringer og motgang.

Mestringstroen påvirker også tankegangen, om den er pessimistisk eller optimistisk, og forventninger om et godt eller dårlig utfall av egne handlinger (Bandura, 1977; 1994; 2006).

Bandura (1977; 1994) hevder det er fire innflytelseskilder som kan påvirke mestringstroen til mennesker; 1) performance accomplishments, 2) vicarious experiences, 3) verbal persuasion og 4) physiological states. Wester, Wahlgren, Wedman & Ommundsen (2009) beskriver også disse fire kildene, og har oversatt begrepene til norsk. Den første kilden er positive erfaringer (performance accomplishments), dette kan være gjennom mestring av for eksempel fysiske aktiviteter. Mennesker får større tro på egne evner gjennom å lykkes med oppgaver og utfordringer. Den andre er å se personer lik en selv mestre utfordringer (vicarious experiences). Dette kan gi individet større tro på egen evner, og tro på å kunne mestre lignende utfordringer. Den tredje kilden som kan ha innflytelse på mestringstroen er sosial støtte og overbevisning (verbal persuasion). Dette kan være positive og realistiske

overbevisninger fra andre om at en har det som trengs for å mestre oppgaven en står overfor. Det kan få individet til å prøve hardere, og dermed lykkes med å gjennomføre oppgaven. Den fjerde og siste innflytelseskilden er emosjonelle og fysiske tilstander (physiological states), det vil si kroppens respons på stressende situasjoner. Eksempler på emosjonelle tilstander er frykt, angst og selvtillit. Økt hjertebank, svette og ristende legger er eksempler på fysiske tilstander. Dette påvirker forventningene til hvordan individet vil prestere i et stressende miljø eller takle en utfordrende oppgave. Poenget er å redusere folks stressreaksjoner og deres negative feiltolkninger av egen fysisk kapasitet (Bandura, 1977; 1994; Cordle et al., 2016; Wester et al., 2009).

Flere forskere har undersøkt hvilken effekt Wilderness Therapy- og Adventure Therapy-program har på mestringsstroen til deltagerne. Margalit & Ben-Ari (2014) så blant annet på Wilderness Therapy sin påvirkning på mestringsstro i sitt kvantitative studie. Utvalget deres bestod av 93 utsatte ungdomsgutter i alderen 14-16 år som studerte på internatskole i Israel. De ble delt inn i tre ikke-randomiserte grupper. En gruppe deltok i et Wilderness Therapy program, en gruppe deltok delvis, og en siste gruppe var kontrollgruppe. Data ble samlet inn før intervensjonen, etter intervensjonen og 5 måneder etter endt intervensjon. Intervensjonen bestod av 10 forberedelsesmøter med friluftaktiviteter som navigasjon, sette opp leir, utendørs trening osv., en 4-dagers tur og to avsluttende møter. Mestringsstroen ble målt med *potency scale* (styrkeskala). Forskerne fant en signifikant økning av mestringsstroen blant deltagerne i intervensjonsgruppen sammenlignet med de to andre gruppene. I tillegg var det en signifikant økning av mestringsstroen blant deltagerne som delvis deltok i intervensjonen sammenlignet med kontrollgruppen (Margalit & Ben-Ari, 2014).

Et annet studie på mestringsstro ble gjennomført av Cordle et al. (2016). De så på effekten av å bruke kurs i klatrepark (high element ropes courses) på mestringsstro i Adventure-Based Therapy, ved å bruke både kvalitativ og kvantitativ metode. Studiet hadde pretest, posttest, oppfølging med fokusgruppe- og individuelt intervju. Det var frivillig deltagelse, deltagerne var 18 år og eldre. Utvalget bestod av 57 personer, 52 personer gjennomførte pre- og posttest. 42 av disse ble valgt ut til å delta i fokusgruppe intervju basert på kvalifikasjonskriterier. Oppfølgingsintervjuet ble sendt til ni deltagere, og sju svarte. Det ble funnet signifikant økning av oppgavespesifisert og generell mestringsstro fra pre- til posttest. Gjennom intervjuene kom det frem at deltagerne opplevde en positiv påvirkning på mestringsstroen ved at de blant annet klarte å gjennomføre kurset vellykket. Studiet viser at Banduras (1977; 1994) fire innflytelseskilder; positive erfaringer, se personer lik en selv mestre utfordringer, sosial

støtte og overbevisning, og emosjonelle og fysiske tilstander hadde en påvirkning på deltageres mestringstro ifølge intervjuene. I tillegg kunne flertallet av deltagerne som gjennomførte oppfølgingsintervjuet, dokumentere at de møtte stressende situasjoner i hverdagslivet på en bedre måte etter kurset.

Paxton & McAvoy (2000) undersøkte effekten på mestringstro blant 68 studenter som deltok på et 21 dagers Wilderness Adventure program gjennom Voyager Outward Bound Skoler i Minnesota, USA, og en kontrollgruppe på 50 studenter. Resultatet viste en signifikant og varig økning av mestringstroen fra pre til posttest og ved oppfølging etter 6 måneder. Kontrollgruppen hadde ingen signifikante utfall. Spørsmålene gjennom spørreskjemaene og intervjuene indikerte at den økte mestringstroen oppnådd gjennom programmet ble overført til deltageres hverdagsliv.

Studiene til Cordle et al. (2016), Margalit & Ben-Ari (2014) og Paxton & McAvoy (2000) viser at behandlingsprogram innen Wilderness Therapy og Adventure Therapy kan ha en positiv effekt på deltageres mestringstro. I og med at Friluftsterapi har en del likhetstrekk med disse programmene, er det sannsynlig at Friluftsterapi også vil ha en positiv effekt på mestringstro.

2.4 Endring og overføring

Flere artikler (Cordle et al., 2016; Furman & Sibthorp, 2012; Gabrielsen & Fernee, 2014; Paxton & McAvoy, 2000; Russell, Hendee & Phillips-Miller, 2000) hevder at Wilderness Therapy og Adventure Therapy kan ha en innflytelse på hverdagslivet. Det ungdommene lærer gjennom terapien skal ha en viss overføringsverdi til hverdagslivet, blant annet på skolen, hjemme med familie og med venner. Behandlingsprogrammet Friluftsterapi er tilrettelagt med tanke på å kunne føre til endring hos ungdommene. Nye innsikter gjennom bearbeiding og refleksjon skal kunne overføres til hverdagslivet til ungdommene, og dermed få en verdi utover det som skjer i Friluftsterapien. Endring og overføring skal potensielt skje gjennom blant annet samarbeidsoppgaver og gruppesamtaler hvor terapeutene trekker frem hendelser og situasjoner de mener kan ha terapeutisk nytte. Noe som videre kan føre til bevisstgjøring av ungdommenes egne tankemønstre, ressurser og kvaliteter, og hvilken påvirkning de har på andre (Fernee et al., 2015; Gabrielsen & Fernee, 2014).

I oppgaven er fokuset på endring av mestringstro. For å forklare hvordan prosessen med endring av mestringstro kan foregå, har jeg tatt utgangspunkt i Wester et al. (2009) sin forklaring på endringsprosessen av atferd. Dette med tanke på at prosessen en går igjennom ved endring av mestringstro vil være relativt lik som ved endring av atferd. For å forstå og forklare atferdsendring på ulike helserelaterte områder kan det brukes en rekke forskjellige modeller, blant annet stadiemodellen som er en av de mest brukte og populære. Denne modellen ble utviklet på begynnelsen av 1980-tallet av de amerikanske forskerne Prochaska, DiClemente & Nocrass (i Wester et al., 2009).

I følge stadiemodellen er atferdsendring avhengig av hvilket stadiet folk befinner seg i og deres motivasjon, viljenivå og preferanse for å endre atferd. Behandlingen folk trenger avhenger dermed av hvilket endringsstadium de er i. Det finnes fem endringsstadier; før-overveielsesstadiet, overveielsesstadiet, forberedelsesstadiet, aktivitets- eller handlingsstadiet og opprettholdelsesstadiet (Wester et al., 2009). Prosessen med atferdsendring tar tid, og det er sannsynlig at dette vil gjelde for endringen av mestringstro også. Det betyr at det kan ta tid før en kan se en endring av mestringstro blant ungdommene. Alt er avhengig av hvilket stadiet de befinner seg i, og det er høyst tenkelig at det kan variere fra individ til individ i gruppen.

Szolosi (2012) peker på at et av de mest fremtredende diskuterte problemene innen litteraturen om Adventure Program er langtidseffekten. Han forklarer at få studier har sett på hvilken langtidseffekt slike program har. Det vil si om endringene oppnådd gjennom behandlingen er vedvarende etter endt behandling. I tillegg kritiseres også varigheten til en del program, og at det ikke er nok til å føre til endring i deltagerens helse. På en annen side viser Bowen & Neills (2013) meta-analyse review at Adventure Therapy har en signifikant korttidseffekt på en rekke utfall, både endring i atferd, psykologisk, følelsesmessig og mellommenneskelig. Denne effekten viser seg å være vedvarende ved langtidsoppfølging, men det er ikke en signifikant økning fra korttids- til langtidsoppfølgingen. Med unntak av utfallet *atferdsendring*, som hadde en signifikant langtidseffekt.

3.0 Metode

Dalland (2000) trekker frem et sitat av Vilhelm Aubert i spørsmålet om hva metode er: *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder"* (Dalland, 2000:71). Metoden forteller oss hvordan en kan innhente eller etterprøve kunnskapen. Valg av en bestemt metode begrunnes med at den vil gi gode data og belyse forskningsspørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2000; Tranøy, 1986).

I denne oppgaven er det brukt kvalitativ metode i innsamlingen av data, nærmere bestemt intervju. Kvalitativ metode handler om å undersøke meninger og opplevelser som ikke er målbare, og ikke kan tallfestes. Metoden kjennetegnes ved et mangfold i typer av data og analytiske fremgangsmåter. Det er ofte nær kontakt mellom forsker og informantene, ved for eksempel deltagende observasjon eller intervju (Dalland, 2000; Thagaard, 2009).

3.1 Intervju som metode

Intervju blir tatt i bruk for å innhente informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke meninger og perspektiver de har rundt temaene som blir tatt opp av intervjuer. Et intervju er ideelt for å få innsikt i menneskers erfaringer, tanker og følelser. Det som kommer frem av et intervju er gjenfortellinger av det informantene tidligere har opplevd, og preges av hans eller hennes forståelse av opplevelsen. Å utforme et godt forskningsintervju krever at forskeren har kunnskap om hvordan gode spørsmål presenteres; I) hvilke prinsipper som oppbyggingen av intervjuet baseres på, II) hvordan en kan skape en god relasjon til informantene og III) lytter godt til informantene under selve intervjuet (Thagaard, 2009).

Det finnes ulike typer intervju (Thagaard, 2009; Thing & Ottesen, 2013), og i denne oppgaven ble det anvendt delvis strukturert intervju. Det kjennetegnes ved at intervjuguiden (se vedlegg 1) inneholder fastlagte temaer som forskeren vil spørre om, men rekkefølgen av disse bestemmes underveis i intervjuet. På denne måten blir det åpnet for at informantene kan fortelle sin historie, og forskeren kan samtidig sikre seg at alle temaene blir tatt opp. Det blir en samtale mellom informant og forsker som tar opp temaene forskeren har planlagt. Det er likevel åpent for at informantene kan ta opp temaer som ikke er planlagt på forhånd (Thagaard, 2009; Thing & Ottesen, 2013).

Videre ble valget av intervjumetode individuelt intervju. Grunnen til dette valget er at jeg mener det vil gi mer variert informasjon. I et gruppeintervju kan en risikere at enkeltpersoner vil stikke seg frem og svare på vegne av hele gruppa, mens dette svaret nødvendigvis ikke gjelder for alle. Thagaard (2009) peker nettopp på dette, at de mest dominerende synspunktene kan komme frem i gruppeintervju, og at enkelte personer kan vegre seg for å komme med sine synspunkter i en gruppesammensetning. Hun nevner at gruppeintervjuer passer best i grupper hvor alle er relativt samkjørte. Dette var vanskelig å vite på forhånd om gruppa som skulle intervjues. I tillegg bestod intervjuet av en del personlige spørsmål som muligens ikke vil bli utdypet like godt ved et gruppeintervju. Det individuelle intervjuet er mer personlig orientert enn et gruppeintervju, og det skaper tid og mulighet til å gå mer i dybden av forskningstemaet (Thing & Ottesen, 2013).

3.2 Utvalg

Utvalget bestod av to gutter og fire jenter i alderen 16-18 år som var henvist til ABUP ved Sørlandet sykehus HF. Ungdommene sliter med ulike psykiske lidelser, og kjennetegnes ved blant annet sosial misstilpassing, utfordringer med relasjoner til andre, dårlig selvbilde og mestringsstro, depresjon og angst. Friluftsterapi blir ikke tilbudt ungdommer med psykoseproblematikk, aktiv rusproblematikk eller fremtredende sosial angst (Gabrielsen & Fernee, 2014; Sørlandet sykehus HF, 2015). Nøyaktig hvilke psykiske lidelser utvalget hadde kan ikke spesifiseres siden det kan føre til gjenkjenning av enkeltpersoner, og dermed et brudd på taushetsplikten, og kravet til anonymisering. På grunn av en overvekt av det ene kjønn vil utvalget i oppgaven omtales som *Informant 1, 2, 3, 4, 5 og 6*, for å unngå gjenkjenning.

3.3 Behandlingsprogrammet

Friluftsterapien gikk over 8 uker i månedene september og oktober. I løpet av den perioden var gruppen med på introduksjon, seks enkeltturer, to overnattingsturer og avslutning i regi av ABUP ved Sørlandet sykehus HF. Behandlingen bestod av ulike fysiske aktiviteter som å gå tur, klatre i klatreparken og å padle. Det var opplæring i, og praktisering av friluftskunnskaper, herunder blant annet å tenne bål, lage mat, riktig bekledning, leirliv og orientering. I tillegg var det også individuell- og gruppesamtale på hver eneste tur.

3.4 Dataproduksjon

Før prosessen med å samle inn datamaterialet begynte valgte jeg å delta på to av enkeltturene og avslutningen til Friluftsterapigruppa jeg skulle intervjuer. Med den hensikt at ungdommene skulle bli litt kjent med meg, og forhåpentligvis føle seg trygg med meg før gjennomføringen av intervjuene. Å bli intervjuet av en helt fremmed person kan virke skremmende for enkelte. For å skape tillit og fortellerlyst påpeker Thagaard (2009) og Thing & Ottesen (2013) at en del av forberedelsen er å skape en god relasjon til informantene.

Videre startet innsamlingen av datamaterialet. Intervjuene ble gjennomført uken etter at informantene hadde avsluttet behandlingsperioden sin. De seks individuelle intervjuene ble fordelt over to dager, og gjennomført på et kontor ved Sørlandet sykehus HF. De ble tatt opp på diktafon, og transkribert i løpet av uken etter intervjuene. Intervjuene hadde en varighet på mellom 20 og 38 minutter. Dette resulterte i 61 A4-sider med transkribert data.

3.5 Analyse

Ifølge Thagaard (2009) kan vi ikke skille analyse og tolkning fra hverandre. Samtidig som det jobbes med å få en oversikt over de innsamlede dataene, vil forskeren tenke over betydningen av disse, og utvikle perspektiver for forståelsen av dem. I begynnelsen av analysen må forskeren finne de analytiske enhetene i datamaterialet, det kan være en eller flere setninger eller et avsnitt. Det som er viktig, er at denne enheten gir mening uten at det trengs supplerende informasjon. Det å bestemme hva som skal være de analytiske enhetene baseres på hva forskeren forstår som viktige sider ved materialet, det vil si at det innebærer tolkning. Tolkning vil si å reflektere over meningsinnholdet i det innsamlede datamaterialet, dette er grunnlaget for utviklingen av teori i kvalitative studier. Tolkningen kan enten knyttes til forskerens teoretiske bakgrunn, eller forskerens vurdering av tendenser og sammenhenger i dataene under analysen. Forutsetningen for tolkningen er at forskeren utvikler en forståelse av hvordan informanten forstår seg selv. Det betyr ikke at forskeren må være enig i informantens selvforståelse, men å forstå informantens syn gjør det enklere å tolke dataene. Det er viktig at forskeren i løpet av analysen klarer å skille mellom tolkninger knyttet til informantens selvforståelse, og tolkninger knyttet til sin egen teoretiske bakgrunn (Thagaard, 2009).

Thagaard (2009) peker på at både induktive og deduktive tilnærminger preger den kvalitative forskningen. Forskeren kommer frem til en forståelse som kan knyttes til både den oppfatningen forskeren selv danner seg av meningsinnholdet i dataen, og til tidligere etablert

teori. Ronglan (2013) forklarer at en forsker alltid har en forforståelse, og at all forståelse viser tilbake til denne forforståelsen. Vekslingen mellom forståelse og forforståelse blir kalt den hermeneutiske sirkel.

Thagaard (2009) trekker frem at et dataprogram kan være lurt å bruke ved store datamengder. Ved begrenset datamengde kan det være like greit for forskeren å analysere datamaterialet manuelt, uten bruk av dataprogram. Dette prosjektet hadde ikke en uoverkommelig mengde data, derfor ble analysen gjennomført manuelt ved å skrive ut de transkriberte intervjuene og kategorisere analytiske enheter ved hjelp av fargekoder.

I denne oppgaven er det tatt i bruk det Thagaard (2009) kaller temasentrert analytisk tilnærming. Det vil si at de analytiske enhetene blir kategorisert i ulike temaer som er sentrale i datamaterialet. Det er viktig at de analytiske enhetene undersøkes i forhold til den helheten de er en del av, for å få en helhetsforståelse av meningsinnholdet i datamaterialet. Videre sammenlignes informasjonen som blir innhentet om hvert tema fra alle informantene, dette er hovedpoenget med analysen. Det bør være utfyllende og sammenlignbar informasjon fra alle informantene innenfor temaene som skal analyseres (Thagaard, 2009).

Analysen ble gjennomført etter Braun & Clarke (2006) sine seks faser i temasentrert analyse. I den første fasen blir forskeren kjent med datamaterialet sitt. De transkriberte intervjuene ble her lest grundig flere ganger, uten å lete etter noe spesifikt ut ifra den teoretiske forforståelse. Det ble gjort notater av det som fremstod som viktig materiale i intervjuene, spesielt med tanke på det ungdommene la vekt på. Videre begynte fase to hvor innledende koder ble produsert. Intervjuene ble lest på nytt, og underveis når det dukket opp relevant materiale, ble det laget koder til dette. Hver kode fikk et tall som ble brukt til å markere i teksten. I den tredje fasen søkes det etter temaer. Her ble alle kodene delt inn i temaer de kunne passe inn i, noen passet inn i flere temaer. Dataene fra alle informantene ble sortert i temaene ved hjelp av kodene og tallene som det tidligere ble markert med i intervjuteksten. I denne fasen var temaene; "*Organisering i Friluftsterapi*", "*Fysiske, psykiske og sosiale utfordringer*", "*Endring underveis i Friluftsterapien*" og "*Overføring*". Temaene ble i den fjerde fasen gjennomgått, og jeg kom frem til at de måtte endres for å kunne besvare oppgaven på en best mulig måte, og for å få struktur på resultat- og diskusjonskapittelet. Temaet "*Fysiske, psykiske og sosiale utfordringer*" passet inn under de andre temaene, og ble fordelt ut fra hvor datamaterialet i temaet passet. Temaene som jeg til slutt endte opp med var; "*Endring*", "*Overføring*" og "*Organisering*". Den femte fasen hvor temaene defineres og navngis var da

fullført. I den sjette og siste fasen produseres rapporten, og resultatet av det ble resultat- og diskusjonskapittelet.

3.6 Metodekritikk

Forskningsprosessen innen kvalitativ metode kjennetegnes ved fleksibilitet. Det vil si at forskeren kan arbeide parallelt med ulike deler som problemstilling, datainnsamling, analyse og tolkning, og de kan overlapse hverandre. Denne fleksibiliteten er det som er ønskelig ved kvalitativ forskning for at de ulike prosessene skal påvirke hverandre gjensidig. Likevel er forskningen i praksis ofte preget av å bli delt opp i ulike faser som følger etter hverandre i tid (Thagaard, 2009). Forskningsprosessen ved denne oppgaven var til en viss grad preget av det sistnevnte, prosessen ble delt opp i ulike faser som skulle følge en viss tidsplan. Likevel ble det en del overlapping mellom de ulike fasene underveis.

I analysen ble det brukt temasentrert tilnærming. Ifølge Thagaard (2009) er ofte innvendinger mot kvalitative analyser rettet mot nettopp denne typen analyse på grunn av mangelen på et helhetlig perspektiv. Når de analytiske enhetene fra informantene skal sammenlignes påstås det at de blir løsrevet fra den opprinnelige teksten og sammenhengen. For å unngå dette er det viktig at de analytiske enhetene som blir hentet fra hver informant settes inn i sammenheng med den opprinnelige teksten de var en del av (Thagaard, 2009). I resultatet og diskusjonen har jeg brukt en del sitater som er løsrevet fra teksten, men det er forklart hvilken sammenheng sitatene er tatt ut fra, og dette er med på å skape et helhetlig perspektiv.

I tillegg er det viktig å bruke et passende antall kategorier (Thagaard, 2009). For mange kategorier kan gjøre sammenligningen uoversiktlig, og for få kan føre til at viktig informasjon går tapt. Det er ingen fasit her på hvilket antall som er riktig. Antallet kategorier i denne oppgaven ble ikke bestemt på forhånd, men var et resultat av hva som fremstod som viktig i datamaterialet for å kunne besvare problemstillingen på en best mulig måte.

En liten del av oppgaven er overføring til hverdagslivet. Noe som kan være vanskelig å si noe om så tidlig i endringsprosessen hos ungdommene, derfor ville det vært interessant med et oppfølgingsintervju. I tillegg er det etterspørsel etter empiri på langtidseffekten innen denne typen behandling. Grunnet tid og størrelsen på dette prosjektet måtte det settes visse begrensinger, og å gjennomføre et oppfølgingsintervju ble dessverre sett på som for tidkrevende.

3.7 Reliabilitet og validitet

Thagaard (2009) peker på at det er viktig at kvalitativ forskning blir vurdert med hensyn til troverdighet, og at flere forskere fremhever dette. Hun trekker frem at ved en kritisk vurdering av prosjektet er det viktig at det viser seg at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte, og dette kan knyttes til reliabilitet. Reliabilitet dreier seg om repliserbarhet, det vil si at hvis en annen forsker gjennomfører det samme prosjektet og bruker de samme metodene vil resultatet bli likt. Det kan diskuteres om dette er et vesentlig kriterium i kvalitativ forskning, siden repliserbarhet er knyttet til en forskningslogikk hvor nøytralitet står sterkt, og resultatene fra forskningen sees som uavhengig av relasjonen mellom forskeren og informantene. Dette kan være utfordrende siden prinsippet om at forskeren sees som uavhengig i forhold til informanten, er vanskelig gjennomførbart i kvalitative studier hvor forsker og informant forholder seg til hverandre. Forskeren kan derimot i kvalitativ forskning argumentere for reliabilitet ved å gjøre rede for utviklingen av dataene gjennom forskningsprosessen, og reflektere over hvordan informasjonen som innhentes preges av forskerens relasjon til informanten. Det kan stilles spørsmål til blant annet utviklingen av forskningsprosessen, om informanten har vært åpen eller gitt begrenset og overfladisk informasjon, og hvilken betydning relasjonen mellom forsker og informant har hatt for dataene forskeren har innhentet. Denne argumentasjonen må til tross for disse innvendingene overbevise den kritiske leseren om kvaliteten på forskningen (Thagaard, 2009).

Validitet er gyldigheten av forskerens tolkninger. Vurdering av validiteten kan gjøres ved å undersøke om resultatene av studiet representerer virkeligheten som har blitt studert. Er tolkningene gyldige i forhold til virkeligheten. Validiteten kan styrkes ved at forskeren går kritisk gjennom analyseprosessen (Thagaard, 2009).

Når det gjelder reliabiliteten og validiteten i dette prosjektet har det blant annet blitt gjort rede for forskningsprosessen i metodekapittelet, trinn for trinn hvordan jeg har jobbet med undersøkelsen. Med tanke på validiteten har analyseprosessen blitt grundig gjennomgått, og det er detaljert beskrevet hvordan den har blitt gjennomført ved hjelp av Braun & Clarkes (2006) faser.

Intervjuene tyder ikke på at informantene har gitt begrenset og overfladisk informasjon. De har vært åpne og delt personlige tanker. Det kan ha hjulpet at jeg deltok på et par turer, og ble litt kjent med ungdommene før gjennomføringen av intervjuene. I løpet av turene fikk jeg

blant annet være med på gruppesamtalene hvor de pratet åpent om ulike problemer, det kan tenkes at det har gjort det lettere for dem å være åpne med meg i intervju situasjonen.

Jeg har selv gjennomført intervjuene, og har dermed førstehåndsinformasjon. Det kan være enklere å forstå hva informantene mener når en ser kroppsspråket samtidig, siden det også kan fortelle mye. Det kunne vært vanskeligere å tolke intervju teksten hvis jeg ikke hadde gjennomført intervjuene selv. Både reliabiliteten og validiteten av dette prosjektet vurderes derfor som tilfredsstillende.

3.8 Etikk

Som Thagaard (2009) peker på fører kvalitativ metode med seg en rekke etiske utfordringer på grunn av den nære kontakten mellom forsker og de som studeres. I denne oppgaven skulle ungdommer i alderen 16-18 år med psykiske helseproblemer intervjues, og dette krever godkjenning av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). REK gjør en vurdering av forskningen, og om den blir forsvarlig gjennomført (REK, 2015).

Prosjektet undersøker Friluftsterapi som en del av ABUP sitt forskningsprosjekt, som er godkjent av REK. ABUP sendte inn endringsmelding til REK hvor mitt studie var oppført som en del av ABUP sitt forskningsprosjekt. Ettersom mitt prosjekt faller inn under ABUP sitt forskningsprosjekt er det godkjent (se vedlegg 2).

Ved gjennomføring av et prosjekt trengs også deltageres informerte samtykke. Dette vil si at deltagerne blir informert om hva det innebærer å delta i prosjektet, og det er fri deltagelse. De kan når som helst velge å trekke seg fra prosjektet uten videre konsekvenser (Thagaard, 2009). Ungdommene hadde allerede gitt sitt samtykke til å delta i hovedforskningsprosjektet til ABUP som innbefattet kvalitative og kvantitative undersøkelser. Dermed trengte ikke jeg å lage et eget skriftlig samtykke. Likevel ga jeg tydelig beskjed før gjennomføringen av intervjuene at det var frivillig, at de ikke trengte å svare på noe de ikke ville, og at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet hvis de ønsket det.

Et viktig grunnprinsipp innen etisk forsvarlig forskning er konfidensialitet. Det innebærer at deltagerne som blir intervjuet har krav på at informasjonen de kommer med blir behandlet konfidensielt. Informasjonen som blir gitt skal ikke bli brukt så det kan skade deltagerne. Det vil blant annet si at alt må anonymiseres, og alt forskningsmaterialet må oppbevares på en

forsvarlig måte, og hindre at deltagerne identitet blir vist (Thagaard, 2009). All informasjon ble behandlet konfidensielt i dette prosjektet.

4.0 Resultat og diskusjon

I dette kapitlet presenteres og diskuteres tilbakemeldinger fra ungdommene som deltok i Friluftsterapien. Spørsmålet som skal belyses er; *"Hvordan opplever ungdommene at Friluftsterapien påvirker deres mestringstro, og hva beskrives som viktig for denne påvirkningen?"* Gjennom analysen av datamaterialet fremstod disse temaene som relevante for å besvare problemstillingen; *endring, overføring og organisering*. Kapitlet er bygd opp rundt temaene; 1) ungdommenes opplevelse av endring i Friluftsterapien, og 2)

Friluftsterapiens påvirkning av mestringstroen. Det første temaet vil ta for seg hvordan ungdommene har opplevd en endring i løpet av behandlingsopplegget, spesielt med fokus på endring av mestringstro. I tillegg trekkes det frem om ungdommene har erfart en overføring av endringene fra Friluftsterapien til hverdagslivet. Neste tema vil fokusere på hva som kan ha vært årsaken til denne endringen. Hva er det ved Friluftsterapien og organiseringen av denne som har påvirket mestringstroen.

4.1 Ungdommenes opplevelse av endring i Friluftsterapien

I dette prosjektet var hovedpoenget å undersøke om Friluftsterapien påvirket mestringstroen til ungdommene. Hva ungdommene har opplevd som utfordrende blir trukket frem, hvordan dette har endret seg gjennom Friluftsterapien, og hvordan denne endringen potensielt kan ha ført til økt mestringstro.

I tillegg vil det trekkes frem om ungdommene har opplevd en overføringsverdi fra det de eventuelt har lært og erfart gjennom friluftsterapien til hverdagslivet sitt, og om det er ting de har lært og erfart, som de tenker at de kan få bruk for ved senere anledninger.

Endring

Ungdommene som deltar i Friluftsterapien sliter med ulike utfordringer som blant annet sosial misstilpassing, utfordringer med relasjoner til andre, dårlig selvbilde og mestringstro, depresjon og angst (Sørlandet sykehus HF, 2015; Gabrielsen & Fernee, 2014). Gjennom intervjuene med ungdommene kom det frem en rekke utfordringer, både fysiske, psykiske og sosiale som de har arbeidet med gjennom behandlingen. Jeg skal se nærmere på hvordan de opplevde dette, og om det har ført til en endring av mestringstroen.

Endring er en prosess som tar tid i følge stadiemodellen som Wester et al. (2009) viser til. Denne modellen inneholder fem ulike stadier individet må gjennom for å se varig endring; før-overveiellesstadiet, overveiellesstadiet, forberedelsesstadiet, aktivitets- eller handlingsstadiet og opprettholdelsesstadiet (Wester et al., 2009). En kan si at ungdommene er i aktivitets- eller handlingsstadiet siden de deltar i Friluftsterapien. Dette er et stadium som er veldig synlig for omgivelsene (Wester et al., 2009), og det kan være lett å tro at de har oppnådd en endring i form av bedring av både fysiske, psykiske og sosiale egenskaper. Intervjuene ble gjennomført rett etter avsluttet behandling, som betyr at det er mulighet for flere endringer etter dette, og det vil være vanskelig å si noe om endringene er varige. Szolosi (2012) kritiserer på generelt grunnlag blant annet lengden til ulike Adventure program, og at det ikke er tilstrekkelig mengde varighet til å føre til meningsfull endring i deltageres helse. Selv om endring ofte er en tidkrevende prosess kan det tenkes at Friluftsterapien gjennom sine åtte uker har ført til noe endring hos ungdommene.

Flere av deltagerne var skeptiske til Friluftsterapien i begynnelsen, og til å klare å gjennomføre alt. Den siste langturen ble trukket frem som ekstra utfordrende. Spesielt en informant var usikker på de fysiske utfordringene på grunn av egne fysiske ferdigheter, noe som kan tyde på lav mestringstro i forhold til dette. Informanten mestret dette bedre enn forventet, og merket en stor forbedring av den fysiske formen i løpet av behandlingen. Denne informanten hadde opprinnelig lav mestringstro når det gjaldt fysiske utfordringer, men det endret seg i løpet av behandlingsperioden. Informanten pekte på en gradvis større tro på å klare å gjennomføre de fysiske utfordringene etter hvert som vedkommende oppdaget at han/hun klarte å gjennomføre turer og aktiviteter. Beskrivelsene til deltagerne tyder på lav tro rundt egen mestring av fysiske utfordringer i Friluftsterapien i utgangspunktet. Dette endret seg for alle som slet på dette området gjennom behandlingsopplegget, som igjen kan bety at mestringstroen i forbindelse med fysiske utfordringer har økt blant deltagerne. Alle deltagerne klarte å gjennomføre alle turene i Friluftsterapien. Gjennom de fysiske utfordringene kan den oppgavespesifiserte mestringstroen til deltagerne ha økt, ettersom de har mestret en aktivitet. Det vil si at de har en økt mestringstro til å klare den gitte, eller en lignende aktivitet igjen. Cordle et al. (2016) peker på at den økte oppgavespesifiserte mestringstroen muligens kan øke den generelle mestringstroen. Ved å lykkes med flere aktiviteter, og å jobbe seg gjennom utfordringer, kan ungdommene få en mestringsopplevelse som fører til en større tro på hva den enkelte er i stand til å oppnå generelt. Denne påvirkningen fra oppgavespesifisert mestringstro til generell mestringstro vil også med stor sannsynlighet gjelde for de andre

utfordringene ungdommene har vært gjennom, ikke bare de fysiske. I tillegg peker Russell, Hendee & Phillips-Miller (2000) på at gjennomføring av Wilderness Therapy fører til en følelse av konkret og reell suksess for deltagerne. Dette kan styrke gjennomføringen av oppgaver i fremtiden. Deltagerne får en større tro på at de kan klare å gjennomføre andre oppgaver siden de klarte å gjennomføre Wilderness Therapy.

I tillegg til å være skeptisk til om de ville klare de fysiske utfordringene i behandlingen, var bare det å delta i Friluftsterapien for mange en stor psykisk utfordring. Det var veldig skremmende, spesielt i begynnelsen siden de ikke kjente hverandre. Noen av informantene fortalte også at de kunne bli stressa i ulike situasjoner, og få panikk og pusteproblemer. Situasjoner i Friluftsterapien som enkelte av deltagerne trakk frem som utfordrende, var enkelte av aktivitetene i klatreparken, og en mørk hule de skulle gå gjennom to og to, hvor en hadde bind for øynene og skulle bli ført av den andre. På tross av at de syntes klatreparken og den mørke hula var skummel i begynnelsen, klarte alle å gjennomføre det. Det gikk fra å være skummelt til gøy, som beskrevet av informant 4 her:

"Egentlig så hata jeg utfordringer og sånt, men så begynte det jo å bli litt gøy, å teste seg selv og sånt der [...] Jeg bare innså at det ikke var så farlig eller så skummelt som jeg trodde det var [...] Så fikk jeg en god følelse etter at jeg hadde gjort det."

Utsagnene til informantene kan tolkes som at de har blitt tøffere når det gjelder psykiske utfordringer, de synes ikke lenger det er like skummelt som det opprinnelig var. Å mestre disse utfordringene kan bidra til økt mestringstro. Som Bandura (1977; 1994) og Cordle et al. (2016) peker på, er en av de mest effektive måtene å øke mestringstroen på gjennom positive mestringserfaringer. Suksess bygger opp en robust mestringstro hos folk, som kan bidra til at de utfordrer seg mer i forhold til oppgaver og aktiviteter de tidligere ikke har turt å prøve. I tillegg vil den siste hovedkilden til Bandura (1977; 1994) som er emosjonelle og fysiske tilstander, være relevant her. Poenget med denne innflytelseskilden er å redusere stressreaksjonene til deltagerne og deres negative feiltolkninger av egen fysisk kapasitet. Det er tenkt at det vil øke mestringstroen. I og med at ungdommene merket at det ikke var så skremmende med aktivitetene som først fryktet, er det sannsynlig at stressreaksjonene ble redusert etter hvert som de oppdaget dette. I tillegg oppdaget de at de hadde den fysiske kapasiteten til å klare å gjennomføre oppgavene, som for eksempel en del av aktivitetene i klatreparken.

En annen utfordring for mange av deltagerne gjaldt det sosiale. Informant 5 sa: *"Det som jeg sliter mest med, det er sosiale ferdigheter."* Dette ble trukket frem av flere av de andre informantene også, blant annet informant 1 som så på dette som en utfordring i hverdagslivet, spesielt på skolen. Informanten tenkte at deltagelsen i Friluftsterapien kunne hjelpe med å bedre de sosiale ferdighetene, og bidra til en bedre skolehverdag. De sosiale ferdighetene som ble nevnt av ungdommene var det å være åpen, klare å snakke med og foran andre, og stole på og føle seg trygg sammen med andre. Ungdommene slet spesielt med dette i hverdagslivet, men det var også utfordrende i Friluftsterapien. Informant 3 nevnte gruppesamtalene som en av de største utfordringene ved Friluftsterapien. Ved spørsmål om dette endret seg noe i løpet av behandlingsperioden svarte informanten: *"Ja, det forbedret seg ekstremt. Det merket de andre også tror jeg."* De andre informantene merket også en forbedring av de sosiale ferdighetene i løpet av behandlingsperioden. De ble gradvis mer komfortable med hverandre, kunne stole på hverandre, åpne seg, og dele personlige tanker. Det tyder på at mestringstroen når det gjelder sosiale ferdigheter økte blant ungdommene.

For informant 2 og 4 var det også utfordrende å si ifra om ting, for eksempel når de var slitne og ikke orket mer, eller trengte hjelp. Dette endret seg gradvis gjennom behandlingsopplegget for begge. De turte etter hvert å si ifra når en situasjon ikke følte komfortabel, som at de for eksempel var sultne, slitne eller trengte hjelp til noe. Denne endringen ble beskrevet av informant 2 på denne måten:

"Også klarte jeg å spørre om noen kunne hjelpe meg med noen ting. Jeg ville ta sekken min, men om noen kunne ta noen ting for meg. Også klarte jeg å gå med sekk hele veien, selv om den ikke var så tung som de andre sin, så klarte jeg å gå med den, også klarte jeg å spørre om hjelp."

Det var en lettelse for begge informantene når de etter hvert klarte å gi beskjed, og be om hjelp. De gav uttrykk for en generelt økt trygghet. Dette gjorde det enklere å gjennomføre opplegget, og det var sannsynligvis med på å skape en bedre opplevelse av Friluftsterapien, i stedet for å gå rundt og kjenne på følelsen av blant annet sult, tretthet og utmattelse. Hadde ikke informanten i situasjonen som beskrevet i sitatet over spurt om hjelp, kunne dette ført til en dårlig opplevelse, og i verste fall at informanten ikke hadde klart å gjennomføre turen. En slik negativ opplevelse kan gå ut over mestringstroen, og i verste fall redusere den.

Å tørre å kommunisere og være sosial var en utfordring for mange. Informant 5 trakk frem at det var utfordrende å gå ut døra og møte fremmede personer.

"Å tørre å gå ut av døra og møte fremmede folk, som du på en måte ikke kjenner. Det har jeg alltid syntes at har vært ekkelt, [...], jeg synes det er veldig ekkelt å gå i byen fordi jeg er redd at alle folk ser på meg og dømmer meg og sånn. At jeg ser rar ut, at jeg går rart, [...]. Det kan jo godt hende at jeg ikke blir lagt merke til så mye, men for meg så føles det som om alle stirrer på meg hele tida, selv om de kanskje ikke gjør det."

Utsagnet til vedkommende kan tyde på dårlig selvtillit og sosial angst. Informanten fryktet å være ute blant folk, og følte at alle stirret og dømte. Informant 1 bekreftet også at det å gå ute blant folk, spesielt alene, var en utfordring. Det endret seg for informant 1 som ikke lenger føler seg rar når han/hun går alene, og føler det er mer akseptabelt å gå alene for eksempel på bussen eller butikken. Vedkommende har innsett at hun/han ikke er den eneste som er alene, og at ikke alle legger merke til og tenker på henne/ham hele tiden. Grunnen til denne endringen er støtte fra de andre deltagerne og terapeutene om at det er vanlig å være alene ute blant folk. Informanten har her fått verbal og sosial støtte (Bandura 1977; 1994; Cordle et al., 2016; Wester et al., 2009). For informant 5 derimot var det fortsatt en utfordring. Selv om de sosiale ferdighetene ble bedre i Friluftsterapigruppa, har det ikke hjulpet i hverdagslivet. Vedkommende pekte på at det godt kan hende at folk ikke stirrer og legger merke til ham/henne, men at det føles sånn. Ettersom informanten tross alt er inne på tanken om at den forestillingen han/hun har om andre kanskje ikke stemmer, så det er håp for at tankegangen kan endre seg etter hvert. Som Wester et al. (2009) hevder er endring en tidkrevende prosess. Så selv om informanten ikke har opplevd en foreløpig endring, er det fortsatt muligheter for det i følge stadiemodellen.

En annen endring enkelte av informantene opplevde var at de oppdaget nye interesser og sider ved seg selv gjennom Friluftsterapien. Blant annet aktivitetene de utforsket gjennom Friluftsterapien har fristet til gjentakelse. Det kom også frem at mange av informantene har endret innstillingen sin fra negativ til positiv. Blant annet sa informant 4: *"Nå så føler jeg at jeg har blitt mer positiv, og tenker at jeg får til mer enn jeg tror."* I tillegg pekte en av informantene på at han/hun lærte at det er greit å ikke være sterk hele tiden, det er bedre å akseptere de vonde følelsene, og få utløp for dem der og da, i stedet for å holde de inne. En annen trakk frem at han/hun har lært seg å verdsette de små mestringsopplevelsen i hverdagen, sammenlignet med tidligere hvor forventningen hele tiden var å gjennomføre alt hundre prosent for at det skulle være godt nok. For eksempel i forbindelse med skolen. Det er stor sannsynlighet for at dette har bidratt til å øke mestringsstroen gjennom flere

mestringsopplevelser. Som Bandura (1977; 1994) peker på er positive erfaringer en av de viktigste hovedkildene til økt mestringstro. Ved å tidligere forvente at han/hun skulle gjennomføre alt på skolen 100%, og kun fokusere på at det var godt nok, var det større sannsynlighet for en negativ opplevelse. Hvis først en ting ikke blir gjennomført perfekt er det fort gjort å fokusere på dette, og det kan føre til lav mestringstro. En annen informant som opplevde det Bandura (1977; 1994) kaller positive erfaringer var informant 3. Deltageren opplevde et nytt perspektiv på ting, og føler seg mer sikker på å klare å gjennomføre fysiske utfordringer nå enn før. Informanten mente at det ikke nødvendigvis var på grunn av bedre fysisk form gjennom alle turene, men mer på grunn av endret innstilling: *"Ikke nødvendigvis utspill sånn fysisk eller noe sånt, men sånn bare en eller annen liten endring i hodet mitt da liksom som jeg merker[...] jeg er litt mer sikker på at jeg kan klare det."* De positive erfaringene med de fysiske utfordringene i Friluftsterapien kan ha endret informantens tanker om egne fysiske ferdigheter, og økt mestringstroen når det gjelder å klare ting.

Til slutt var det en informant som trakk frem en viktig endring i livet. Personen klarte å kutte kontakten med sitt tidligere miljø, som hadde dårlig innflytelse på vedkommende. Gjennom tilbakemeldinger fra de andre i gruppa innså vedkommende at det sosiale miljøet hjemme hadde en dårlig innvirkning på ham/henne. Det tyder på at sosial og verbal støtte (Bandura, 1977; 1994) spilte en rolle for at informanten klarte å forlate det dårlige miljøet. Det kan tenkes at å komme ut av et dårlig miljø kan bidra positivt på mestringstroen. Positiv innflytelse kan være en viktig faktor for økt mestringstro siden det kan bidra til flere positive opplevelser i stedet for negative.

Det viser seg at det har skjedd en rekke endringer i løpet av behandlingstiden, både når det gjelder fysiske, psykiske og sosiale egenskaper. Mye tyder på at Banduras (1977; 1994) hovedkilder til økt mestringstro kan spille en viktig rolle i denne endringen. Vi skal se nærmere på hva som har vært spesifikt som grunnlag for denne endringen i kapittel 4.2. Før det skal vi undersøke om ungdommene har opplevd en overføring til hverdagslivet av det de har lært i Friluftsterapien.

Overføring

Gjennom Friluftsterapien er tanken at ungdommene skal få nye innsikter om seg selv, og kunne overføre dette til andre arenaer i livet (Gabrielsen & Fernee, 2014; Fernee et al., 2015). Spørsmålet om ungdommene har lært noe som kan ha en overføringsverdi til hverdagslivet

kan være vanskelig å besvare, siden det sannsynligvis ikke har vært nok tid til å se en overføring. Likevel var det flere av informantene som trakk frem eksempler fra hverdagslivet hvor de allerede hadde fått bruk for en del av det de har lært i Friluftsterapien.

Flere av informantene fortalte at de har fått bruk for erfaringene fra Friluftsterapien på skolen og hjemme. De har blitt mer åpne, kunnet snakke med personer de ikke kjenner så godt, og fortelle om følelsene sine til de hjemme.

Under *Endring* kom det frem at informant 4 endret sin mening om utfordringer fra å hate det til å synes det var gøy. Informanten oppdaget at det ikke var så skummelt som først antatt. Ved spørsmål om vedkommende hadde fått bruk for dette i hverdagslivet, var svaret:

"Jeg begynte jo på ny skole, jeg tenkte jo at det kom til å bli sykt skummelt og sånn, men så hadde jeg jo just kommet meg inn i en ny gruppe på friluftsterapien, og det var jo ikke så ille som jeg trodde at det kom til å bli. [...] Da tenkte jeg jo det og når jeg begynte på skolen, [...] bare jeg tenkte mer positivt om det, så ble det jo bedre."

Sitatet viser et godt eksempel på overføring. Informanten opplevde her en lignende situasjon hvor vedkommende opprinnelig hadde vært redd for hvordan det skulle gå. Siden det gikk bra i den forrige situasjonen fikk han/hun større tro på at det skulle gå bra igjen, og hvilket det gjorde.

Et annet eksempel på overføring som flere av informantene pekte på, var pusteteknikker og andre tips de fikk av terapeutene som nyttige redskap i hverdagen. Informant 3 fortalte at det er lett gjennomførbare teknikker som kan brukes i alle mulige vanskelige situasjoner.

Vedkommende føler seg mye tryggere nå siden hun/han har noe å holde fast ved gjennom pusteteknikkene, og andre mentale triks de lærte, som bidrar til å mestre utfordringer bedre.

Om pusteteknikkene trakk informant 1 frem:

"Da har jeg fått ting som jeg kommer til å ta med meg på fritida og på skolen og hjemme og sånne ting. Da blir det mye enklere for meg å håndtere sånne settinger fordi jeg vet hva jeg skal gjøre. Det er ikke sånn kjempe ukjent for meg også bare blir jeg kjempestressa fordi jeg ikke vet hva jeg skal gjøre. Jeg har fått litt mer kontroll, [...] det er mye enklere nå enn det var før jeg begynte."

Selv om informantene merket en stor forbedring av de sosiale ferdighetene sine i Friluftsterapien, betød ikke det at det gjaldt for alle i hverdagslivet. Flere så en forbedring i

skolen og hjemme, men en av informantene hadde forløpig ikke klart å overføre det til hverdagslivet. På spørsmål om informant 5 hadde lært noe om sine sosiale ferdigheter, og om det hadde endret seg var svaret: *"Egentlig ikke så veldig mye [...], bortsett fra det at jeg klarer mer enn jeg tror jeg klarer, så ser jeg ikke så veldig mye jeg har lært."*

På tross av at informant 5 i en del av intervjuet mente at det ikke hadde skjedd en overføring til hverdagslivet, virker det på utsagnet som at mestringstroen hadde økt. I en annen del av intervjuet trakk informanten frem at innsatsviljen til å jobbe på skolen hadde økt. Informanten fortalte at det var lettere å gjøre skolearbeid nå enn før behandlingen, hun/han jobbet raskere og bedre, og spurte nå om hjelp hvis det trengtes. Med andre ord var det noe som hadde endret seg og blitt overført til hverdagslivet.

Selv om ikke alle hadde fått bruk for det de hadde lært i Friluftsterapien i hverdagen, var det flere av informantene som trakk frem at de tror det er noe de kan få bruk for senere. Som en av dem sa, hadde det tross alt ikke gått en uke en gang fra de avsluttet behandlingen til vi gjennomførte intervjuene. Det kan ta lengre tid før de eventuelt ser resultater av dette i hverdagen.

Med bakgrunn i denne kunnskapen og i tråd med stadiemodellen (Wester et al., 2009), hadde det vært interessant å intervju informantene på nytt etter ca. seks måneder for å høre om det har skjedd flere endringer og/eller overføring til hverdagen, og om de har klart å opprettholde de positive endringene. Et av de mer diskuterte utfordringene i forbindelse med Adventure program er i følge Szolosi (2012) langtidseffekten av slike program. Han hevder at få studier har sett på varigheten og utstrekningen av endringene oppnådd gjennom behandlingen. Undersøkelser av langtidseffekten vil være relevant i fremtidige studier. På en annen side viser Bowen og Neill (2013) sin meta-analyse review av flere Adventure Therapy studier en rekke utfall som har positiv korttidseffekt, og denne effekten er vedvarende ved langtidsoppfølging, men de har ikke en signifikant økning. De varige endringene skaper større sannsynlighet for en overføringsverdi. I motsetning til alternativ behandling og ingen behandling, som ikke viser en vedvarende effekt ved langtidsoppfølging. I tillegg har utfallet atferdsendring en signifikant økning fra korttids- til langtidsoppfølgingen i Adventure Therapy, det tyder på at endringene fortsetter etter endt behandling når det gjelder atferden til deltagerne.

Dette prosjektet hadde ingen oppfølgingsintervju, men forskningsprosjektet til Sørlandet sykehus HF på Friluftsterapi har en tolv måneders forskningsoppfølging. Når det gjelder

videre behandling etter endt Friluftsterapi mottar de som trenger det videre oppfølging av ABUP, men da ikke i form av Friluftsterapi, mens noen av ungdommene skrives ut.

4.2 Friluftsterapiens påvirkning på mestringstroen

Vi har sett i kapittel 4.1 at ungdommene har opplevd en endring av mestringstroen i løpet av behandlingen, når det gjelder det fysiske, psykiske og sosiale. Under dette kapittelet er fokuset på hva ungdommene opplevde som relevant for påvirkningen av denne endringen. Gjennom analysen av intervjuene viste det seg at ungdommene trakk frem flere faktorer som hadde en påvirkning. Alle faktorene kan knyttes til *Organisering av Friluftsterapien*; aktivitetene, terapien, gruppa, terapeutene og miljøet. Det vil diskuteres hvordan Friluftsterapien gjennom organiseringen kan ha bidratt til å øke mestringstroen blant ungdommene. Og hvordan organiseringen kan knyttes til det Bandura (1977; 1994) mener er hovedkildene til økt mestringstro.

Under behandlingen vil ikke faktorene nødvendigvis ha en påvirkning hver for seg, men de spiller en rolle i den større helheten, som en del av organiseringen. Dette betyr at kapittelet ikke er delt opp i underkapitler for hver faktor. Det vil være flytende overganger mellom påvirkningsfaktorene. Påvirkningsfaktorene jeg har kommet frem til stemmer godt overens med de hovedfaktorene som antatt vil føre til endring hos deltagerne ifølge Sørlandet sykehus HF (2015), Gabrielsen & Fernee (2014) og Fernee et al. (2015). Faktorene det er snakk om er naturen, oppgaver og utfordringer, individuell- og gruppeterapi og etablering av terapeutisk gruppe. Gabrielsen & Fernee (2014) og Sørlandet sykehus HF (2015) trekker frem oppgaver og utfordringer som viktig for styrking av mestringstro. I tillegg til å se på denne faktoren har jeg også valgt å se på andre elementer i Friluftsterapien, og deres rolle i påvirkning og styrking av mestringstroen. Dette på grunnlag av at ungdommene opplevde flere faktorer (aktivitetene, gruppa, terapien, terapeutene og naturen) som viktige kilder til påvirkning av deres mestringstro.

Organiseringens påvirkning

Friluftsterapien inneholdt åtte enkelt dager med turer, og to turer over to og fem netter. Turene inneholdt blant annet fysisk aktivitet, øving av friluftskunnskaper, individuell samtale og gruppesamtale. Gruppa måtte løse oppgaver sammen gjennom planlegging og kreativitet. I

behandlingen ble naturens terapeutiske og restaurerende effekter brukt i kombinasjon med målrettede og terapeutiske prosesser. Dette ble gjort både individuelt og i grupper. Målet var å få frem, og bevisstgjøre ungdommene på deres ressurser og kvaliteter, tankemønster og påvirkningen de har på andre (Sørlandet sykehus HF, 2015; Gabrielsen & Fernee, 2014).

Den generelle opplevelsen av Friluftsterapiens organisering kom frem innledningsvis i intervjuene når informantene ble spurt om hvordan de hadde opplevd Friluftsterapien. Med informant 1 sine ord ble opplevelsen av Friluftsterapien beskrevet på denne måten:

"Jeg synes egentlig det var skikkelig gøy[...]bare å unnslippe virkeligheten for en liten stund. Det foregikk mange kjipe ting, som ikke gav meg lyst til å være på skolen eller være hjemme. Da kunne jeg bare unnslippe det, ved å være i skogen og være med andre folk, og andre voksne. Det ble veldig betryggende for da fikk jeg på en måte en pause, og det var veldig deilig."

De andre informantene trakk også frem at det hadde vært en positiv opplevelse. Ungdommene følte seg velkomne, opplegget var gøy og det var hyggelige folk. Behandlingen var en fin pause fra hverdagslivet. Det kan godt tenkes at denne positive opplevelsen har bidratt til at informantene har følt seg trygge i Friluftsterapien, og dermed har klart å være mer åpne. Flere av informantene pekte nettopp på at det var et trygt miljø, og det gjorde at de kunne slappe av og være seg selv, som beskrevet av informant 5 her:

"Ja, men altså jeg følte meg ganske velkommen, jeg følte at folk på en måte likte meg. At jeg kunne være helt meg selv uten at det ville støte folk vekk.[...] Jeg tror det har noe med det at det på en måte er litt det samme som de andre sleit med, så jeg var i en gruppe med folk som jeg kunne dele problemene med fordi at alle hadde litt av det samme."

Informant 5 la til at kjemien var bedre med de andre deltagerne enn med folk ellers, og det gjorde det enklere å fortelle ting, siden vedkommende følte at de hadde mer forståelse for problemene og utfordringene enn andre har. Informant 1 syntes også at det hjalp å vite at de andre som deltok slet med lignende problemer som en selv. Det var en lettelse å vite at en ikke var alene om det. For informant 4 var også gruppesamtalene viktige for å kunne åpne seg mer. De gjorde informant 5 gradvis mer vant til å åpne seg opp foran folk. Det kan godt tenkes at dette også gjaldt for flere, siden de i gruppesamtalene som var en stor del av behandlingen, ble utfordret til å snakke om egne utfordringer og problemer.

Utsagnene til informantene viser til at de har oppnådd noe av intensjonen med Friluftsterapien. Ifølge Gabrielsen & Fernee (2014) legges det tidlig opp til at deltagerne skal kunne være åpne og ærlige med hverandre. Alle blir utfordret til å dele noe av egne utfordringer med resten av gruppa tidlig i behandlingsprosessen. Det er tenkt at dette er viktig for å skape åpenhet, ærlighet, trygghet og samhold i gruppa.

Det virket som en betryggende tanke blant ungdommene at de ikke var alene om å ha psykiske problemer, og at Friluftsterapigruppa bestod av personer med relativt like problemer virket viktig for flere av informantene. Dette gjorde det enklere å relatere seg til hverandre, være seg selv, slappe av og åpne seg for de andre. Det kan tenkes at disse positive utfallene er med på å skape en større tro på evnen til å mestre sosiale situasjoner de møter senere i livet. I tillegg kan det å møte utfordringer sammen med personer lik en selv bidra til å øke mestringstroen. Ved å se personer en relaterer seg til mestre utfordringer, kan en få større tro på egne evner, og det å mestre den samme eller lignende utfordringer (Bandura, 1977; 1994; Wester et al., 2009). Sørlandet sykehus HF (2015) former gruppa i den grad det er mulig, så det er tilstrekkelig likheter mellom deltagerne til å skape relasjoner. Det bør også være nok forskjeller mellom deltagerne, slik at det ikke er fare for dannelse av sub-grupper som kan forsterke hverandres problematiske trekk. I tillegg skal gruppa helst bestå av både gutter og jenter. Det virker som de har klart å etablere en god Friluftsterapigruppe, hvor ungdommene har positiv innflytelse på hverandre. Alle deltagerne har dannet gode relasjoner til hverandre og terapeutene, og de har klart å unngå negativ utvikling i form av å forsterke hverandres problematiske trekk.

En annen viktig faktor for å skape et trygt miljø var terapeutene. De bidro på en veldig positiv måte ifølge mange av informantene. Terapeutene ga gode tips om hvordan ungdommene kunne takle ulike situasjoner. Spesielt pusteteknikkene de lærte ble trukket frem av blant annet informant 3: *"Jeg fikk jo hjelp av terapeuten til å både lære meg litt om hva som skjer og hvordan jeg kan håndtere det, og pusteteknikker og sånn."* I tillegg pekte de på den betryggende følelsen det ga å ha terapeutene der, og at de hadde en primærkontakt hver blant terapeutene. Sørlandet sykehus HF (2015) forklarer at primærkontakten har oppfølgings- og dokumentasjonsansvaret for deltageren, og er dermed den som gjennomfører den individuelle samtalen. Deltagerne får også vite at de kan ta kontakt med primærkontakten sin når som helst. Spesielt i møte med utfordringer var det viktig for flere av informantene å ha en terapeut ved sin side, det bidro til en trygghetsfølelse. Larivière et al. (2012) hevder at en stor fordel ved Wilderness Therapy program er den kontinuerlige interaksjonen mellom deltagerne og

terapeutene, som gjerne kan vare over flere dager. En slik tilgang på terapeuter kan ifølge Margalit & Ben-Ari (2014) bidra til økt mestringstro. De peker på at den økte terapeutiske effekten kan komme av den kontinuerlige terapien deltagerne har tilgang på hele døgnet. Ifølge deres studie på mestringstro i et Wilderness Therapy program var det en signifikant økning av mestringstroen fra deltagerne som kun delvis var med på programmet, og til de som deltok på alt. De som var delvis med, var med på gruppemøtene med forberedelsesaktiviteter innen friluftsliv, men ikke på en fire dagers tur. Dette kan også tyde på at overnattingstur over flere dager med fysisk aktivitet kan bidra til økt mestringstro.

Ungdommene beskrev et veldig positivt forhold til terapeutene, og det syntes å spille en viktig rolle i deres opplevelse av Friluftsterapien. Det positive forholdet mellom terapeutene og deltagerne i behandlingsprogram som Friluftsterapi kan bekreftes av Russell et al. (2000). De har studert forholdet mellom terapeutene og deltagerne i Wilderness Therapy, og påstår at det er veldig forskjellig fra mer tradisjonell terapi. En terapeut fra Wilderness Therapy forteller at de er mer enn bare fremmede personer som sitter i en stol i en time og gir tilbakemelding og veiledning, fordi de er med på å dele de samme opplevelsene med deltagerne, samtidig som de gir veiledning og tilbakemelding. Terapeutene i Wilderness Therapy blir sett på som rollemodeller, og ikke fremmede og autoritære personer eller fiender (Russell et al., 2000). Harper (2009) peker på at det i litteraturen foreslås at dannelsen av et sterkt forhold mellom terapeutene og klientene i praksis vil bidra til en mer effektiv behandlingsprosess. Et viktig element for å skape den sterke relasjonen, er at deltageren har tillit til terapeutene. Ifølge Shooter, Paisley & Sibthorp (2012) er det flere tiltak terapeutene kan gjøre for å skape tillit. Terapeutene kan blant annet innøve effektive kommunikasjonsferdigheter, behandle deltagerne likt og rettferdig, og vise på en oppriktig måte at de bryr seg om deltagerens opplevelser og erfaringer. Terapeutene utfordrer gjerne deltagerne med oppgaver som kan oppleves som fysisk, følelsesmessig og sosialt utfordrende. Ved å skape tillit er sannsynligheten større for at deltagerne tør å ta utfordringen. Det kan bidra til en mer effektiv behandling, deriblant en mer effektiv utvikling av mestringstroen. Williams (2000) viser også til forholdet mellom terapeutene og deltageren som en viktig bidragsyter for en effektiv behandling. Han legger til at deltagerne tidlig oppdager at de er avhengig av terapeutene i naturmiljøet. Blant annet en del praktisk kunnskap terapeutene innehar som for eksempel hvordan holde seg varm, hvordan krysse en elv sikkert, fyre et bål osv. Denne settingen skaper en naturlig situasjon hvor deltagerne må stole på terapeutene.

Terapeutene som leder behandlingsprogrammet bør ifølge Sørlandet sykehus HF (2015) ha relevant klinisk erfaring. De må kunne fungere godt i naturen, og ha både fysisk og psykisk overskudd til å oppdage og møte behov som kan oppstå hos deltagerne. Denne kompetansen gir ungdommene gjennom intervjuene uttrykk for at terapeutene innehar. De føler at de blir sett, og at terapeutene er tilstede og tilgjengelig til enhver tid under turene. Den kliniske erfaringen til terapeutene har vært relevant for å gi ungdommene tips og triks for å mestre panikk- og angstsituasjoner. Flere har fått bruk for pusteteknikker, og føler at dette har hjulpet dem å mestre vanskelige situasjoner. Dette tyder på at å ha ulike teknikker i bakhånd, kan gi ungdommene en følelse av å lettere mestre ulike situasjoner, som de tidligere følte at de ikke klarte å mestre. Teknikkene kan ha bidratt til å øke mestringstroen hos flere av ungdommene.

En annen viktig faktor for ungdommenes opplevde trygghet var naturmiljøet. Noen av informantene nevnte at det virket mer spennende å ha terapi ute enn inne. Informant 3 sa:

"Jeg tror hvis noen bare hadde satt meg inn i et hvitt rom med mange andre folk og sa "okei, snakk om problemene dine", så tror jeg ikke jeg hadde klart å åpne meg og være helt ærlig og ta hele greia inn [...] Mens når vi er ute og gjør noe annet så, fokuset blir litt endra samtidig som man jobber med det samme. Også føler jeg at jeg får enda bedre kontakt med de andre på gruppa da. Siden vi gjør andre ting sammen, og har det litt gøy sammen også."

Hill (2007), Larivière et al. (2012), Tucker et al. (2013) og Fernee et al. (2015) trekker alle frem at Wilderness Therapy og Adventure Therapy, som Friluftsterapien bygger på, kan øke tendensen til at ungdommene åpner seg opp fordi de er i et miljø utenfor et kontor. Det regnes dermed som en potensielt effektiv behandlingsform for ungdommer. To av elementene som kjennetegner denne type behandling er naturomgivelsene og gruppeinteraksjonen. Dette trekker informantene her frem som viktige faktorer i deres opplevelse av Friluftsterapien. Det virker som naturomgivelsene spiller en viktig rolle for den gode gruppeinteraksjonen, og naturen får ungdommene til å slappe mer av og åpne seg for hverandre, og dermed skape et sterkere bånd dem imellom. Williams (2000) foreslår at ungdommenes resistans mot behandling blir redusert av naturen som miljø, ved å anerkjenne deres behov for frihetsfølelse, og å ikke kjenne seg fanget på noen måte. I tillegg behandler naturen alle som likemenn, det vil si at ungdommene og terapeutene kan møtes på lik linje.

I samtale om hvilken personlig effekt naturen har, sa informant 1:

"Hver eneste gang jeg kommer meg ut i naturen, så er det som det letter,[...] alt settes på stopp. [...] Det er mye enklere å være glad ute i naturen fordi det er så fint og det er, ja, jeg er veldig obsesst med sånn himmelen og sånn, også vann og ild også sånne ting, det gjør meg skikkelig sånn fascinert og skikkelig inspirert, det gjør meg så glad."

Harper (2009) peker på at rollen naturen spiller i utviklingen av mennesket har blitt undersøkt gjennom en rekke ulike perspektiver som evolusjonært, spirituel, antropologisk, psykologisk og sosiokulturelt. De ulike perspektivene peker på at naturen spiller en viktig rolle for vår fysiske, psykiske og intellektuelle velvære. Det hevdes at naturen har en helbredende effekt på mennesket. Harper (2009) mener at hvis det er tilfellet, fokuseres det for lite på rollen naturen og aktivitetene i naturen spiller i behandling av ungdom. Han peker på at det kreves videre undersøkelser av hvordan naturen kan bidra til å danne terapeutiske allianser (forholdet mellom terapeuten og klienten) og påfølgende utfall. Det kan virke som naturen har spilt en viktig rolle for deltagerne i Friluftsterapien ved at de slapper mer av, og at det påvirker humøret positivt. Det kan også tenkes at naturmiljøet fører til at dannelsen av terapeutiske allianser skjer fortere.

Teorier innenfor miljøpsykologien når det gjelder naturlandskap kan forklare denne effekten på ungdommene. I følge evolusjonsteorien er menneskets respons på naturen en nedartet egenskap, og vi vil dermed trives i naturmiljøet. Arousal-teorien hevder også at naturen har en positiv effekt på mennesket, og virker stressreducerende i motsetning til det urbane miljøet mennesket ofte beveger seg i (Vikene, 2012). Det vil si at naturen kan gi en overordnet opplevelse av velbehag. Bruken av natur og friluftsliv som kilde til bedre helse er beskrevet i Meld.St.18 (Klima- og Miljødepartementet, 2016). I Meld.St.18 hevdes det at lek, ferdsel og opphold i naturen har en rekke positive effekter. Blant annet på sosial samhandling, utvikling av følelser, opplevelse av tilhørighet og personlig identitet, og bedret konsentrasjonsevne og refleksjonsevne. Det kan tenkes at de positive effektene ungdommene får av å være i naturen, igjen kan ha en positiv effekt på mestringstroen.

Naturen virket som en ramme rundt Friluftsterapien, og mye tyder på at den opplevde tryggheten naturen skapte førte til at de andre faktorene virket raskere og dermed mer effektivt. Naturen bidro til at ungdommene slappet av tidlig i behandlingsprosessen, så relasjons- og tillitsbyggingen mellom terapeutene og ungdommene, og ungdommene imellom

kunne begynne tidlig. Denne tilliten kan som tidligere nevnt være viktig for å bidra til økt mestringstro med tanke på innflytelse fra terapeutene og de andre ungdommene.

Alle informantene trakk frem at gruppa har vært en viktig del av Friluftsterapien. Det har vært positivt å være en del av en gruppe med nye og hyggelige folk. De har hatt flere samarbeidsoppgaver, og vært nødt til å støtte og presse hverandre. Nødvendige oppgaver som å finne ved, å lage bål og mat har gjort det naturlig å samarbeide og bli kjent. På spørsmål om hvordan informant 6 lærte seg å stole på andre, og hva det var ved Friluftsterapien som påvirket dette, svarte informanten:

"Både det at vi var sammen alle sammen og sånt, og at vi gjorde ting sammen da. Det var jo nesten sånn teambuilding alle de dagene for å bli bedre kjent da.[...] Nei, altså det er jo på grunn av aktivitetene og tingene som vi gjorde sammen, sånn som å samle inn ved og sånt, og samarbeide om å gjøre oppgaver og forskjellig."

Samarbeidsoppgavene har bidratt til å skape gode relasjoner mellom ungdommene, og det ganske tidlig i prosessen. Det at de har støttet og presset hverandre har vært med på å øke mestringstroen. Det hjalp at noen andre hadde troen på dem og deres evner. Det bekreftes av en av Banduras (1977; 1994) hovedkilder til økt mestringstro, som er sosial støtte og overbevisning. Når folk overbevises verbalt om at de har evnene som trengs for å beherske en gitt aktivitet, vil de sannsynligvis mobilisere og opprettholde en større innsats, enn hvis de tviler på seg selv og sine personlige egenskaper i møte med denne aktiviteten (Bandura, 1977; 1994). Margalit & Ben-Ari (2014) legger til at det å hjelpe andre gjennom samarbeidsoppgaver også kan bidra til å øke mestringstroen.

Ifølge Tjersland, Engen & Jansen (2013) vil godt gruppesamhold føre til at deltagerne blir mer målorienterte, ansvarsfulle, åpner seg opp følelsesmessig, blir bedre til å lytte, og tar i bruk tilbakemeldinger bedre. Gruppesamholdet blir ifølge forskning styrket ved at deltagerne liker hverandre, og at forventningene til utfallet er positivt. Ved deltagelse får en tilgang til ressurser og økt prestisje, opplevelse av samhørighet, anerkjennelse og trygghet, og gruppa oppleves som positiv sammenlignet med tidligere erfaringer. Det virker som om denne Friluftsterapigruppa har hatt et godt gruppesamhold, noe som vises ved at de har trukket frem flere av faktorene som fører til styrking av gruppesamholdet. I tillegg har de opplevd blant annet å bli mer åpne når det kommer til følelser, og å ta i bruk tilbakemeldinger fra de andre deltagerne og terapeutene. Selv om de ikke nevner det selv, tyder mye på at de også har blitt mer ansvarsfulle og målorienterte. Gruppesamholdet har mest sannsynlig bidratt til å øke

mestringstroen siden det har påvirket opplevelsen av Friluftsterapien på en positiv måte. Når noe oppleves positivt er det enklere å gi en ekstra innsats, noe som igjen kan bidra til økt mestring.

En annen påvirkningsfaktor som ungdommene nevnte var aktivitetene. Noen av aktivitetene var ekstra spennende for enkelte av informantene, og de fikk testet komfortsonen sin. Her ble Klatreparken i Evje trukket frem, hvor flere nevnte at det virket skummelt i begynnelsen å skulle ta for eksempel zipline og slenge seg utfor en kant. En annen aktivitet som også utfordret komfortsonen for et par av informantene var en mørk og steinete hule de skulle gå gjennom to og to, hvor en skulle ha bind for øynene og bli ledet av den andre. Ved spørsmål om hva som gjorde at de likevel turte å gjennomføre de utfordrende aktivitetene ble det blant annet påpekt at det hjalp å se andre gjøre det først. Informant 3 beskrev det på denne måten: *"Jeg hadde jo noen foran meg som gjorde det først og da var det sånn; okei, hvis de klarer det så må jo jeg også kunne klare dette uten å dø."* Dette blir av Bandura (1977; 1994) forklart som en av de fire hovedkildene til mestringstro. Det å se andre klare noe, kan bidra til at en selv tror en kan klare det (Bandura, 1977; 1994; Cordle et al., 2016; Wester et al., 2009).

Enkelte av informantene så på en del av det fysiske ved aktivitetene som en utfordring. De var skeptiske til å klare å gjennomføre hele behandlingsopplegget. Spesielt den siste langturen med tung oppakning var flere usikre på om de kom til å klare. Alle gjennomførte imidlertid turen, og så på det som en stor mestring.

Informant 2 - *"Også hadde jeg jo mye problemer med det fysiske, som jeg var veldig usikker på. [...] Jeg overraska meg selv veldig, at jeg trodde ikke at jeg kom til å klare det så bra. Så bare det i seg selv, at jeg kom gjennom var jo en veldig mestring. Og bare det at jeg klarte å bære min egen sekk og sanne ting."*

En annen hovedkilde til økt mestringstro er positive erfaringer. Ved å mestre utfordringer får en større tro på egen evner, og dermed økt mestringstro (Bandura, 1977; 1994; Cordle et al., 2016; Wester et al., 2009). Sitatet over viser nettopp til en positiv erfaring for informanten, noe som definitivt kan være en kilde til økt mestringstro.

Noen av de andre informantene hadde derimot større tro på sine fysiske ferdigheter. De var ganske sikre på å klare å gjennomføre opplegget, men fikk seg likevel en positiv overraskelse av opplevelsen, og hvor godt de klarte gjennomføringen. Dette gjaldt blant annet for informant 6:

" Altså fysisk så tenkte jeg jo at jeg skulle klare det meste, og det synes jeg at jeg gjorde også. Jeg synes jeg klarte meg ganske bra egentlig i forhold til det jeg tenkte først at jeg skulle gjøre da, og var vant til."

Selv om informant 6 ikke opplevde de fysiske aktivitetene som spesielt utfordrende, var det andre ting som vedkommende opplevde som utfordrende, blant annet det å stole på andre. Hva som opplevdes som utfordrende for ungdommene varierte. Ikke alle ungdommene hadde utfordringer på både det fysiske, psykiske og sosiale området, men samtlige slet med minst en av delene, og troen på å mestre disse utfordringene. Alle opplevde en økning av mestringstroen innenfor minst et av områdene.

Et spørsmål vi kan stille oss er om den økte mestringstroen er spesiell for aktivitetene i Friluftsterapien, eller om ungdommene har fått en økt generell mestringstro. Utsagnene til ungdommene tyder på at de i selve Friluftsterapien gradvis har fått en økt mestringstro, og at det har bidratt til at de underveis i behandlingen har fått større og større tro på å klare å mestre utfordringene de har møtt. Selv om ungdommene peker på mange utfordringer og situasjoner i selve Friluftsterapien, og økt mestringstro når det gjelder disse, det vil si oppgavespesifisert mestringstro, er det likevel mye som tyder på at dette også gjelder for deres generelle mestringstro. Cordle et al. (2016) mener at gjentakelse av oppgavespesifisert mestringstro muligens kan bidra til økt generell mestringstro, flere av informantenes beskrivelser bekrefter dette. De nevner at de nå har større tro på å mestre nye utfordringer og oppgaver som vil møte dem. Dette ble blant annet beskrevet av informant 1:

"Jeg har fått noen gode resultater av Friluftsterapi, og da går det litt bedre. Da blir det litt mer positive tanker fordi jeg vet at det gikk bra en gang og da kan det gå bra en annen gang også."

Vi får håpe dette stemmer, og at ungdommene allerede nå og videre fremover vil oppleve positive resultater fra Friluftsterapien, i form av blant annet økt mestringstro, og overføring av dette til hverdagslivet.

Et annet spørsmål som kan stilles ved oppgaven er om effekten ungdommene har opplevd er avhengig av alle faktorene Friluftsterapien består av, eller om de kunne vært like effektive hver for seg som påvirkning på mestringstroen? Et studie av Russell & Phillips-Miller (2002) undersøkte hvordan fire ulike Wilderness Therapy program påvirket endring av atferdsproblemer hos tolv ungdommer. De kom frem til fire hovedfaktorer som skapte

endring; relasjonen til terapeuten, relasjonen til de andre deltagerne, refleksjon over livet gjennom bruk av solotur, og utfordringer gjennom aktiviteter. De foreslo at disse faktorene til sammen skaper en sterk påvirkning til endring i ungdommenes liv. Dette kan en kjenne igjen i Friluftsterapien. Resultatet fra min undersøkelse tyder på at hovedfaktorene; aktivitetene, terapien, terapeutene, gruppa og naturen, som ungdommene opplevde at påvirket mestringstroen, og endringen av denne, spilte en viktig rolle sammen. De styrket hverandre, og var dermed mer effektive enn om de hadde blitt benyttet alene som behandling. Hadde for eksempel ungdommene kun fått en utfordrende aktivitet uten terapeutene eller de andre ungdommene til stedet, er det stor sannsynlighet for at flere av ungdommene ikke hadde turt å gjennomføre oppgaven, og dermed hadde det ikke påvirket mestringstroen deres.

Oppsummert viser det seg at organiseringen av Friluftsterapien har vært viktig for påvirkningen av mestringstroen. Organiseringen har vært viktig for å skape et trygt miljø hvor ungdommene blant annet har lært seg å stole på andre, være åpne, og følt at de kunne være seg selv. Disse egenskapene kan tenkes å være et viktig bidrag i ungdommenes utvikling av troen på seg selv, og troen på å mestre. Det trygge miljøet ble skapt med naturen som ramme, noe som gjorde det enklere og mer effektivt å skape gode relasjoner mellom terapeutene og ungdommene, og ungdommene seg imellom. Tilgangen på primærkontakt og individuell terapi var også betryggende for ungdommene, og bidro til det trygge miljøet. Naturmiljøet bidro til en rekke situasjoner hvor ungdommene var avhengig av å samarbeide med hverandre og få hjelp og tips fra terapeutene, noe som igjen bidro til å skape bedre og mer effektive relasjoner. Relasjonene var viktige for å bidra til økt mestringstro gjennom verbal støtte og overbevisning. I tillegg var det å se lignende personer mestre utfordringer med på å øke mestringstroen. Gjennom fysisk, mentalt og sosialt utfordrende aktiviteter opplevde ungdommene en rekke positive erfaringer ettersom de klarte å gjennomføre aktivitetene, og dette bidro til en større tro på å mestre lignende utfordringer.

5.0 Konklusjon

Resultatene av undersøkelsen viser at ungdommene har opplevd en endring når det gjelder troen på å mestre fysiske, psykiske og sosiale utfordringer. Flere har fått en økt mestringstro når det gjelder fysiske utfordringer. Fysiske aktiviteter de tidligere ikke trodde de ville klare å gjennomføre, har de nå fått en større tro på å mestre. Aktiviteter ungdommene opplevde som mentalt skumle, ses ikke lenger på som kun utfordrende, men også morsomme. Det har gått fra å være skummelt til morsomt å utfordre seg for enkelte. Siden de har oppdaget at aktivitetene ikke er så skremmende som de først trodde, har de fått en økt mestringstro i forbindelse med slike utfordringer. Videre viste det seg at ungdommene mestret sosiale ferdigheter bedre og bedre i løpet av behandlingen. Ungdommene ble komfortable med hverandre, og kunne dermed åpne seg for hverandre, stole på hverandre og tørre å si ifra når noe var ukomfortabelt. Denne sosiale endringen i Friluftsterapien har bidratt til en økt tro på å mestre andre sosiale situasjoner. De har lært seg at det ikke er så skummelt å blant annet dele personlige tanker og prate med folk. Ungdommene har blitt generelt mer positive, og tenker at de får til mer enn de tror. Resultatene gjelder spesielt økt mestringstro i forbindelse med utfordringer i Friluftsterapien, men funnene tyder også på at dette gjelder for en generell økt mestringstro som vil bidra til at ungdommene takler nye utfordrende situasjoner bedre. Ungdommene beskrev enkelte eksempler på økt mestringstro som hadde hatt overføring til hverdagslivet, og det er stor sannsynlighet for at ungdommene vil oppleve flere situasjoner med overføring i tiden etter endt behandling.

Flere faktorer ved Friluftsterapien har blitt beskrevet som viktig for påvirkningen av mestringstroen. Dette var aktivitetene, terapeutene, gruppa, terapien og naturen. Naturen fungerte som en slags ramme rundt hele behandlingsprogrammet, og bidro til å skape et trygt miljø, og la til rette for oppgaver og utfordringer hvor ungdommene var avhengig av å samarbeide med hverandre, og ta i mot tips og triks fra terapeutene. Gruppa og terapeutene bidro også til støtte og overbevisning i møte med utfordringer. I tillegg hjalp det flere å se andre deltagere gjennomføre en aktivitet de var usikre på selv, det økte deres egen tro på å mestre aktiviteten. Gjennom terapien ble de utfordret sosialt på å åpne seg, og dele personlige tanker. Å klare det i denne settingen, økte troen på å mestre andre sosiale situasjoner. Aktivitetene bidro også til økt mestringstro blant flere av deltagerne. Enkelte av aktivitetene opplevdes som utfordrende og skumle, likevel klarte alle å gjennomføre dem, og dermed få positive erfaringer. De positive erfaringene bidro til en større tro på å mestre andre utfordringer, og det hevdes at det skal øke innsatsen i møte med nye utfordringer. Sentralt for

Økningen av mestringstroen blant ungdommene var kombinasjonen av faktorene, som Friluftsterapien er bygd opp av; aktivitetene, terapeutene, gruppa, terapien og naturen, og mye tyder på at det har gitt større effekt at behandlingen har vært sammensatt av nettopp flere faktorer.

Videre vil evaluering av Friluftsterapi gjennom kliniske erfaringer og foreløpige forskningsresultater, gjennomført av ABUP ved Sørlandet sykehus HF føre til en ny versjon av Friluftsterapi (FT 2.0). Denne versjonen vil forhåpentligvis bli en enda bedre og mer treffsikker behandlingsmodell for denne brukergruppen.

6.0 Litteraturliste

- Abraham, A., Sommerhalder, K. & Abel, T. (2010). Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. *Int J Public Health*, 55, 59-69.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994) Self-efficacy. I: V.S. Ramacaudran (Red.) *Encyclopedia of human behavior*, 4, (s.71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (2006). Adolescent Development from an Agentic Perspective. I: F. Pajares & T. Urdan (Red.) *Self-efficacy beliefs of adolescents* (s. 1-43). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Barton, J. & Pretty, J. (2010). What is the Best Dose of Nature and Green Exercise for Improving Mental Health? A Multi-Study Analysis. *Environmental Science & Technology*, 10, 3947-3955.
- Becker, S.P. (2010). Wilderness Therapy: Ethical Considerations for Mental Health Professionals. *Child Youth Care Forum*, 39, 47-61.
- Bowen, D.J. & Neill, J.T. (2013). A Meta-Analysis of Adventure Therapy Outcomes and Moderators. *The Open Psychology Journal*, 6, 28-53.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cordle, J., Van Puymbroeck, M., Hawkins, B. & Baldwin, E. (2016). The Effects of Utilizing High Element Ropes Courses as a Treatment Intervention on Self-efficacy. *Therapeutic Recreation Journal*, L(1), 75-92.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Young, R. (2010). Restoring Mental Vitality in an Endangered World: Reflections on the Benefits of Walking. *Ecopsychology*, 2(1), 13-22.

- Ewert, A. (2012). Take a Park, Not a Pill: Promoting Health and Wellness Through Adventure Programming. I: B. Martin & M. Wagstaff (Red.) *Controversial Issues in Adventure Programming* (s.130-137). United States: Human Kinetics.
- 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. *Scandinavian Psychologist*, 2,e14.
<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e14>
- Freeman, M. (2011). From "Character-Training" to "Personal Growth": The Early History of Outward Bound 1941-1965. *History of Education*, 40(1), 21-43.
- Furman, N. & Sibthorp, J. (2012). Adventure Programs and Learning Transfer: An Uneasy Alliance. I: B. Martin & M. Wagstaff (Red.) *Controversial Issues in Adventure Programming* (s.39-45). United States: Human Kinetics.
- Gabrielsen, L.E. & Ferneer, C.R. (2014). Psykisk helsearbeid i naturen - friluftsliv inspirert av vår historie og identitet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 358-367.
- Gibson, P.M. (1979). Therapeutic Aspects of Wilderness Programs: A Comprehensive Literature Review. *Therapeutic Recreation Journal*, K 13, 21-33.
- Harper, N.J. (2009). The relationship of therapeutic alliance to outcome in wilderness treatment. *Journal of Adventure education and Outdoor Learning*, 9(1), 45-59.
- Hill, N.R. (2007). Wilderness Therapy as a Treatment Modality for At-Risk Youth: A Primer for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(4), 338-349.
- Hoag, M.J., Massey, K.E., Roberts, S.D. & Logan, P. (2013). Efficacy of Wilderness Therapy for Young Adults: A First Look. *Residential Treatment for Children & Youth*, 30, 294-305.
- Hobbel, T. (1994). Natur og meditasjon. *Dyade nr. 2*, 147-151.
- Hågvar, S. (1999). Hva er spesielt med naturopplevelsen. *Mestre fjellet*, 44, 13-16.
- Klima- og Miljødepartementet (2016). *Friluftsliv - Natur som kilde til helse og livskvalitet*. (Meld.St.18 2015-2016). Hentet 16.mai 2016 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9147361515a74ec8822c8dac5f43a95a/no/pdfs/stm201520160018000dddpdfs.pdf>

- Larivière, M., Couture, R., Ritchie, S.D., Côté, D., Oddson, B. & Wright, J. (2012). Behavioural Assessment of Wilderness Therapy Participants: Exploring the Consistency of Observational Data. *Journal of Experiential Education*, 35(1), 290-302.
- Margalit, D. & Ben-Ari, A. (2014). The Effect of Wilderness Therapy on Adolescents' Cognitive Autonomy and Self-efficacy: Results of a Non-randomized Trial. *Child Youth Care Forum*, 43, 181-194.
- Miljøverndepartementet (2008) *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse. Rapport fra det nordiske miljøprosjektet "Friluftsliv og psykisk helse"*. Hentet 16.mai 2016 fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/t-1474.pdf>
- Norton, C.L. (2010) Into the Wilderness-A Case Study: The Psychodynamics of Adolescent Depression and the Need for a Holistic Intervention. *Clin Soc Work J*, 38, 226-235.
- Norton, C.L., Tucker, A., Russell, K.C., Bettmann, J.E., Gass, M.A., Gillis, H.L.L. & Behrens E. (2014). Adventure Therapy With Youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46-59.
- Paxton & McAvoy (2000). Social Psychological Benefits of a Wilderness Adventure Program. *USDA Forest Service Proceedings*, 3, 202-206.
- Pryor, A., Carpenter, C. & Townsend, M. (2005). Outdoor education and bush adventure therapy: A socio-ecological approach to health and wellbeing. *Australian Journal of Outdoor Education*, 9(1), 3-13.
- REK (2015) *Om etikk*. Hentet 10. juni 2015 fra: https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n
- Ronglan, L.T. (2013) Idrætsforskerens engagement: Om hvordan man arbejder sig »ind og ud af feltet«. I: L.F. Thing & L.S. Ottesen (Red.) *Metoder i idrætsforskning* (s.38-55). København: Munksgaard.
- Russell, K.C., Hendee, J.C. & Phillips-Miller, D. (2000): How wilderness therapy works: An examination of the wilderness therapy process to treat adolescents with behavioral problems and addictions. *USDA Forest Service Proceedings*, 3, 207-217.

- Russell, K.C. & Phillips-Miller, D. (2002). Perspectives on the Wilderness Therapy Process and Its Relation to Outcome. *Child & Youth Care Forum*, 31(6), 415-437.
- Schunk, D.H. & Meece, J.L. (2006). Self-Efficacy Development in Adolescence. I: F. Pajares & T. Urdan (Red.) *Self-efficacy beliefs of adolescents* (s.71-96). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Shooter, W., Paisley, K. & Sibthorp, J. (2012). Fostering Trust in Outdoor Leaders: The Role of Personal Attributes. *Journal of Experiential Education*, 35(1), 222-237.
- Sjong, M.L. (1997). Friluftsliv som virkemiddel for helse og livskvalitet - hva sier forskningen? *Kroppsøving nr.1-97*, 12-16.
- Szolosi, A. (2012). Adventure Programming and Public Health: Dreaming Big or Just Dreaming? I: B. Martin & M. Wagstaff (Red.) *Controversial Issues in Adventure Programming* (s.138-144). United States: Human Kinetics.
- Sørlandet sykehus HF (2015). *FriluftsterapiTM for utsatt ungdom. Manual.*
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thing, L.F. & Ottesen, L.S. (2013). Det individuelle kvalitative interview. I: L.F. Thing & L.S. Ottesen (Red.) *Metoder i idrætsforskning* (s.74-89). København: Munksgaard.
- Tjersland, O. A., Engen, G. & Jansen, U. (2013). *Allianser. Verdier, teorier og metoder i miljøorientert terapi med barn og unge.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tranøy, K.E. (1986). *Vitenskapen - samfunnsmakt og livsform.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tucker, A.R., Javorski, S., Tracy, J. & Beale, B. (2013). The Use of Adventure Therapy in Community-Based Mental Health: Decreases in Problem Severity Among Youth Clients. *Child Youth Care Forum*, 42, 155-179.
- Vikene, O.L. (2012). Psykisk helse og opplevelse av deltakelse i friluftsliv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 345-354.
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2009) Å bli fysisk aktiv. I: R. Bahr (Red.) *Ativitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.84-99). Oslo: Helsedirektoratet.

Williams, B.M.A. (2000). The Treatment of Adolescent Populations: An Institutional vs. a Wilderness Setting. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(1), 47-56.

Zimmerman, B.J. & Cleary, T.J. (2006). Adolescents' Development of Personal Agency: The Role of Self-Efficacy Beliefs and Self-Regulatory Skill. I: F. Pajares & T. Urdan (Ed.) *Self-efficacy beliefs of adolescents* (s.45-69). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Intervjuguide

- Presentere meg selv, ønske velkommen, og takke for at han/hun vil stille opp til intervjuet.
- Informere om at han/hun kan velge å ikke svare på spørsmål.
- Forklare at intervjuet blir spilt inn på båndopptaker. Som jeg videre transkriberer, det vil si gjør om til tekst. Teksten vil anonymiseres, det tas ikke i bruk navn eller hendelser/forløp som kan avsløre hvem informanten er.

Innledning til intervjuet

- Hva var det ved Friluftsterapi som gjorde at du valgte å prøve det?

Forskningsspørsmål

Del 1 - Opplevelse av mestringstro

- Hvordan opplevde du friluftsterapien?
 - Kan du si noe om hvilke følelser du har hatt?
- Opplevde du en endring i løpet av behandlingen på din egen tro på at du skulle klare å gjennomføre og mestre en oppgave eller aktivitet dere skulle gjøre, og har du noen eksempler på dette?
 - I så fall var det noe spesielt ved Friluftsterapien som førte til denne endringen? Fra å tro at du ikke skulle klare noe til å klare det? (Gi eksempler hvis det trengs: Aktivitet, miljøet, terapeut, medpasient, osv.?)
 - Var det noen konkrete episoder i behandlingen hvor du opplevde den eventuelle endringen? (For eksempel ved en bestemt tur, rappelling, kanopadling osv?)
 - (Hvordan er din tro på at du skal klare å mestre en oppgave eller aktivitet nå sammenlignet med når du begynte med Friluftsterapien?)
- Kan du fortelle om en utfordring du møtte på i løpet av opplegget?
 - Kan du fortelle hvordan du håndterte og eventuelt løste denne utfordringen?

Del 2 - Overføringsverdi

- En viktig tanke i Friluftsterapi er at vi tar i bruk erfaringer derifra og bruker det i hverdagslivet, hvordan har det vært for deg?
 - Har du eksempler fra perioden i Friluftsterapien hvor du har fått bruk for noe av det du har lært om deg selv og mestring i hverdagslivet?
 - Kan det overføres til utfordringer i hverdagen? Hvis du møter på en utfordring i hverdagen (hjemme/venner/skole) kan du ta i bruk noe du har lært gjennom friluftsterapien i forhold til troen på din egen evne til å mestre en oppgave?
 - Hvis du klarte å gjennomføre en oppgave som du ikke hadde tro på at du skulle klare, hjalp dette deg til å tro at du kunne klare andre oppgaver senere?

Oppsummering

- Oppsummere funn. Har jeg forstått deg riktig når det gjelder...?
- Er det noe du vil legge til?
- Takke igjen for at han/hun stilte opp til intervju

Vedlegg 2 - REK



| | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Region: REK sør-øst | Saksbehandler: Ingrid Dønåsen | Telefon: 22845523 | Vår dato: 02.06.2015 | Vår referanse: 2013/1841 REK sør-øst D |
| | | | Deres dato: 29.05.2015 | Deres referanse: |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Leiv Einar Gabrielsen
Sørlandet Sykehus HF

2013/1841 Friluftsterapi for utsatt ungdom

Forskningsansvarlig: Sørlandet Sykehus HF
Prosjektleder: Leiv Einar Gabrielsen

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 29.05.2015 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringen innebærer:

- To nye prosjektmedarbeidere: Maurith J. Fagerland og Hedda Bulie Haanæs. Masterstudentene skal følge opp hver sin behandlingsgruppe med kvalitative undersøkelser i tråd med foreliggende prosjektbeskrivelse.

Vurdering

REK har vurdert endringssøknaden og har ingen forskningsetiske innvendinger til endringen slik den er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

REK godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jfr. helseforskningsloven § 11, annet ledd.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff