



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Tittel/ title: Friluftsliv som terapi/ Wilderness Therapy

Trond Tungesvik

Totalt antall sider inkludert forside: 39

Molde, 23.05.2023



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingrid Krohn Aasgård

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 23.05.23

Antall ord: 7355

Forord

” Her er min kano, mine garn, mitt gevær og mine hunder. Skogene, elvene og vannene står til min rådighet. Jeg sitter i skjorteermene foran mitt telt og føler meg som millionær”

- Pelsjegerliv blant Nord-Canadas indianere av Helge Ingstad, 1931

Sammendrag

Det er allment kjent at fysisk aktivitet fremmer livskvalitet og bedre helse både fysisk og psykisk. Regelmessig trening hjelper ikke bare på kondisjonen, men kan også hjelpe mot lette depresjoner, bedre søvn og gir en bedre rustet til hverdagen. Natur for mennesket er en nødvendighet, da vi ikke har den samme form for velvære uten. Summen av fysisk aktivitet og å leve i naturen kaller vi gjerne friluftsliv. Derfor kan en slik arena å leve i naturen, være en arena for terapiarbeid. For eksempel på fjelltur over flere dager, inkludert med gruppeterapi.

Denne oppgaven vil belyse noe av terapiarbeid i natur og hvordan en vernepleier kan bidra i dette. Oppgaven er bygget opp med litteratursøk og en forforståelse om emnet. Deretter hovedsakelig teori om friluftsterapi og vernepleiers kompetanser. Til slutt drøfting om problemstilling, opp mot teoretisk funn og oppsummering/ konklusjon.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Relevans for vernepleieren	2
1.3	Avgrensning av oppgaven	2
1.4	Problemstilling	2
1.5	Begrepsavklaringer.....	2
1.5.1	Behandling	2
1.5.2	Friluftsliv	3
1.5.3	Terapi	3
1.5.4	Friluftsterapi.....	3
1.5.5	Rusmiddellidelser.....	3
1.5.6	Rusomsorg	4
2.0	Metode	5
2.1	Litteratursøk	5
2.2	Kildekritikk	6
2.3	Forforståelse	6
3.0	Teori	7
3.1	Terapi i rusomsorgen.....	7
3.1.1	Andre terapiformer.....	7
3.2	Friluftsterapi	9
3.2.1	Indikatorer for kompetanse innen friluftsterapi	10
3.2.2	Kompetansetrekanten.....	11
3.3	Prosessmodell friluftsterapi.....	12
3.3.1	Det økologiske selvet – tid i og med naturen.....	12
3.3.2	Det fysiske selvet – kroppslig mobilisering.....	13
3.3.3	Det psykososiale selvet – relasjon til seg selv og andre	14
3.4	Vernepleiers kompetanse	16
3.5	Vernepleiers grunnleggende arbeidsmodell	17
3.6	Vernepleiers kjerneroller	18
3.7	Empowerment	18
4.0	Drøfting	19
4.1	Hvilke fordeler og ulemper er det med friluftsterapi i rusomsorgen.....	19

4.2	Vernepleierens rolle i friluftsterapi	21
4.3	Personlige egenskaper til en friluftsterapeut	22
5.0	Avslutning	23
6.0	Litteraturliste.....	25
7.0	Vedlegg.....	29

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Så lenge jeg kan huske har jeg likt å være i naturen, sommer som vinter, fjelltur med eller uten ski, rolige turer og treningsturer. Friluftsliv gir meg en egen ro og velvære, som jeg ikke kan få andre steder. Det er også godt å ta seg en tur, hvis en har hatt en dårlig dag og få «luftet» tankene sine.

Friluftsliv som terapiform har fått oppmerksomhet i de siste årene i Norge. Direkte oversatt betyr den engelske tittelen «Wilderness therapy», villmarks-terapi. Blant annet Sørlandets sykehus har tilbud om friluftsterapi for barn og unge med helseutfordringer i alderen 16 – 18 år. Tilbudet kan være aktuelt for dem som har helseutfordringer med tanker og følelser som er vanskelig å forstå eller håndtere. Dette kan være depresjon, angst, lavt selvbilde, tilbaketrekking, tilpasningsproblemer og atferdsmessige utfordringer og lignende (Sørlandet sykehus 2023). Konkrete effekter etter friluftsterapi var stressreduksjon, nye perspektiver på egen situasjon, større emosjonell stabilitet, større grad av selvinnsikt, større grad av selvaksept, mer sosialisering og bli en aktør i eget liv (Fernee 2023).

Sørlandet sykehus som har gode erfaringer innen friluftsterapi. Og forfatterne av den ferske boka «Utendørsterapi en introduksjon» som jeg har brukt som kildelitteratur, har sin tilknytning fra dette sykehuset. En tredjedel av planeten vår er villmark, altså urørt natur, selv om en stor del av denne villmark er vanskelig tilgjengelig, eksempel er arktiske strøk og ørkener (Harper et. al. 2017). Definisjon på villmark er ifølge miljødirektoratet områder som er mer enn fem kilometer fra nærmeste tekniske inngrep (vei, jernbane, større damanlegg og høyspentlinjer). Per 2018 var det knappe 12 % villmark igjen i Norge, som ikke er mye. Det er likevel fullt mulig å drive friluftsliv i Norge selv en ikke gjør dette i villmark. Da vi har mye kulturlandskap og som også gror igjen og som kanskje igjen blir til villmark.

Jeg jobber som vikar på et behandlingssenter for rus og traumebehandling. På denne arbeidsplassen er det tilbud om fysisk aktivitet. Dette er for eksempel ballsport, sykkel, ski

og klatring. Det er også fellestur et par ganger i uka, hvor det prioriteres å komme seg bort fra senteret for å få en forandring. Oppsummert så er det mange aktivitetstilbud tilrettelagt for denne pasientgruppen. Det som ikke er så mye av når det gjelder fysisk aktivitet, er hvordan en kan bruke fysisk aktivitet i terapien.

1.2 Relevans for vernepleieren

Vernepleieren har kompetanse innen rusavhengighet og de konsekvenser avhengighet kan medføre. Vernepleier utdanning gir kompetanse innen miljøterapi og helsefag, som gir mulighet til å bidra innen forebygging, behandling og evaluering. Utdanningen gir relasjonskompetanse, som gir kjennskap til den det gjelder og er med på å bidra til at den andre personen opplever seg sett og anerkjent (Fellesorganisasjonen, 2023).

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg ønsker å avgrense oppgaven til hvordan vernepleiere kan bruke friluftsliv som terapiform i rusomsorgen, dette være seg utendørsterapi eller friluftsterapi, som jeg tolker er det samme. Jeg har også rettet fokus på friluftsterapi for langtidspasienter i rusomsorgen, som kan være innlagt opptil et halvt år. Oppgaven er rettet mot friluftsterapi i Norge.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan vernepleiere bruke friluftsliv som behandling i rusomsorgen.

1.5 Begrepsavklaringer

Det finnes en rekke begreper innenfor problemstillingen, jeg har her nevnt de viktigste.

1.5.1 Behandling

Det finnes ikke noe entydig begrep på ordet «behandling». Den tradisjonelle medisinske bruken er spesifikke tiltak som settes i verk for å lette symptomer og/ eller sykdom. Det er et begrep som blir mye brukt i retningslinjer og lovtekst. Det kan likevel være forskjellig forståelse om ordet «behandling». Det er for eksempel ikke tradisjon å tenke at kommunen driver behandling, det er lege og psykolog som driver behandling (Orrem 2020).

1.5.2 Friluftsliv

Det er ikke en bestemt definisjon på friluftsliv, men Fernee et.al. nevner at friluftsliv er menneskelig aktivitet i naturen og er en del av den norske folkesjelen (2023, 28). Fritjof Nansen beskriver friluftsliv som «det rike liv med enkle midler» (Nansen, 1921). En definisjon på friluftsliv er «opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse» (Miljødepartementet 2009, 30).

1.5.3 Terapi

Terapi er en samlebetegnelse for all behandling, for eksempel fysikalsk behandling og psykologisk behandling. Terapi og terapeut er ikke beskyttede titler og hvem som helst kan kalle seg dette. Terapeutisk aktivitet menes at aktiviteten har en hensikt med terapien og en forventet virkning (Fernee et.al. 2023).

1.5.4 Friluftsterapi

Friluftsterapi slekter på friluftsliv som Norsk Institutt for Naturforskning (NINA) definerer på følgende måte: «Friluftsliv er fritidsbruk av natur». Terapi i naturen er ikke fritidsbruk, men friluftsterapi. Et annet ord for friluftsterapi er utendørsterapi, som boken til Fernee m.fl har brukt (2023). I denne oppgaven er det brukt ordet friluftsterapi på grunn av at det gir en tettere knytting opp mot friluftsliv, som er en aktivitet for mange i dag. En definisjon på utendørsterapi er (Fernee et.al. 2023, 81):

Med utendørsterapi forstår vi målrettet og tilrettelagt anvendelse av friluftslivs- og erfaringsbaserte opplevelser som foregår i alt fra nærnatur til villmark med terapeutisk og helsefremmende formål. t m. Aktiviteten skal oppleves som meningsfull og engasjerende for deltaker(e) og kan vektlegge både økologiske, fysiologiske og psykososiale prosesser.

1.5.5 Rusmiddellidelser

Rusmiddellidelser er en samlebetegnelse for skadelig bruk og rusmiddelavhengighet. Tidligere brukte man ofte begrepet rusmisbruker, men dette mener mange er stigmatiserende. Kanskje på samme måte som alkoholiker og narkoman, som gir negative assosiasjoner. Det er skambelagt å være rusmiddelavhengig, noe som gjør det at det kan være en høyere terskel for å søke hjelp (Bramness 2014).

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes ved at brukeren har et sterkt ønske å innta rusmiddel og har vansker med å kontrollere bruken. Dette på tross av at han/hun kjenner til skadevirkningene, og prioriterer å bruke rusmiddel foran andre aktiviteter og forpliktelser. En deler mellom psykisk avhengighet og fysisk avhengighet. Hvor psykisk avhengighet, er at en har psykisk trang til å unngå ubehag eller oppnå behag. Og fysisk avhengighet, som er at en får kraftige fysiske og psykiske abstinenser, hvis en ikke inntar disse rusmidlene (Snoek et. al 2017).

Årsaken er til at noen har rusmiddellidelser er ofte traumer og ubehandlede psykiske lidelser. Dette kan være omsorgssvikt, mobbing og miljø. Mennesker med alvorlige ruslidelser har dessverre ofte en psykisk lidelse, og dem med psykisk lidelse har også større risiko for å få en ruslidelse. Noen av grunnen til dette er at psykiatri og misbruk av rusmidler trigger og forsterker hverandre. Helsedirektoratet har en samlebetegnelse innenfor dette som kalles ROP – lidelser. Helsedirektoratet har siden 2004, hatt et eget behandlingsopplegg og oppfølging av personer med slike lidelser. ROP – lidelser, krever både medisinsk, psykiatrisk og sosialfaglig kompetanse (Snoek et. al 2017).

1.5.6 Rusomsorg

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (§3-1, 2011) har kommunen det overordnede ansvaret for helse – og omsorgstjenester: *«herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.»*. Pasienter med rusproblem har rett til lik helsehjelp på samme måte som andre pasienter i henhold til pasient og brukerrettighetsloven (§2-1, 2001).

Rusomsorg i kommuner er behandling, omsorg og rehabilitering for personer som har et rusmiddelproblem. Kommuner har plikt til samarbeid og samordning, med andre tjenesteytere, dersom dette er nødvendig i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (§3-4, 2011). Da rusomsorg innenfor offentlig spesialisthelsetjeneste og privat tilbud. Dette kan være lavterskel tilbud, tverrfaglig rusbehandling på poliklinikk eller døgnopphold. Eksempel på private behandlingsinstitusjoner er Tyrili Stiftelsen og Blå kors. Denne oppgaven retter seg mot behandling i spesialisthelsetjenesten, TSB (tverrfaglig spesialisert behandling). TSB er underlagt det offentlige og gir individuell tilpasset behandling. Ofte er det slik at pasienter som trenger slik oppfølging, er først på avrusing, og deretter får tilrettelagt behandling (Sørlandet sykehus).

2.0 Metode

Metode er redskapet en bruker når en skal undersøke noe. Jeg skal her prøve å få et helhetlig bilde av problemstillingen «*Hvordan kan vernepleiere bruke friluftsliv som behandling i rusomsorgen*» (Dalland 2012). For å gå i dybden, og innhente flere opplysninger om emnet, har jeg foretatt en kvalitativ litteraturstudie. En kvalitativ forskningsmetode er basert på menneskets subjektive erfaringer og mening, som ikke kan tallfestes (Langdridge et.al., 2006). Kvalitativ litteraturstudie er en kartlegging av litteratur innenfor et emne, hvor det blir hentet ut data fra eksisterende teori og forskning (Tjora 2021). Ved å bruke eksisterende teori og empiri, gir dette meg muligheten å fordype meg innen et emne. Som igjen gir meg kunnskap innenfor friluftsterapi, for å bidra til å besvare denne oppgavens problemstilling.

2.1 Litteratursøk

Tidligere kjente jeg til temaet friluftsliv innen rusomsorgen, både innen jobb og interesse innenfor friluftsliv. I starten av arbeidet med å finne en problemstilling til oppgaven, vurderte jeg å skrive om noe med aktivitet og idrett. Ved et internett søk på ordene «*friluftsliv i rusbehandling*», var noen av de øverste treffene «Forsker på effekten av friluftsterapi - Rus & samfunn» (Merakerås, 2021). I artikkelen ble det blant annet henvist til friluftsterapeutene Leiv Einar Gabrielsen og Carina Ribe Fernee. Ved et søk i databasen Oria på disse to navnene, fikk jeg treff på relevant litteratur. Fernee og Gabrielsen hadde utarbeidet boka «*Utendørsterapi – en introduksjon*» (2023). Jeg fikk lånt nevnte bok i biblioteket på Høgskolen i Molde. Boken «*Utendørsterapi – en introduksjon*» var så inspirerende og interessant, at jeg endte med å kjøpe denne boken.

Jeg har også brukt høgskolebibliotekets database Oria og Google Scholar til å søke etter annen relevant litteratur. Søkeordene jeg har brukt er *friluftsliv*, *friluftsterapi*, *utendørs* og *naturveiledning*. For å få et bredere søk, er det også søkt på ordene: *Wilderness*, *Outdoor*, *Nature* – og *Wilderness Therapy*. Det er tatt med relevant forskning og litteratur som bygger opp under hva jeg undersøker. I litteratur jeg har referert til, har jeg også sett i kildelisten, hvor jeg også har funnet annet litteratur som er av relevans.

Det som jeg mener ikke er av relevans for oppgaven min, er utelatt. Søkeord jeg blant annet har ekskludert er *barn under 13 år*, «*rusavhengighet og eldre*» og *retreat*. Det

handler om hva litteratur som er relevant i forhold til problemstillingen til denne oppgaven. Det ble funnet lite litteratur i Oria om emnet, derfor er det heller ikke lagt til så mange ekskluderingskriterier.

2.2 Kildekritikk

Som nevnt i del kapittelet Litteratursøk, er det funnet lite relevant norsk litteratur om emnet, men det er funnet en del om engelsk litteratur. Den norske forskningslitteratur er tilpasset norske forhold. Det finnes mer engelsk forskningslitteratur om emnet, men er ikke tilpasset helt norske forhold (Fernee 2023). I noen av de engelsk språklige artiklene er det samme forfattere på flere av artiklene, noe som kan gjøre det mer vanskelig å få mer variasjon. Jeg har brukt nyere litteratur, men også noe eldre litteratur om emnet, som jeg synes er relevant. For eksempel litteratur om økofilosofi av Arne Næss, som det henvises til i nyere litteratur den dag i dag. Det er referert noe til litteratur som ikke er fagfelleurdert, men er brukt som referanse i fagfelleurdert litteratur. Grunnen til dette er at jeg har funnet lite litteratur om emnet, men disse kildene er brukt med et kritisk blikk.

2.3 Forforståelse

Denne oppgaven er hermeneutisk, det vil si at det er min forståelse av temaet (Aadland 2011). Jeg har brukt mine egne premisser og perspektiver som grunnlag til denne oppgaven. Min positive holdning og erfaring om friluftsliv vil kunne ha innvirkning på oppgaven. Med dette som utgangspunkt og så godt det la seg gjøre, må jeg være bevisst min egen forforståelse av tema og problemstilling. Etter innhenting av data, får jeg kanskje en ny forståelse av tema, dette kalles også den hermeneutiske sirkel (Brodtkorb og Rugkåsa 2001).

Jeg har også forståelse for at når det gjelder rusavhengighet, da pasienter er forskjellige med forskjellig problematikk og behov. Mennesker med rusproblemer finnes i alle aldre og alle samfunnslag og det vil generaliserende og si at denne terapiform passer for alle. Det kan være at andre terapiformer er fullgode alternativer og det kan være andre alternativer som er bedre.

3.0 Teori

3.1 Terapi i rusomsorgen

I dag finnes flere former for terapi i rusomsorgen. Eksempel på vanlige terapiformer innenfor rusomsorgen er miljøterapi, kognitiv adferdsterapi, familieterapi, fysisk aktivitet og legemiddelbehandling.

3.1.1 Andre terapiformer

3.1.1.1 Miljøterapi

Helsedirektoratet forklarer miljøterapi som:

«Miljøterapi er et arbeid som utspiller seg i møter mellom mennesker, hvor både menneskenes styrke og muligheter, så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre, spiller seg ut. Miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens ståsted og dennes ressurser, og miljøterapeuten benytter samspillet mellom bruker, seg selv, og de omkringliggende omgivelser på en rekke ulike arenaer både i og utenfor institusjonen. Å kunne fylle rollen som miljøterapeut forutsetter kunnskap om holdninger og verdier, og mulighetene for ulike tilnærminger er mange.» (Helsedirektoratet 2017)

3.1.1.2 Kognitiv adferdsterapi

Kognitiv terapi eller kognitiv adferdsterapi, er en psykoterapeutisk samlebetegnelse over ulike teoretiske modeller og behandlingsmetoder, som retter seg mot tenking, adferd og følelser. Det er utviklet fremgangsmåter til hver enkelt psykisk lidelse, hvor det handler om å endre atferd som hindrer livsutfoldelse (Rosenberg et.al. 2005). Den har blitt en populær form for terapi i de senere år og brukes ofte blant annet mot rusmiddelavhengighet, spiseforstyrrelser, psykoselidelser og familieterapi (Gråwe et.al. 2008).

En strukturert form for kognitiv atferdsterapi er dialektisk adferdsterapi (DBT), som er en kombinasjon av individualterapi og gruppeterapi. Som er å øke innsikten i egne følelser og handlingsmønstre, med det mål å tilegne seg nye ferdigheter for å håndtere og forstå dem. Målet er altså å hjelpe pasient å regulere sine følelser og atferd, ved hjelp av «mindfulness», eller oppmerksomt nærvær (Snoek et.al 2017). Mindfulness er ikke noe

mystisk, men er enkelt forklart en sinnstilstand som kjennetegnes av en vennlig åpen grunnholdning og en aksepterende bevissthet om det som skjer rundt oss nå i øyeblikket. Skau skriver at (2017, 147): «*Mindfulness er en fleksibel, ikke-dømmende form for nærvær, en evne som utvikles bevisst over tid.*» Mindfulness er nærvær i praksis, som menes at en skal lytte til sansene, kroppen og hjertet. Forklart menes dette holdninger og verdier omsatt til handling og væremåte. Så som å bry om seg selv og andre, ha selvdisciplin, være sannhetssøkende, ærlighet og vise tålmodighet (Skau 2017).

3.1.1.3 Familierapi

Tradisjonelt i rusomsorgen er det mest vanlig med individuell terapi, men familierapi brukes noe på unge pasienter med rusproblem. Familien inngår noen ganger i behandlingsopplegget, mens det noen ganger vil være familierapi i tillegg til individuell behandling. Det finnes flere former for familierapi, en metode som brukes innenfor rusomsorgen er strukturell familierapi. Denne bygger på at en funksjonell familie bør ha et hierarkisk system, som er tuftet på roller og oppgaver. Strukturell familierapi mener også at en sammenblanding av disse rollene i en familie, skaper forvirring og gir grobunn til psykisk lidelse, eksempel er omsorgssvikt og seksuelle overgrep av omsorgspersoner i familien (Snoek et.al. 2017).

3.1.1.4 Fysisk aktivitet

Det er allmenn kjent og dokumentert at fysisk aktivitet er sunt, ikke bare fysisk, men også for vår psykiske helse. Regelmessig aktivitet, gir lavere puls og blodtrykk i situasjoner med stress, en har også lavere risiko for å pådra seg stressrelaterte sykdommer. Det eneste kravet er at aktivitet er regelmessig og foregår med tilstrekkelig intensitet (Helgesen 2017). Helsedirektoratet anbefaler at best helsegevinst ved fysisk aktivitet er fra moderat til høy intensitet. Helsedirektoratet sin aktivitetshåndbok (2022) gir generelle råd for fysisk aktivitet. Hvor for voksne opp til 65 år, i løpet av en uke, er minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av disse.

3.1.1.5 Legemiddelbehandling

Det finnes ikke legemidler som kan helbrede rusavhengighet, psykoser eller depresjon, men dem kan være gode hjelpemidler, som lindrer symptomer. Samlebetegnelsen for legemidler som kan regulere funksjoner og atferd kalles psykofarmaka (Snoek et.al 2017).

Disse er nevroleptika, antidepressiva, stemningsregulerende og angstdempende medikamenter. Et eksempel er LAR (legemiddelassistert rehabilitering), som er opioidholdige medikamenter i kombinasjon med annen rehabilitering, som kan gis til pasienter som er avhengige på heroin og morfin (Helsenorge.no 2022).

Det er verdt å merke seg at legemidler har bivirkninger og noen alvorlige.

Medikamentbruk innenfor helsetjenestene i Norge har vært økende de siste årene, men det er mulig denne trenden er i ferd med å snu (Sykepleien 2022).

3.2 Friluftsterapi

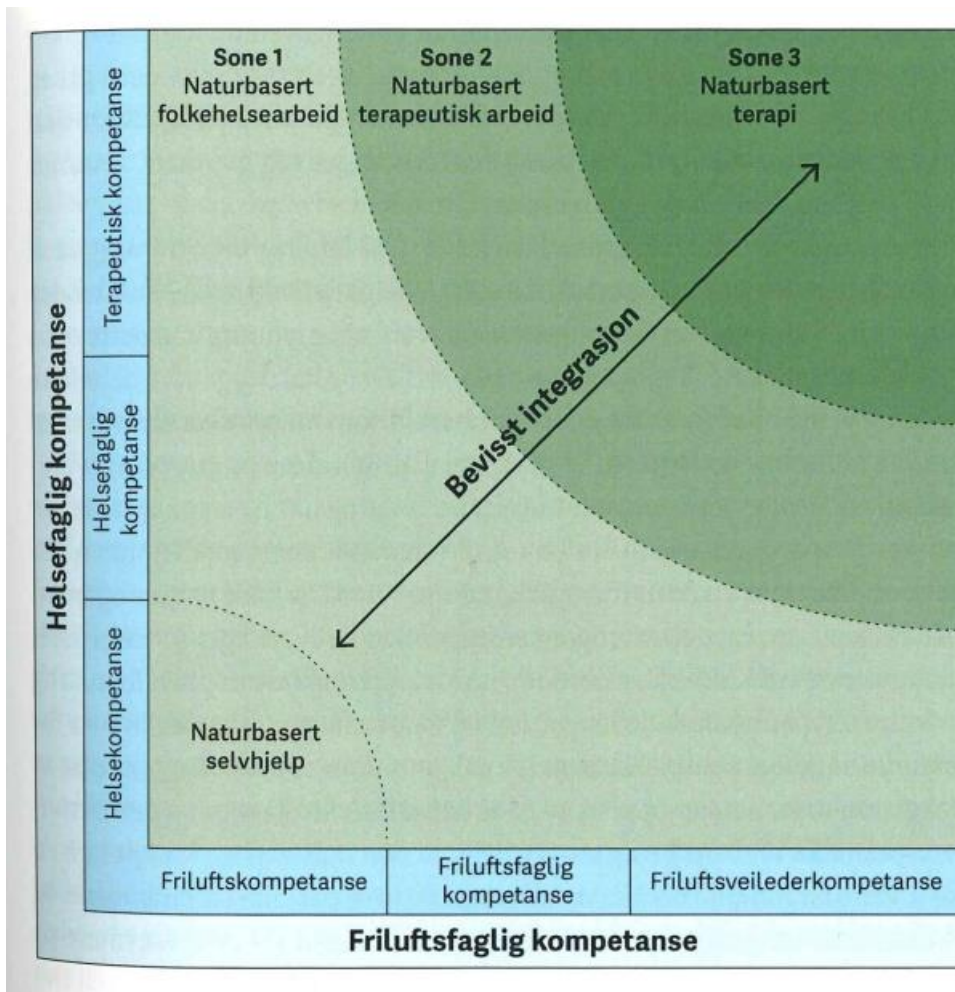
Florence Nightingale (1992) grunnleggeren av moderne sykepleie, påviste allerede i 1859 viktigheten av sollys, natur, berøring og stille refleksjon. Hun gjorde disse erfaringene da hun som sykepleier kom til et sykehus for krigsskadede soldater i Krimkrigen på 1850-tallet. Hun observerte at de krigsskadede soldatene led under elendige hygieniske forhold, og flere døde av infeksjonssykdommer enn av kamphandlinger. Mange av dem var også traumatiserte på grunn av krigen. Det at pasienter i tillegg til nødvendig livsviktig behandling, så som pleie og god hygiene, fikk sollys, omsorg, oppleve natur, var med og gjorde at dem ble raskere friske.

Rammeverket til friluftsterapi, heter på engelsk «Wilderness Therapy Clinical Model», men er tilpasset norske forhold. Disse hovedfaktorene er: «Det økologiske selvet – tid i og med naturen», «Det fysiske selvet – kroppslig mobilisering» og «Det psykososiale selvet – relasjon til seg selv og andre (Ferneer et al. 2023, 93).

Friluftsterapi eller naturbasert helsearbeid, deles på norsk opp i følgende rammeverk, se figur 1. Rammeverket er ment som en veileder og ikke en rangering av soner som er mer faglige enn andre. Sone 1-3 består av:

- **Sone 1:** Naturbasert folkehelsearbeid: Individuelle eller gruppebaserte tilbud inkluderes med utendørs aktiviteter, for å bedre og opprettholde egen helse og velvære.
- **Sone 2:** Naturbasert terapeutisk arbeid: natur og terapi integreres mer og terapien skjer ute i naturen, for eksempel på kanotur.

- **Sone 3:** Naturbasert terapi: Friluftsliv og terapi integreres, slik at begge blir forsterket. For eksempel kognitiv adferdsterapi, hvor en gir deltager støtte og terapi ved en klatreøkt (Fernee, 2023)



Figur 1: Utendørsterapiens toleransevindue (Kloset i Fernee et. al. 2023, 87)

3.2.1 Indikatorer for kompetanse innen friluftsterapi

Friluftsterapiens rammeverk er ment som et kart hvor det å gi seg ut på tur, krever ekstra kompetanse for at turen skal bli vellykket. Det er ingen rangering av sonene, at en annen er bedre enn en annen, men hva som er mest hensiktsmessig ut fra deltagerens behov. Det som det stilles høyere krav til, er det friluftfaglige – og den helsefaglige kompetanse (Fernee et.al. 2023).

Rammeverket for friluftfaglig kompetanse (Fernee et.al. 2023):

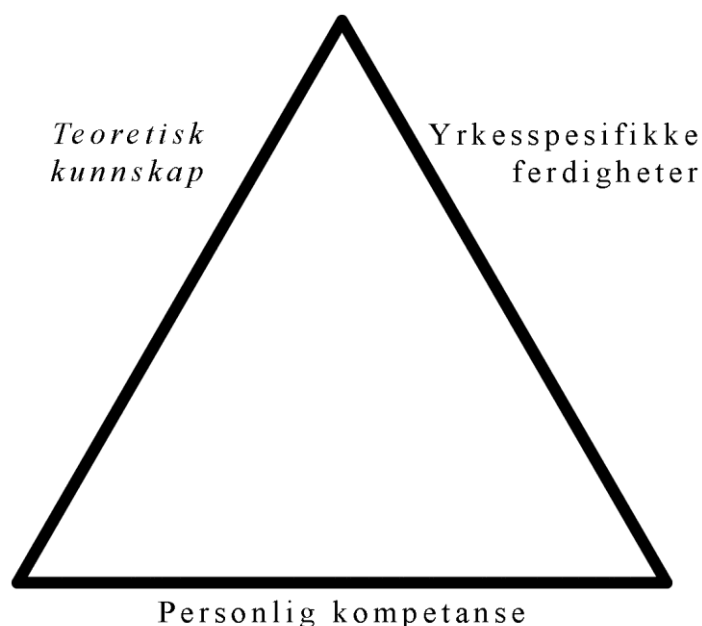
1. Friluftskompetanse – har erfaring med friluftsliv, så som i forskjellig type værforhold. Har kriseplaner for seg og deltager og vurderer risiko fortløpende

2. Friluftfaglig kompetanse – lederkompetanse innen friluftsliv, på en slik måte som fører til gode naturopplevelser. Har også spesifikk kompetanse og erfaring i aktiviteter som kajakk padling og klatring.
3. Friluftveileder kompetanse – lederkompetanse og utviklingskompetanse innen friluftsliv. Bidrar med betydelig erfaring og kompetanse innen friluftsliv, natur – og kultur og har tilpasningsdyktig lederstil til konkrete situasjoner og deltagere

Indikatorer for kompetanse innen helsefaglig kompetanse (Ferneer et.al. 2023):

1. Helsekompetanse – er oppmerksom på deltagerens og sitt eget helsemessige behov. Fokus på helsefremmende aktiviteter og velvære. Har også kompetanse innen førstehjelp.
2. Helsefaglig kompetanse – fokus på å skape relasjoner for å fremme mental helse og velvære. Har også helsefaglig kompetanse innen mental helse og somatikk. Yrker med helsefaglig kompetanse kan være vernepleier og sykepleier.
3. Terapeutisk kompetanse – betydelig erfaring innen ferdighetstrening innen terapi og psykisk helsearbeid. Har inngående kjennskap til psykososiale utfordringer og vansker. Har formell kompetanse og oppdaterer seg om forskning av emnet.

3.2.2 Kompetansetrekanten



Figur 2: kompetansetrekanten

Kompetansetrekanten er en teoretisk modell som kan vise betydning av kompetanse eller vår profesjonalitet som friluftsterapeut (figur 2). Den viser sammenhengen mellom teoretiske kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

Teoretisk kunnskap er den kunnskapen vi tar med oss inn i utøvelsen som friluftsterapeut. Dette kan være utdannelsen som vernepleier eller sykepleier, forskning, behandlingsmetoder og annen faktakunnskap som er relevant i utøvelsen. Den teoretiske kunnskapen er upersonlig og allmenn. Yrkesspesifikke ferdigheter er håndverket vi utfører som profesjonell yrkesutøver, for eksempel erfaring med bruk av kart og kompass. Den personlige kompetansen, handler om hvem vi er og hvordan vi er sammen med andre (Skau et.al. 2017).

3.3 Prosessmodell friluftsterapi

Friluftsterapi er vanskelig å definere og beskrive rent språklig, og blir derfor ofte beskrevet som taus kunnskap. Slik kunnskap omfatter det vi kan uten å kunne forklare det, for eksempel når vi lærer å svømme, det er noe en plutselig kan. Det er vanskelig å forklare hva som gjorde at vi plutselig klarte det (Aadland, 2011). Det er derfor laget en prosessmodell for å sette ord på kunnskap innen friluftsterapi, på hva det er og hvordan dette er bygget opp. Modellen for friluftsterapi er delt opp i tre nivåer, som handler om være i og med naturen, den fysiske tilnærmingen og det psykososiale (Ferneer et.al. 2023, 93):

1. Det økologiske selvet – tid og med naturen
2. Det fysiske selvet – kroppslig mobilisering
3. Det psykososiale selvet – relasjon til seg selv og andre

3.3.1 Det økologiske selvet – tid i og med naturen

Den første hovedfaktoren handler om naturkontakt og selvopplevelsen i naturen. Arne Næss nevner at natur er «det ubearbeidede» eller noe som ikke åpenbart er dominert av menneskelig aktivitet. Han beskriver også økofilosofi, hvor «-sofi» står for innsikt eller visdom og «filo-» betyr venn. «Øko-» er en forkortelse for økologi, som er vitenskapen om organismers forhold til miljøet (Næss 1975). Litt forenklet betyr økofilosofi bli venn med og innsikt i miljøet.

Edlev (2008) argumenterer at det en opplever i naturen er en selvopplevelse, der følelser og nysgjerrighet aktiveres på en spesielt stimulerende og uventet måte. En direkte naturopplevelse innebærer at en person har mulighet til å føle autentisk natur på kroppen sin. Naturen er ekte og ikke opplevd gjennom et medium, så som fjernsyn eller smarttelefon. Dette er en subjektiv opplevelse som blir påvirket av omgivelsene og vår indre sinnstilstand. Enkeltmennesket kan med dette håndtere sin oppmerksomhet om direkte naturopplevelse mot de personlige inntrykkene som vekker overraskelse og stimulans. Dette betyr ikke at naturopplevelser kan oppleves i andres selskap, men opplevelsen er individuell. Edlev (2008) mener også at en naturopplevelse er en prosess som berører et menneske og at opplevelsen skaper *forandring, forundring* og/eller *forvandling*.

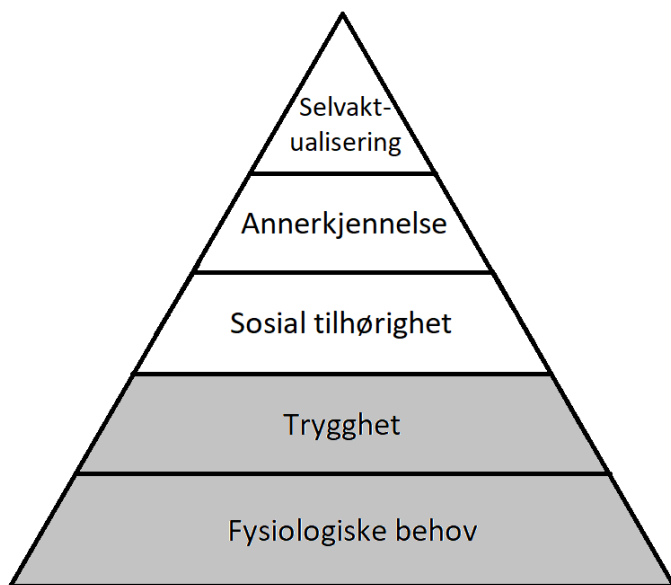
3.3.2 Det fysiske selvet – kroppslig mobilisering

I løper av noen få generasjoner har vi gått fra en fysisk krevende tilværelse i grønne omgivelser til en tilværelse i urbane omgivelser, stillesittende foran en data skjerm (idunn.no). «Det vi mangler i dagens samfunn, er et miljø som fremmer en aktiv livsstil – nemlig et liv tett på naturen.» (Ferneet et.al. 2023, 112)

Zapffe Norges første som utformet økofilosofi, mente mennesker var et selvdestruktivt «tragisk vesen». Hvor prestasjonsjaget går utover natur og vår menneskelighet eller vår mentale helse. Da det er naturen som definerer menneskets egenart i livsdynamikkens grunnprinsipp. Definerer vi oss som noe forskjellig fra alt annet forekommende i universet, gir det avkall på vår menneskelighet (1975). Kanskje dette har noe gjøre med at vi kan føle et velbehag når vi er ute i naturen?

3.3.2.1 Våre grunnleggende behov

Et behov er en underskuddstilstand av noe som gir oss motivasjon til å søke etter stimulering som oppfyller dette underskuddet. Maslows behovspyramide (figur 2) har rangert disse behovene i en pyramide, med fysiologiske behov nederst (Helgesen 2017). De tre nederste nivåene dekker de mest grunnleggende behovene så som tidligere nevnt fysiologiske behov, behov for trygghet, og sosiale behov. De to øverste behovene er sosiale behov, som heller ikke blir prioritert om vi har trygghet, mat, nok hvile og søvn. Derfor er det en fordel i friluftsterapi at en sikrer seg at de basale behovene, før en kan nyttiggjøre seg av terapi og helsefaglige tiltak.



Figur 3: Maslows behovspyramide (REF)

3.3.3 Det psykososiale selvet – relasjon til seg selv og andre

Dagens nye tekno sosiale livsstil er forholdsvis høy, med et høyt mentalt tempo. Med dette menes at vi blir mentalt overstimulert av informasjonsflommen gjennom media og sosiale medium (Fernee 2023). Og at en omtrent ikke får tid til å betrakte seg selv utenfra, med å spørre seg selv: «Hvordan har jeg det nå?».

3.3.3.1 Utendørsterapiens toleransevindu

Toleransevinduet kan brukes sammen med utviklingssonene i friluftsterapi: Komforsonen, utviklingssonen og panikksonen (vedlegg 1).

- Hyperaktivering: Fight or flight
- Optimal aktivering: Fornøyd og trygg
- Hypoaktivering: Immobilisering, nedstemt og tom

Toleransevinduetets bredde og fleksibilitet formes blant annet av personens erfaringer gjennom livet. Spesielt påvirkbart er toleransevinduet av det tidlige samspillet med omsorgspersoner. Det betyr likevel ikke at toleransevinduet kan påvirkes senere i livet. Pasienter innen rusomsorg har som regel mindre toleransevindu enn gjennomsnittet. Dem har ofte ikke fått den omsorgen og støtte som en skulle ha hatt fra omsorgspersoner.

Som miljøterapeut bør en være inntunet mot hver enkel følelsesmessig tilstand og atferd. I friluftsterapi kan en hjelpe en deltaker opp fra en hypoaktivering til best mulig aktivering, med støtte og omsorg eller ikke minst at personen får på seg varme klær. Eller hjelpe en pasient som er hypoaktivert på grunn av angst, med trygging og utvide flytsonen til personen (Fernee et.al. 2023)..

Terapiens følelsesblomst er en mye benyttet rammeverk i terapeutisk arbeid, som også brukes i utendørsterapi (vedlegg 2). Den systematiserer følelser i fire kategorier; behagelige og ubehagelige emosjoner, samt følelser som gir lav eller høy aktivering i kroppen. Hensikten med rammeverket er å gjøre det lettere og mer oversiktlig å plassere og beskrive følelsene sine. Rammeverket symboliserer at vi alle trenger å «blomstre» eller utvikle oss (Fernee et.al. 2023). Vi pleier å si at «det er i motgang det går oppover», men med et forbehold, at en skal klare å stå i det.

3.3.3.2 Bygge relasjon til seg selv og andre

Opplevelsen av fravær av mennesker rundt seg, er for mange ukjent, for andre helt nødvendig. Det samme gjelder opplevelsen stillhet eller bare høre natur. Det å tilrettelegge for slik situasjoner i terapeutisk sammenheng, der stillhet og tid for seg selv er målet, mener mange er noe av essensen i friluftsterapi. Internasjonalt kaller en denne alenetid for *solo*, som betyr en tilrettelagt opplevelse av å være alene i naturen over tid (Knapp & Smith, 2005). Solo handler ikke om overlevelse i villmarka, men handler om å legge vekk alle distraksjoner, og hvor målet er å komme i kontakt med sine egne tanker og følelser. I friluftterapien er en av målene å forberede til denne soloen. Alenetid er en øvelse i selvrefleksjon, som kan være tøff for mange og som heller ikke trenger å være klar for dette. Vi bør spørre oss selv om vi har nok kompetanse og erfaring til å gjøre denne vurderingen. Derfor er det viktig med en mest mulig kartlegging og forberedelse i forkant, slik at sjansen for å gjennomføre en solo er mer gjennomførbart. Den naturlige samtalen oppleves mer naturlig i naturen, særlig dersom en gjør noe aktivt sammen eller sitter rundt et leirbål. En kan jo spørre seg selv om en da vil kalle samtalen for miljøterapi, dialog, samsnacking eller annen terapi. Oppsummert er at den naturlige samtalen har med seg noen kvaliteter en sjelden finner innendørs (Fernee 2023).

Ved relasjonsoppbygging er det flere kommunikasjonsferdigheter som kan være relevante i utendørsterapien. Dette kan være å oppfatte det usagte, så som situasjonen eller samholdet i gruppa. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å forebygge og løse utfordrende atferd. Holdning og kroppsspråk vi har, er også avgjørende. Deltagere kan oppfatte oss som mer sinte, hvis vi snakker med høy eller streng stemme (Eide et.al. 2017). Deltagere som er sårbare av natur eller har utviklet sårbarhet på grunn av traume, er mer sensitive og kan lett mistolke budskapet (Ferneer et.al., 2023).

3.4 Vernepleiers kompetanse

I forskrift om nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen (§ 2, 2019), nevnes det konkret at nyutdannede vernepleiere skal ha kompetanse innenfor det helsefaglige, det sosialfaglige og innenfor det pedagogiske. Slik kompetanse kan være en fordel i rehabilitering av tjenestemottakere med rusproblem. Grunnen til dette er at vernepleier har kompetanse innenfor tre sentrale områder som er relevant:

- Helsefaglig kompetanse – vernepleier er autorisert helsepersonell og plikter å følge krav av faglig forsvarlighet, samtykkekompetanse og gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven § 4, 1999). Dette kan være hvor det er målsettingen om å bli frisk eller legge til rette for mest mulig livskvalitet.
- Sosialfaglig kompetanse – er innenfor velferdsstaten, velferdsordninger og dens utfordringer. Vernepleieren med sin sosialfaglige kompetanse har fokus på tjenestemottakerens livsbetingelser på individnivå og systemnivå. Dette vil si i spenningsfeltet mellom individ og system, som er felles med sosialarbeider utdanningene (Linde et.al. 2015).
- Pedagogisk kompetanse – handler i stor grad om utviklingsprosesser og arbeid med mennesker som trenger veiledning og bistand til mestring i sin hverdag.

Oppsummering er at vernepleieren har sosialfaglig – og pedagogisk kompetanse, men er også autorisert helsepersonell, som gir dem en bred og grunnleggende kompetanse. Denne kompetansen er med å gir vernepleieren et solid grunnlag i arbeidet med rehabilitering av marginaliserte og sårbare grupper (Linde et.al. 2015).

Som vernepleier har man med disse tre områdene en unik kompetanse innen miljøarbeid, og man kan i sammen med pasient lage strategier/planer basert på kartlegging av personens mål og ønsker. Dette vil være en viktig del i motivasjonsarbeidet innenfor utendørsterapien. Som vernepleier har man sosialfaglig kompetanse, som også inkluderer relasjonskompetanse. Spurkeland nevner at (2013, 207): *«relasjonskompetanse dekker ferdigheter, evner og holdninger som et menneske trenger for å etablere, utvikle, vedlikeholde og reparere kontakten med andre mennesker.»* For eksempel er lærerens relasjonskompetanse en av de viktigste forutsetningene for elevens læring (Hattie i Spurkeland, 2014). Det handler også om å sette seg inn i den andres perspektiv mellommenneskelig, som er å se og gir mening for pasienten.

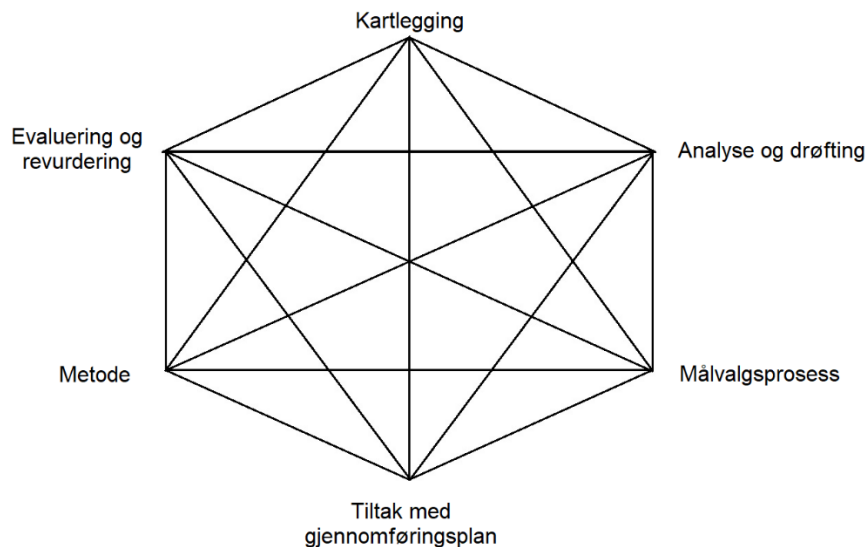
Tillitt er avgjørende for samarbeid mellom fagperson og tjenestemottaker. Vernepleier har med sin sosialfaglige kompetanse kunnskap innen miljøarbeid, og kan ha som første mål at pasient/ bruker får tillitt til oss helsepersonell. «De små skritts metode» kan være en god strategi: *«Den består i at en part tar et lite skritt som bryter den fastlåste tilstanden og så venter på den andres reaksjon. Hvis den andre reagerer positivt, kan den første ta et større skritt neste gang, inntil det er nok tillit mellom dem til at de kan samarbeide mer uanstrengt i større skala»* (Grimen i Sømme 2020, 192).

En som har rusmiddellidelse, har ofte opplevd tidlig å bli utnyttet og misbrukt i form av tillit. Han/ hun kan ofte derfor signalisere mistenksomhet og overvåkenhet i møte med mennesker. Å få tillit med en som har rusmiddellidelse kan derfor være en krevende prosess og er vanskelig å bygge opp, men enkelt å rive ned (Grimen i Sømme 2020).

3.5 Vernepleiers grunnleggende arbeidsmodell

Grunnleggende Arbeidsmodell i Vernepleiefaglig arbeid – GAVE, er analytisk arbeidsmodell, til hjelp med systematisk organisering og kvalitetssikring av vernepleiefaglig arbeid. GAVE er delt inn i seks kategorier som er gjensidig avhengig av hverandre: kartlegging, analyse/drøfting, målvalgsprosess, tiltak med gjennomføringsplan, metode og evaluering/ revurdering. Målsettingen med denne modellen er å utarbeide tiltak med gjennomføringsplan og gjøres i samarbeid med pasient og eventuelt talspersoner. En må være obs på eventuelle etiske dilemmaer som kan komme og fortløpende kvalitetskontroll er nødvendig. I det praktiske er det ikke sikkert kategoriene vil følge en

bestemt rekkefølge fra venstre til høyre, modellen er likevel en god rettesnor når en driver med kunnskapsbasert praksis (Nordlund m.fl. 2015).



Figur 4: Illustrasjon av Grunnleggende arbeidsmodell (GAVE) – (Nordlund m.fl. 2015, 65)

3.6 Vernepleiers kjerneverker

Vernepleiers kjerneverker handler om ulike roller en vernepleier kan innta i relasjon med en pasient. Dette er roller i forhold til individet og system, og samhandling og handling. Rollene er partnerrolle, ansvarsrolle, brobyggerrolle og pådriverrolle (Brask et. al. 2016). Dette er også aktuelt innen friluftsterapi, for eksempel være en pådriver på å komme seg ut i naturen eller innta en partnerrolle i forhold til pasient, som støtte og motivator. Et annet eksempel er at vernepleieren inntar en brobyggerrolle for å bidra til at pasient i en rusinstitusjon blir med på en teltovernatting med fellesskapet hvor vernepleier bidrar med samhandling mellom pasient og system.

3.7 Empowerment

Ordet Empowerment oversettes ofte til myndiggjøring, som er det nærmeste en kommer til det engelske ordet. Myndiggjøring menes å fremme sin egen myndighet og rettigheter. Fremme myndiggjøring for tjenestemottaker er også sentralt i vernepleierutdanningen (Nordlund et.al.2015). Innenfor helsetjenester er Empowerment en metode eller en prosess for myndiggjøring av brukere av helsetjenester, til selv å definere og finne løsning for sin egen helse. Som helsepersonell er vernepleieren under krysspress mellom tjenestemottaker

og myndigheter. Dette kan være begrensning av fritidsaktiviteter for tjenestemottaker på grunn av sparetiltak. Dette kan medføre at «gode intensjoner» blir så integrert i vår faglighet, at vi ikke tenker om dette er faglig forsvarlighet og over at det «det gode» ikke er gitt (Lunde 2009).

4.0 Drøfting

Problemstillingen til oppgaven er «*Hvordan kan vernepleiere bruke friluftsliv som behandling i rusomsorgen*». Som tidligere nevnt så finnes det lite forskning innen friluftsterapi. Det finnes likevel en del forskning på hvordan økt fysisk aktivitet har påvirkning på depresjon og lettere psykiske lidelser. Jeg vil forsøke å svare på problemstilling med drøfting opp mot funnene jeg har gjort i teori som er presentert her i oppgaven.

Fra et teoretisk standpunkt er det lite friluftsterapi kan dokumentere på hvorfor natur har påvirkning i det terapeutiske arbeidet. Som også har blitt diskutert i forskningsfora (Rutko 2013), da det mangler godt forskningsgrunnlag. Friluftsterapi er også som tidligere nevnt, blitt omtalt som taus kunnskap og har problemer med å dokumenteres (Ferne 2023). Om en tar med det økofilosofiske i friluftsterapi, så kan det gi mer mening. Dette er at naturen alene bidrar i bedringsprosessen. Oppsummert er friluftsterapi en behandlingsform som kan appellere til mange, på grunn av sin utradisjonelle og økofilosofiske måte.

4.1 Hvilke fordeler og ulemper er det med friluftsterapi i rusomsorgen

Det er flere store fordeler med friluftsterapi innen rusomsorgen, så sant at pasient er så frisk at han/ hun kan delta i et slikt behandlingsopplegg. I et langtids behandlingsopphold, kan det være fordel med friluftsterapi, da en kan gjøre dette over tid, gjerne flere ganger i løpet av en halvt års innleggingsperiode. Personer med rusmiddellidelser kan være nedkjørt fysisk og psykisk etter å ha ruset seg over lang tid. Fysisk trening med høy intensitet har vist seg å hjelpe dem til å komme seg fortere opp på en fysisk form som er normal etter deres alder. Trening kan være effektiv gjennom å stimulere dopamin i hjernen og bidra til å holde abstinensene fra rus borte (Lynch et.al. 2013).

Villmarka, naturen og fjellene, handler alene, dem blir ikke påvirket av noe, naturen *er*. Vi kan se på Instagram, Facebook og andre sosiale medium at folk skriver «Jotunheimen leverer» og «Trollstigen leverer». Naturen leverer ikke, den *er*, det er *vi* som leverer (Fermee et.al. 2023). Friluftsliv kan ses på et gjenopprettende miljø for rusmisbrukere og annen risikoutsatt ungdom. Gjenopprettende på den måten at brukergruppen får redusert angst, mentalt stress og bort fra dårlig miljø (Harper et.al. 2017). En krevende tur i villmarka, utfordrer og samtidig gir umiddelbar tilbakemelding for suksess. Vi pleier gjerne si at vi «mestret vær og vind» eller det var en deilig følelse å endelig klare å nå toppen av fjellet. Harper med flere (2017) mente at villmarken fungerte som en terapeutisk arena for å fremme egen mestring. Fordi dem mente at naturen gir umiddelbar respons og naturen og villmark den *er*.

Villmarka handler alene, og kan ses som et gjenopprettende miljø for personer med ruslidelser som er psykisk slitne av stress og av for mye direkte oppmerksomhet. Ved å kombinere virkning av å føle seg bedre fysisk og psykisk gjennom fysisk aktivitet ute i naturen, som gir umiddelbar tilbakemelding og positivitet. Fungerer friluftsliv som terapi for å fremme et forbedret eget bilde av selvet. For risikoutsatt ungdom finnes det derfor tilrettelagte villmarksopplevelser. Programmet har en rekke daglige aktiviteter, som hjelper de risikoutsatte ungdommene til å lære mer om samarbeid. Det å bryte ned forutbestemte holdninger og stereotyper, gjør det mulig å bli bedre kjent med hverandre. Derfor kan slike villmarksopplevelser hjelpe slike ungdommer, til å bedre danne nære mellommenneskelige relasjoner.

Det å komme seg ut i naturen, er jo i seg selv positivt, men hvorfor er det positivt? Det å forklare hvorfor friluftsterapi kan være vanskelig, mulig på grunn av det blir en åndelig filosofisk sfære? Det å gå seg en fjelltur, alene eller sammen med andre, gir et velbehag, og spesielt etter turen. Endorfiner som er et peptid, stimuleres ved fysisk aktivitet og gir velbehag. Fysisk aktivitet kan en drive innendørs og få velbehag med og ha bidratt med en treningsøkt for eksempel på tredemølla. Det å se fyre opp et bål ute i naturen eller overnatte i hengekøye, krever ikke mye fysiske anstrengelser, men kan også gi en følelse av velvære. Så fremt at visse kriterier er til stede i følge Maslows behovspyramide, som er fysiologiske behov og trygghet. Er en kald, trøtt og bekymret, så har en ikke den samme entusiasmen og gleden av å se på solnedgangen (Helgesen 2017).

Som med alle former for terapeutisk behandling, så finnes det også ulemper med friluftsterapi. Det bør være frivillig, å dra ut pasienter er neppe formålstjenlig. Det er lov å motivere, men eierskapet bør ligge hos pasient. Pasienter bør derfor være såpass friske før dem blir med på tur, at dem kan stå i relasjoner over lengre tid. Terapi kan være tøft for pasienter, men også for terapeuter. Om en er på tur og er et stykke unna sivilisasjon, kan det bli ekstra krevende for enkelte deltakere å trekke seg. Dette fordi en kan være langt ute i villmarka, og det krever da en del logistikk, som i verste fall fører til at turen bli avlyst. Grunnen til at enkelte ønsker å trekke seg, kan være at dem ikke takler utfordringene fysisk og/ eller psykisk. Det kreves også ekstra av medarbeidere som er med på turen. Terapi kan også være krevende for personalet, men å gjøre dette ute i naturen, er som å ha en ekstra faktor. Som menes at medarbeidere, må være komfortabel med å være ute i naturen i all slags vær og ha tilstrekkelig erfaring innen friluftsliv. Det er derfor viktig med god planlegging før tur, ha god kjennskap til deltakere og ha en tur som er tilpasset dem som er med både av pasienter og medarbeidere.

Alenetid i terapisammenheng har blitt kritisert for at pasientene blir re-traumatiserte. Derfor må alenetid tilpasses den enkelte pasient. Alenetid er noen ganger målet med behandling, at det er en treningsarena for å være alene og takle tunge tanker (Ferne s.139). Fra tidlige tider var dragningen til natur og menneskets sjel liv to sider av samme sak. Naturen hadde sjel, og det krevde en moralsk legitimering. For eksempel at en jaktet for å få mat på bordet, men en skulle ikke forsyne seg mer av naturens goder. En kan trekke paralleller mellom det religiøse forholdet til naturen i gamle tider til menneskets tiltrekning til natur i dag (Hegge 1975).

4.2 Vernepleierens rolle i friluftsterapi

Vernepleieren har helsefaglig -, sosialfaglig - og pedagogisk kompetanse (Linde et.al. 2015). Denne kombinerte grunnleggende kunnskap til vernepleieren kan bidra til økt deltakelse, selvbestemmelse, mestring og myndiggjøring. Denne kompetansen har vist seg å være nyttig i arbeid med mennesker med rusproblemer. Dette er å jobbe systematisk med menneskets forutsetning og samfunnets rammebetingelser, innen de forskjellige plan. Vernepleierens rolle og bidragsyter i friluftsterapi kan derfor være blant annet innenfor disse nevnte kompetanseområdene.

Vernepleierutdanning har kjernekompetanse innenfor psykisk utviklingshemming. Personer med lettere psykisk utviklingshemming, har lettere for å utvikle avhengighet til rusmidler enn andre. Vernepleiere har kompetanse innenfor psykisk utviklingshemming og kan knytte dette opp mot terapeutisk arbeid innen ruslidelser (Linde et.al. 2015).

Vernepleierens kjernekompetanser omhandler brobyggerrollen (Brask et.al. 2016), som er å samhandle mellom pasient og hva som er målet med behandlingen. Dette kan være for eksempel at fysisk aktivitet er en del av friluftsterapi. Som tidligere nevnt gir økt fysisk aktivitet bedre fysisk og psykisk helse. Det gir igjen bredere toleransevindue, slik at en kan mestre bedre stress og nedstemthet.

Toleransevinduet (se vedlegg 1) til pasienter med lidelser innen rus og psykiatri, er som regel smalere enn det som er normalt. Årsaken til dette er hovedsakelig, at dem ikke har fått dekket de grunnleggende behovene i behovstrekanten, fysiologiske behov og trygghet (se figur 4). De fysiologiske behov har den norske befolkningen stort sett dekket til vanlig. Dette er ikke tilfelle, hvis en for eksempel på tur på fjellet er sulten, har mangel på søvn, våt og kald eller en kombinasjon av disse. Det andre er behovet i Maslows trekant er trygghet. Personer med ruslidelser har ofte opplevd mangel på trygghet i oppveksten, så som omsorgssvikt, mobbing og seksuelt overgrep. Toleransevinduet blir smalere, og en har lettere å komme over i hyperaktivering eller hypoaktivering. Som nevnt kan vernepleier bidra til å utvide dette vinduet, dette være vernepleiers kompetanse, vernepleiers kjernekompetanser eller vernepleiers arbeidsmodell.

Oppsummert har miljøarbeid en sentral posisjon i en vernepleiers arbeid og kompetanse, og dette går ut på at man har en faglig tilnærming som sørger for å påvirke individuelle forutsetninger og rammefaktorer. Dette være seg også friluftsterapi, der målet er økt livskvalitet og mestringsevne (Brask et.al., 2016).

4.3 Personlige egenskaper til en friluftsterapeut

Friluftsterapeut er ikke en beskyttet tittel og hvem som helst kan kalle seg det. Likevel, når det gjelder personlige egenskaper en bør ha som friluftsterapeut, er at en bør en like friluftsliv og beherske det i en viss grad. Da behandling i seg selv kan være krevende for både pasient og helsepersonell, så er det ekstra krevende å gjøre dette ute i naturen med en ekstra faktor som vær og klima (Ferneer2023). En kan være langt inne på fjellet og langt

vekke fra sivilisasjonen. Derfor bør en gjøre seg noen tanker på forhånd og være forberedt, hvis det ikke skulle gå etter planen. Hvis det ikke går etter planen, vær kreativ og bruk humor (Fernee et.al. 2023). Utendørsterapiens toleranse vindu (vedlegg 1), viser forskjellige grader av friluftsfaglig kompetanse ulike behov. Med dette menes at pasienter har ulike preferanser. Noen synes det er bra med mye stille tid, sove i hengekøye eller ha gruppe samtale rundt et bål andre synes det er greit med lange gåturer i fjellet og prate med rådgivere underveis. Vær påvirker også deltagerne i forskjellig grad i tillegg til situasjonen dem er i. Noen av deltagerne har lite erfaring i å være ute, andre sliter med motivasjon og andre har dårlig kondisjon.

5.0 Avslutning

Formålet med denne oppgaven var fra et hermeneutisk perspektiv, å belyse hvordan vernepleiere kan bruke friluftsliv som terapi i rusomsorgen. Funn fra faglitterære bøker og forskningsavhandlinger viser at friluftsterapi kan være en metode som bør anvendes mer. Grunnen til dette er at en får en ekstra bidragsyter til terapi, som er naturen. Naturen og friluftsliv bidrar på sin måte, som når en er i naturen, på fjelltur, tur i skogen eller en padletur med kano. Når en nevner at naturen bidrar på sin måte, menes det at naturen den *er*. Hvis en trekker inn økofilosofien (økologiens filosofi), som menes samspillet mellom organismens levevilkår i samspill med sine omgivelser. Hvor helheten er større enn summen av de enkelte delene (Næss 1975).

Å drive terapi utendørs, kan være givende med den ekstra dimensjonen som å være ute i naturen gir. Da det å være innlagt på en rusbehandlingsklinikk, uten et slikt tilbud, kan forlenge eller ikke bidra den effekten som en ville fått med friluftsterapi. Det å mestre ute på tur, gir mening og kan bidra til styrking av selvbildet. «Snakke terapi» er heller ikke for alle, da mange synes det er vanskelig å sette ord på følelser, f.eks. så kan enkelte psykiske utviklingshemmede ha et begrenset språk.. Friluftsterapi erstatter ikke all terapi, men er et godt supplement til annen terapi. Friluftsterapi kan for eksempel kombineres med, når en er på langtids rusbehandling (TSB).

Vernepleiere kan bruke friluftsliv som behandling i rusomsorgen. Der hvor det legges til rette for det, og få ledelsen med på laget. Vernepleieren har kompetanse innenfor det helsefaglige, det sosialfaglige og innenfor det pedagogiske (Linde et.al. 2015). Alle disse

tre kompetanseområdene er relevante i friluftsterapi. Det gis lite opplæring i friluftsliv på vernepleiestudiet, og dette er en fordel at en har tilstrekkelig erfaring innen dette. Den samlede profesjonelle kompetanse til vernepleier kan være ifølge kompetansetrekanten: teoretisk kompetanse, yrkesspesifikk kompetanse og personlig kompetanse (Skau 2017). Ifølge kompetansetrekanten bør disse tre områdene innfris, på en sårn måte at vernepleier kan bruke friluftsliv til behandling i rusomsorgen.

Noen mener at det å avmystifisere hva påvirkning friluftsterapi har på oss, er med på å ødelegge noe av magien det er med å være ute i naturen (Ferneer et.al. 2017). Det er likevel en del taus kunnskap fremdeles, på hvorfor natur har den påvirkning på oss. Økofilosofi og terapi i sammen, kan være et område som bør prioriteres. En skal ikke undervurdere det å være ute i naturen på hvilken kraft det har på mennesket. Det at miljøpersonale er sammen med pasienter ute i naturen gir et unikt fellesskap med relasjonsbygging og terapi.

6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. *Og Eg Ser På Deg- : Vitenskapsteori I Helse- Og Sosialfag*. 3. Utg. ed. Oslo: Universitetsforl, 2011.

Bramness, Jørgen Gustav. 2014. «Rusmiddellidelser i Norge» Folkehelseinstituttet.
[Rusmiddellidelser - FHI](#)

Brask, Ole David, May Østby, and Atle Ødegård. *Vernepleierens Kjerne roller : En Refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.

Brodtkorb, Elisabeth og Rugkåsa, Marianne. 2001. i «Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte». Mellom mennesker og samfunn, Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene, 2. utg. Oslo: Gyldendal s: 21-47

Edlev, Lasse Thomas Edlev, L. *Natur og miljø i pædagogisk arbejde*. Danmark: Munksgaard. 2008.

Eide, Hilde, Eide, Tom, and Eide, Eivind. *Kommunikasjon I Relasjoner : Personorientering, Samhandling, Etikk*. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2017.

Ferne, Carina R., Leiv E. Gabrielsen, Anders J. W. Andersen, and Terje Mesel. "Unpacking the Black Box of Wilderness Therapy." *Qualitative Health Research* 27, no. 1 (2017): 114-29.

Ferne, Carina Ribe, Vibeke Palucha, Iris Anette Olsen, and Leiv Einar Gabrielsen. *Utendørsterapi : En Introduksjon*. 1. Utgave. ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2023.

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. 15.03.2019. [Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning - Lovdata](#)

Helgesen, Leif A. *Menneskets Dimensjoner : Lærebok I Psykologi*. 3. Utg. ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017.

Hegge, Hjalmar. 1975. «Menneskets forhold til naturen i historisk og filosofisk perspektiv» I *Økologi Økofilosofi*, redigert av Paul Hofseth og Arne Vinje, 117 – 141. Norge: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Helsedirektoratet. 2017. «Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling.» Oppdatert 20. mai, 2023. [Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling - Helsedirektoratet](#).

Helsenorge.no. 2022. «Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).» Oppdatert 19. mai, 2023. [Legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) - Helsenorge](#).

Gråwe, Roger W. og Hagen, Roger. 2008. «Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser.» I *Håndbok i Kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 513 – 531. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knapp, C. E. og Smith, T. E. [red]. *Exploring the power of solo, silence, and solitude*. Boulder, United States: Association for Experiential Education. 2005.

Langdridge, Darren, Sturle Danielsen Tvedt, and Petter Røen. *Psykologisk Forskningsmetode : En Innføring I Kvalitative Og Kvantitative Tilnærminger*. Trondheim: Tapir, 2006.

Lunde, Edith Victoria. 2009. «Perspektiver på helse og habilitering.» I *Utviklingshemming og habilitering – innspill til habiliteringsprosessen*, redigert av Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 19 – 30. Oslo: Universitetsforlaget.

Lynch, Wendy J, Alexis B Peterson, Victoria Sanchez, Jean Abal, and Mark A Smith. "Exercise as a Novel Treatment for Drug Addiction: A Neurobiological and Stage-dependent Hypothesis." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37, no. 8 (2013): 1622-644.

Merakerås, Guro Kulset. 2021. «Forsker på effekten av friluftsterapi. » [Forsker på effekten av friluftsterapi - Rus & samfunn](#)

Nansens tale til DNT møte for ungdommen, 1921

Nightingale, Florence. *Notes on Nursing : What It Is, and What It Is Not*. First ed. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 1992.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen, and Sølvi Linde. *Innføring I Vernepleie : Kunnskapsbasert Praksis, Grunnleggende Arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforl, 2015.

Næss, Arne. 1975. «Økosofi T» I *Økologi Økofilosofi*, redigert av Paul Hofseth og Arne Vinje, 150 – 163. Norge: Gyldendal Norsk Forlag.

Orrem, Kjetil. 2018. «Behandling – et begrep til besvær.» Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. [Behandling – et begrep til besvær - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Skau, Greta Marie. *Gode Fagfolk Vokser : Personlig Kompetanse I Arbeid Med Mennesker*. 5. Utg. ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017.

Sømme, Dagrun og Thorbjørnsen, Nina. 2020. «Tillit – bærebjelke i motgang og medgang.» I *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 189 – 208. Oslo: Universitetsforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad, and Knut Engedal. *Psykatri : For Helse- Og Sosialfagutdanningene*. 4. Utg. ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2017.

Spurkeland, Jan. *Relasjonsledelse*. 4. Utg. ed. Oslo: Universitetsforl, 2013.

Sykepleien. 2022. «Kraftig økning i legemiddelbruken i 2021» 09.05.2023. [Kraftig økning i legemiddelbruken i 2021 \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/legemiddelbruken-i-2021)

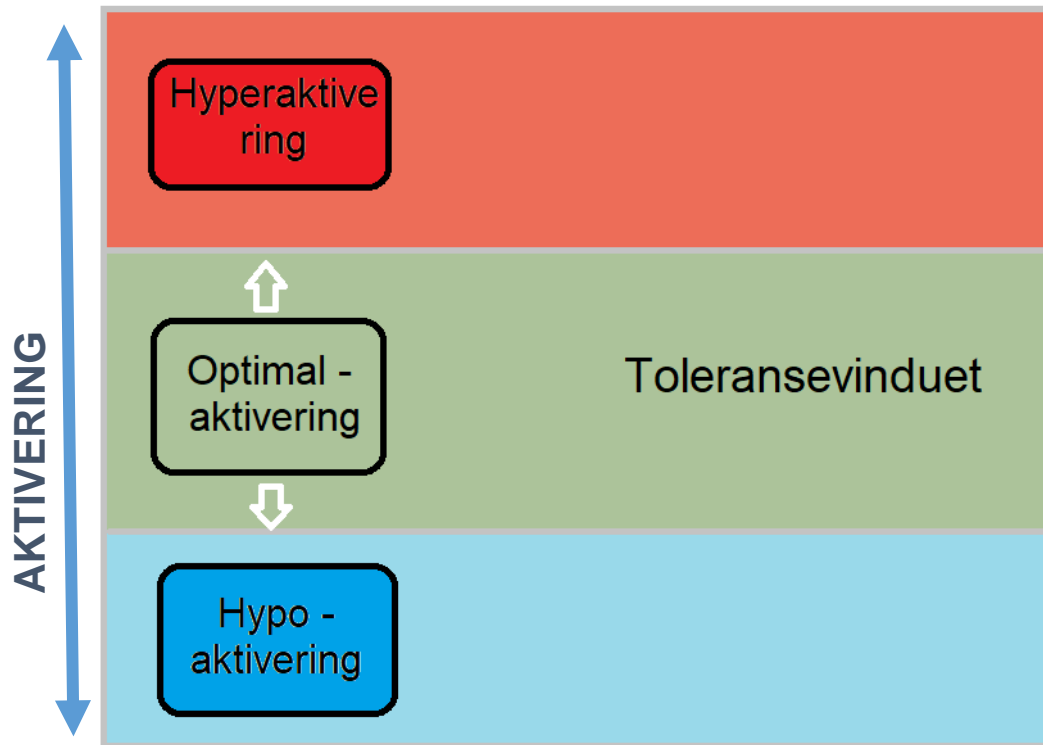
Sørlandet sjukehus. 2023. «Friluftsterapi for barn og unge» 19.05.2023. [Friluftsterapi for barn og unge - Sørlandet sykehus \(sshf.no\)](https://www.sshf.no/friluftsterapi-for-barn-og-unge)

Tjora, Aksel Hagen. *Kvalitative Forskningsmetoder I Praksis*. 4. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal, 2021.

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Utendørsterapiens toleransevindu

(Nordanger i Fernee et.al. 2023, 132)



Vedlegg 2: Utendørsterapiens følelsesblomst

(Brackett i Fernee et.al. 2023, 130)

