



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2020 - 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn,
Institutt for folkehelsevitenskap

Friluftssykehuset ved Rikshospitalet – en kvalitativ studie om muligheter og barrierer for bruk

The open-air hospital at Oslo University Hospital,
Rikshospitalet – a qualitative study of opportunities
and barriers of use

Berit Sinding-Larsen

Master i Folkehelsevitenskap

Forord

Min tid som student er nå over etter to spennende år ved NMBU. Disse to årene har vært lærerike, med mange spennende fag, forelesninger og utrolig flinke lærere som er engasjerte i faget sitt. Jeg står igjen med mye kunnskap og erfaringer som jeg ikke ville vært foruten. Tusen takk en fin tid ved Institutt for Folkehelsevitenskap.

Dette semesteret har blitt annerledes enn jeg forestilte meg. Jeg forventet en krevende og utfordrende prosess med å skrive masteroppgave, men omstendighetene denne våren har gjort prosessen mer krevende enn jeg kunne forestille meg. Det har vært ensomt og tidkrevende når studentene ikke lenger kunne sitte sammen som en gruppe og gi hverandre innspill og motivasjon til fremdrift i prosjektet. Videre har en måttet bruke fantasien på en annen måte for å finne forskning til oppgaven og en måte å opprettholde sosial kontakt på. Tusen takk til mine medstudenter som har gått gjennom denne vanskelige tiden sammen med meg.

Jeg vil rette en stor takk til alle mine informanter. Deres erfaringer og innspill har vært en stor inspirasjon for meg gjennom hele denne prosessen. Tusen takk for at dere tok dere tid til å delta, og for at dere var reflekterte gjennom samtalene. Takk til Maren ved Friluftssykehuset som bistod i dette studiet. Jeg vil også takke min veileder Grete Grindal Patil som har vært til stor hjelp og støtte under hele prosjektet. Takk for alle gode råd og tilbakemeldinger og for at omstillingene til elektroniske veiledninger ble uproblematisk.

Til slutt vil jeg takke venner og familie som har støttet og oppmuntret meg på avstand gjennom hele denne prosessen. Spesielt vil jeg takke Sigrid som korrekturleste oppgaven for meg underveis.

God lesning!

Berit Sinding-Larsen

2.juni 2020, Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Det å legges inn på sykehus kan være en utfordrende og stressende opplevelse for både pasienter og pårørende. Forskning viser at pasienter og pårørende kan ha behov for ro, privatliv og et avbrekk fra denne krevende opplevelsen. Naturomgivelser er vist å ha en positiv og stressreducerende effekt på pasienter og pårørende som er innlagt på sykehus. Siden 2018 har derfor Rikshospitalet hatt et Friluftssykehus tilgjengelig for pasienter og pårørende på sykehuset. Tilbudet er tilgjengelig for disse gruppene uavhengig av sykdom, alder eller funksjonsnivå og skal gi pasienter og pårørende mulighet til privatliv og avbrekk og samtidig nærhet til natur ved innleggelse på sykehus. Friluftssykehuset er et relativt nytt fenomen, og det er derfor forsket lite på bruk av et slikt tilbud på sykehus og det mulige helsefremmende aspektet ved tilbudet for pasienter og pårørende.

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske hvordan ansatte ved Rikshospitalet vurderer at Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid av pasienter som er innlagt på sykehus samt deres pårørende. Studien fokuserer i hovedsak på barn som er innlagt på sykehus og deres pårørende. Videre vil studien utforske hvilke barrierer som finnes for bruk av Friluftssykehuset. Da Friluftssykehuset ikke brukes i det omfanget det er ment til er det interessant å undersøke hvilke muligheter og barrierer som finnes for bruk av stedet.

Metode: Metoden som er valgt er et kvalitativt beskrivende design der informantenes egne vurderinger og meninger undersøkes i fokusgruppeintervjuer. Studien består av to fokusgrupper med til sammen syv informanter fra forskjellige avdelinger på Rikshospitalet. Materialet er videre analysert i en tematisk analyse i tråd med det beskrivende designet.

Resultater: Hovedresultatene i denne studien viser seg gjennom temaene; *Å være i rommet, Utbytte av bruk og Holdninger og barrierer*. Samlet viser resultatene at informantene har en positiv holdning til Friluftssykehuset. De kjenner en stillhet, ro og nærhet til naturen av å være der, og mener Friluftssykehuset og dets naturomgivelser kan gi pasienter og pårørende blant annet en gjenoppbyggende effekt, privatliv og distraksjon fra sykehuset. Samtidig viser resultatene at informantene så en del barrierer for bruken av Friluftssykehuset deriblant mangel på informasjon, tilgjengelighet for målgruppen, tilrettelegging for pasientene og bevissthet til Friluftssykehuset. Resultatdiskusjonen knytter funnene i studien opp mot teori og empiri i et helsefremmende perspektiv.

Abstract

Background: Hospitalisation can be a challenging and stressful experience for both patients and their relatives. Research shows that patients and relatives may need peace of mind, privacy and a break from this trying experience. Natural surroundings have been shown to have a positive and stress-reducing effect on hospitalised patients and their relatives. Since 2018, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, has therefore had an open-air hospital available for patients and relatives within hospital premises, available regardless of illness, age or ability level. This service is intended to give patients and their relatives a break and an opportunity for privacy, while providing proximity to nature during hospitalisation. The open-air hospital is a relatively new phenomenon, and thus little research has been carried out on the use of such a service and its potentially health-promoting aspects for patients and their relatives.

Purpose: The purpose of the study is to explore how staff at the Oslo University Hospital, Rikshospitalet, believe that the open-air hospital can be used in the treatment and health-promoting work of hospitalised patients and their relatives. Furthermore, the study will explore barriers that exist to the use of the open-air hospital. As the open-air hospital is not used to the extent that is intended, it is interesting to investigate which opportunities and barriers exist for the use of the site.

Method: The method chosen for the study is a qualitative descriptive design in which the informants' own assessments and opinions are examined in focus group interviews. The study consists of two focus groups with a total of seven informants from different departments at Oslo University Hospital, Rikshospitalet. The material is further analysed in a thematic analysis in line with the descriptive design.

Results: The main results of this study come to light through the following themes: *Being in the room*, *Benefits of use* and *Attitudes and barriers*. Overall, the results show that the informants have a positive attitude towards the open-air hospital. They feel a stillness, tranquillity and proximity to nature while being there, and believe the open-air hospital and its natural surroundings can provide patients and their relatives with a reconstructive effect, as well as privacy and distraction from the hospital. At the same time, the results show that the informants saw some barriers to the use of the open-air hospital, such as a lack of information, target group accessibility, patient facilitation and the awareness of the open-air hospital. The discussion of results links the findings of the study with theory and empiricism through a health-promoting perspective.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Studiens hensikt, problemstilling og oppbygging	5
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Friluftssykehuset utenfor Rikshospitalet	7
2.2 Perspektiv på helse og helsefremming på sykehus	9
2.2.1 Empowerment	11
2.2.2 Mestring	12
2.3 Natur og helse	13
2.3.1 Natur og helse for barn.....	13
2.4 Natur i et sykehusmiljø og barrierer for bruk	14
2.4.1 Bruk av natur i et sykehusmiljø.....	14
2.4.2 Bruk av natur for barn i et sykehusmiljø.....	16
2.4.3 Barrierer for bruk av naturområder ved sykehus.....	16
2.5 Teori om støttende naturmiljø	19
2.5.1 Følelse av kontroll og tilgang til privatliv	20
2.5.2 Sosial støtte	20
2.5.3 Fysisk aktivitet og mosjon.....	21
2.5.4 Naturlig distraksjon	21
2.6 Gjeldende politiske føringer.....	22
3.0 Metode	24
3.1 Teoretisk forankring og forskningsdesign.....	24
3.2 Utvalg og rekruttering.....	25
3.3 Innsamling av data	27
3.3.1 Intervjuguide	27
3.3.2 Intervju	28
3.3.3 Transkribering	29

3.4	<i>Analyse og tolking</i>	30
3.5	<i>Forforståelse og forskerrolle</i>	31
3.6	<i>Etiske vurderinger</i>	32
4.0	Resultater	34
4.1	<i>Tema 1: Å være i rommet</i>	34
4.2	<i>Tema 2: Utbytte av bruk</i>	36
4.2.1	Avbrekk og privatliv fra å være på sykehuset	36
4.2.2	Fokus på det friske hos pasienten	38
4.2.3	Den gjenoppbyggende effekten	39
4.2.4	Distraksjon i naturomgivelsene	42
4.2.5	Bruk av stedet i pasientbehandlingen	43
4.2.6	Tid til de vanskelige samtalene	44
4.3	<i>Tema 3: Holdninger og barrierer</i>	45
4.3.1	Praktiske systemer rundt bruk av Friluftssykehuset	46
4.3.1.1	Informasjon om Friluftssykehuset	46
4.3.1.2	Tilgjengelighet for pasienter og pårørende	48
4.3.1.3	Tilrettelegging for pasienter	50
4.3.2	Ansattes oppmerksomhet og holdninger til bruken	52
4.3.2.1	Bevissthet	52
4.3.2.2	Ansattes engasjement	53
4.3.2.3	Tilgjengelige ressurser blant personell	54
5.0	Diskusjon	55
5.1	<i>Å være i rommet</i>	55
5.2	<i>Utbytte av bruk</i>	56
5.3	<i>Holdninger og barrierer</i>	61
6.0	Metodediskusjon	66
6.1	<i>Deskriptiv validitet</i>	66
6.2	<i>Fortolkende validitet</i>	67
6.3	<i>Teoretisk validitet</i>	69

6.4 Overførbarhet.....	70
7.0 Oppsummering.....	71
7.1 Anbefalinger.....	72
7.2 Avsluttende kommentar og implikasjon for videre forskning.....	72
Litteraturliste.....	74
Vedlegg 1 - Intervjuguide.....	81
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv.....	84
Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD.....	88

1.0 Innledning

Å være på sykehus kan være en stressende opplevelse for pasienter, pårørende og ansatte (Paul, 2005; Ulrich et al., 2019). Sykehuset kan bestå av travle sykehusavdelinger hvor ansatte har liten tid, utstyr og ventilasjonsanlegg bråker, og pasientrommene kan være trange. I tillegg er det ofte flere pasienter i samme rom. De ukjente omgivelsene på sykehus kan være ekstra stressende for pasienter og pårørende. De kan vekke følelser av frykt, usikkerhet og sårbarhet, samtidig som omgivelsene eller livssituasjonen ofte er preget av sykdom eller død (Fornara & Andrade, 2012; Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018). Undersøkelser viser at høyt psykisk stress kan forekomme hos pasienter og pårørende på sykehus. Dette inkluderer angst, depresjon, tristhet og fatigue (Ulrich et al., 2019). Fordi de fysiske omgivelsene på sykehus kan påvirke enkeltmennesket negativt bør omgivelsene i størst mulig grad tilrettelegges slik at pasienter, pårørende og ansatte mestrer de stressende opplevelsene bedre (Cervinka, Röderer, & Hämmerle, 2014).

I eldre tekster beskrives hager, landskap og naturmiljøer som steder hvor du kan finne tilflukt fra tristhet og smerte. Her beskrives landskapene som sunne, helbredende og helsefremmende steder både mentalt og fysisk (Marcus & Sachs, 2013; Ottosson & Grahn, 2008). Forskning fra senere år viser at kontakt med grøntområder kan ha en slik positiv innvirkning på helsen, blant annet ved å redusere stress og øke velbehaget og derfor også har en helsefremmende effekt (Ottosson & Grahn, 2008; Ulrich et al., 1991; Weerasuriya, Henderson-Wilson, & Townsend, 2019). På sykehus kan sykehushager gi tilgang til natur og grøntområder for pasienter, familier, pårørende og ansatte. Samtidig gir det mulighet til avslapping, sosialisering og lek (Pasha, 2013). Sykehushager kan gi en følelse av å være borte fra sykehuset, samtidig som det kan gi stillhet, en avslappende effekt på den som besøker hagen og være uten forstyrrelser fra andre (Grahn, Tenngart Ivarsson, Stigsdotter, & Bengtsson, 2010). Det er gjennomført mange forskningsstudier på den positive effekten utsikt til, eller bruk av hager og grøntområder har på pasienter gjennom kortere sykehusopphold. En mye referert studie fra 1984 viser at slik utsikt til hager og grøntområder gir mindre behov for smertestillende medikamenter i tillegg til færre negative kommentarer fra pasientene (Ulrich, 1984). Likevel er den potensielle verdien av å inkludere grønne områder i helsetjenesten fortsatt et fenomen som har lite fokus i samfunnet (Weerasuriya et al., 2019; Whitehouse et al., 2001). Videre viser det seg at sykehushagene som finnes ikke brukes til sitt fulle potensial av pasienter, pårørende og ansatte (Pasha, 2013).

Siden juni 2018 har Rikshospitalet hatt et Friluftssykehus tilgjengelig for pasienter, pårørende og ansatte. Friluftssykehuset har som mål å gjøre naturen tilgjengelig for alle brukere av sykehus, uansett sykdom eller funksjonsnivå. Dette er en frittstående bygning i nærnaturen til sykehuset hvor intensjonen er at en kan nyte stillheten og naturen, og samtidig få et avbrekk fra sykehushverdagen (Stiftelsen Friluftssykehuset, u.å). Siden studier viser at natur kan ha positive helseeffekter (Lee & Maheswaran, 2010) er det derfor interessant å undersøke dette fenomenet videre. Friluftssykehuset er et relativt nytt fenomen og det er derfor lite forskning på feltet. For å nå målet om å gjøre naturen tilgjengelig for alle er det derfor interessant å undersøke hvordan Friluftssykehuset kan brukes og forbedres for å gi pasienter og pårørende naturopplevelser i forbindelse med innleggelse på sykehus. Herunder er muligheter og barrierer for bruk av nærnatur ved helseinstitusjoner diskutert i de ansatte ved Rikshospitalets perspektiv. Fordi tilgang til grøntområder ved sykehus kan påvirkes av ansattes oppmerksomhet til stedet, og dermed også hvem som besøker grøntområdet (Whitehouse et al., 2001), er det interessant å se på de ansattes perspektiv på Friluftssykehuset. Denne studien skal bidra til å øke fokuset på forskning på Friluftssykehuset, da det er lite forskning på dette fenomenet. Fokuset starter derfor med å undersøke teori og empiri gjort på natur og sykehushager ved sykehus.

1.1 Studiens hensikt, problemstilling og oppbygging

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan ansatte vurderer at Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid blant pasienter og pårørende, samt deres tanker om hva bruk av dette stedet kan gi av positive opplevelser for brukerne under et sykehusopphold. Prosjektet fokuserer på hvilke muligheter Friluftssykehuset har for å skape en helhetlig behandling på sykehus for pasienter og pårørende, samt hvilke barrierer som finnes for bruk av stedet. Med denne bakgrunnen skal følgende problemstilling undersøkes:

«På hvilke måter vurderer ansatte ved Rikshospitalet at Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid blant pasienter og pårørende, og hvilke barrierer anser de ansatte forekommer for videre bruk av stedet.»

Det er laget tre delproblemstillinger ut fra hovedproblemstillingen:

Hvordan oppleves Friluftssykehuset av de ansatte?

På hvilken måte anser de ansatte at Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid blant pasienter og pårørende?

Hva anser ansatte som barrierer for bruk av Friluftssykehuset?

Målet er at denne masteroppgaven vil bidra til å gi ansatte ved Friluftssykehuset kunnskap om videre utvikling av Friluftssykehuset og hvordan de skal kunne gi et best mulig tilbud som kan inkludere flest mulig pasienter og pårørende. Videre kan det tenkes at oppgaven kan gi økt bevissthet om Friluftssykehusets muligheter og betydning i behandlingsforløpet ved sykehuset generelt. Kunnskap om dette tilbudet blant sykehusansatte kan gi økt fokus på helsefremmende arbeid også i somatikken og det kan knytte sammen natur, helse og helsefremming også ved sykdom og innleggelse på sykehus.

Denne studien er avgrenset til barn på sykehus og deres pårørende, foreldre og søsken. Friluftssykehuset kan brukes av alle som er innlagt på sykehus, men det er i hovedsak brukt mest av barn og deres pårørende. Derfor vil oppgaven fokusere på dette perspektivet. Masteroppgaven er strukturert i syv deler. Den første delen er innledning, hvor formålet for studien er blitt beskrevet. Deretter kommer en bakgrunn som detaljert beskriver Friluftssykehuset som fenomen og beskriver det helsefremmende aspektet i et sykehusmiljø. Deretter beskrives metoden som ble brukt, før resultatene presenteres. Videre kommer en diskusjon av resultatene og metoden. Til slutt oppsummeres oppgaven og hva funne kan bidra med i en fremtidig strategi, for å øke bruk av Friluftssykehuset og ta i bruk de helsefremmende aspektene som assosieres med natur og helse i et helseperspektiv.

2.0 Bakgrunn

I denne bakgrunnsdelen vil først Friluftssykehuset som fenomen presenteres. Deretter presenteres helseperspektivet og det helsefremmende aspektet i et sykehusmiljø. De positive utfallene natur kan ha på helsen presenteres først, og deretter vil forskning av det helsefremmende aspektet ved natur i et sykehusmiljø og barrierer for bruk fremlegges. Ulrichs (1999) *Theory of supportive gardens* vil benyttes som teori i denne studien da denne teorien er viktig i forskning på natur i et sykehusmiljø.

2.1 Friluftssykehuset utenfor Rikshospitalet

Rikshospitalet er et universitetssykehus for Universitetet i Oslo og et regionssykehus for innbyggerne i helse sør-øst, samtidig som det inngår landsdekkende funksjoner i sykehuset. (Oslo Universitetssykehus, u.å). Bygget er cirka 215 000 kvadratmeter stort. Rikshospitalet slik det arkitektonisk fremstår i dag er resultatet av en arkitektkonkurranse fra 1991 der Medplan AS Arkitekters forslag vant, og bygget sto ferdigstilt i 2001 på Gaustad. Utformingen av sykehuset hadde som målsetting å skape fysiske omgivelser som skulle gi trygghet og tillit til brukerne av sykehuset (Ratio Arkitekter, u.å). Ideen for bygget var å humanisere sykehuset, og bygningene er lave for å holde sykehuset på en mer menneskelig skala. Inne i sykehuset er det en innvendig gate i glass med balkonger, grøntområder og glassbroer. Designet skal støtte opp om individuell komfort og helbredelse, og har fokus på dagslys med store vinduer (Guenther & Vittori, 2013).

Ut mot skogen, vest for Rikshospitalet og vendt mot Gaustadbekken, ligger Friluftssykehuset (Figur 1). Bygget ble oppført i 2018, er 35 kvadratmeter stort, og står i kontrast til Rikshospitalets massive sykehusbygg. Friluftssykehuset er designet av arkitektkontoret Snøhetta og er bygget i naturlige materialer som skal harmonisere med naturen rundt (Snøhetta, 2018). Bygget består av et hovedrom med et tilhørende mindre rom for samtaler og et bad med egen inngang. Friluftssykehuset som er bygget i eik har kun vinduer vendt mot naturen, vekk fra sykehuset og med utsikt mot Gaustadbekken og turstier på andre siden av bekken. Vinduene kan åpnes for å kunne gå ut og for å få naturen tettere inn på de som er innendørs. Det er også et vindu i taket slik at en kan ligge i den fargerike sofaen, eller på gulvet og se ut (Snøhetta, 2018). Det tar fire minutter å gå fra Rikshospitalet og opp til Friluftssykehuset (Bancel, 2019) og bygget er universelt utformet slik at det er tilgjengelig for rullestolbrukere og sykehussenger (Johnson, 2019).

Stiftelsen Friluftssykehuset ble grunnlagt i 2015, og har vært en pådriver for at flest mulig pasienter og pårørende skal komme ut til naturen (Stiftelsen Friluftssykehuset, u.å). Stiftelsen startet som et privat initiativ fra en pårørende til en tidligere pasient ved Rikshospitalet (Bancel, 2019). Det første Friluftssykehuset stod ferdig sommeren 2018 i samarbeid med Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (SBUP) og Snøhetta (Stiftelsen Friluftssykehuset, u.å). Stiftelsen jobber for at flest mulig brukere av sykehus skal få muligheten til å skape gode minner og mestringsopplevelser i en tøff hverdag. Tanken er at bruk av naturbaserte sanseinntrykk kan ha en positiv påvirkning på sykdomsmestringen. Derfor er målet å styrke den helhetlige behandlingen på sykehus, og gjøre naturopplevelser mulig for pasienter og pårørende i alle aldre, uavhengig av sykdomsgruppe eller alvorlighetsgrad. Ønsket er at en kan finne ro og egentid eller møte pårørende og venner på Friluftssykehuset (Stiftelsen Friluftssykehuset, u.å).



Figur 2 Friluftssykehuset sett fra Gaustadbekken.



Figur 1 Friluftssykehuset sett fra Gaustadbekken.

Friluftssykehuset brukes i dag som behandlingsrom av SBUP for ulike avdelinger på Rikshospitalet på dagtid. På hverdager etter klokken 16.00, i helger og på helligdager kan stedet benyttes av pasienter og pårørende på Rikshospitalet. For å få tilgang til stedet må en ta kontakt med lege eller sykepleier som reserverer tid på nett (Bancel, 2019; Stiftelsen Friluftssykehuset, u.å). I følge Friluftssykehusets prosedyre på Rikshospitalet står den som utfører reservasjon av stedet ansvarlig for at det er forsvarlig at vedkommende benytter

tilbudet. Nøkkelen til Friluftssykehuset vil etter reservasjonen kunne hentes og leveres i Hovedresepsjonen på Rikshospitalet¹.



Figur 3 Friluftssykehuset. En kan så vidt se Rikshospitalet i bakgrunnen.



Figur 4 Inngangen til Friluftssykehuset er tilrettelagt for rullestolbrukere.

2.2 Perspektiv på helse og helsefremming på sykehus

Helse kan ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 2006). Dette er en helhetlig tilnærming på helse som sier at helse er noe mer enn bare fravær av sykdom fordi definisjonen omfatter den enkeltes hele livssituasjon og helse inkluderer derfor hele mennesket (Ottosson & Grahn, 2008; Weerasuriya, Townsend, Henderson-Wilson, & Wells, 2016). Ifølge Fuggeli (2001) kan helse forstås som et holistisk fenomen som inngår i alle sidene av menneskers liv og samfunn. Her spiller trivsel, funksjon, natur, mestring og energi inn på helsen (Fuggeli & Ingstad, 2001). Dette samsvarer mye med WHO sin definisjon på helse som noe mer enn bare fravær av sykdom.

Det finnes flere tilnærminger til helsebegrepet i litteraturen. Den medisinske modellen fokuserer på behandling av sykdom og helseproblemer, mens den holistiske modellen handler

¹ Friluftssykehuset har en egen prosedyre for henvisning av pasienter til SBUP og reservasjon av Friluftssykehuset på kveld, helg og helligdager for pasienter og pårørende. Dette er et internt arbeidsdokument på Oslo Universitetssykehus sin interne nettside for ansatte. I denne prosedyren er reservasjon og henvisning for bruk av Friluftssykehuset beskrevet, inkludert hvordan en henter nøkkel og hvem som er ansvarlig for pasienten ved bruk av Friluftssykehuset.

om en forestilling av positiv helse (Weerasuriya et al., 2016). I Ottawa-charteret 1986 ble helse som noe mer enn bare fravær av sykdom tydeliggjort av WHO. Her ble helsefremming definert som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (WHO, 1986a). Ifølge Ottawa charteret defineres helse som en ressurs i hverdagen. Denne definisjonen innebærer like mye personlige og sosiale ressurser som fysiske ressurser for enkeltmennesket. Helse kan dermed også handle om det å være i stand til å ta egne beslutninger, og ha kontroll over egen livssituasjon (Kristensen, Schou, & Mærsk, 2017).

Ifølge Ottawa-charteret har derfor helsefremmende arbeid et annet perspektiv enn behandlingsperspektivet. Det søker å styrke individers og gruppers ressurser til å ta ansvar for egen helse i eget liv. Fordi individets liv og helse påvirkes av mange forhold i livet gjennom jobb, skole, økonomi og boforhold er helse en del av alle sektorer i samfunnet. Ottawa charteret handler videre om å styrke enkeltmennesket gjennom informasjon og egne ressurser, slik at en kan få mer kontroll over egen helse og omgivelser. Denne styrkingen inkluderer også å styrke individet slik at en kan mestre alle faser i livet, og videre mestre sykdom og kroniske lidelser (WHO, 1986b). Dette gjelder også for helsesektoren hvor en ifølge WHO også bør drive helsefremmende arbeid ut over tilbudet om kliniske og kurative tjenester. Individet må ses på som en helhet i en holistisk tilnærming og behandling på sykehus må inkludere de totale behovene individet har gjennom for eksempel sosialt liv, fysiske miljøkomponenter og økonomi (WHO, 1986a). I WHO's definisjon på helse inkluderes velvære som en del av helsebegrepet. Velvære innebærer positive følelser og refererer til en persons individuelle opplevelse av egen tilstand. Ordet kan dermed betegnes som en indre opplevelse som er uavhengig av utenforliggende forhold. En kan dermed være syk, men samtidig ha en følelse av velvære (Kristensen et al., 2017).

Å være pasient på et sykehus kan være belastende for pasienter, pårørende og ansatte. Omstendighetene kan for pasienter og pårørende oppfattes som en situasjon som preges av stress og angst, og mennesker som håndterer de ulike utfordringene sykdom tar med seg på ulike måter (Paul, 2005; Weerasuriya et al., 2016). Både små rom som deles med andre, teknisk utstyr og mye lyder kan være med på å øke stresset pasienter og pårørende allerede er inne i. Fordi de fysiske omgivelsene på sykehus påvirker de involverte i så stor grad bør omgivelsene utformes slik at en kan mestre de stressende opplevelsene på sykehuset på best mulig måte (Cervinka et al., 2014; Fornara & Andrade, 2012). Bråk på sykehus er noe som oppleves spesielt stressende ved opphold på sykehus. Alle lydene rundt kan påvirke for

eksempel søvnkvaliteten ved at en sover dårligere og våker hyppigere om natten. Dette kan igjen påvirke bedringen til pasienten (Fornara & Andrade, 2012).

Å arbeide for helsefremming også på sykehus er viktig. Uansett diagnose er det alltid en del av pasienten som er frisk. Det kan være emosjonelt, psykisk eller sosialt. Det er dermed viktig å fremme disse delene av mennesket (Naidoo & Wills, 2009). Sykehus spiller en viktig rolle i behandling samtidig som det er en viktig arbeidsplass og et sted for familier og venner å sosialisere og dele gleder og sorger sammen. Sykehusets oppgave i å også fokusere på helsefremming og velvære blir da viktige på grunn av omgivelsene en har på et sykehus ikke er helsefremmende i seg selv, men støttende omgivelser på sykehuset kan bidra til at pasientene blir fortere friske (Naidoo & Wills, 2009; Weerasuriya et al., 2016). Det er dette de kaller «supportive environments» i Ottawa charteret. Dette kan da inkludere sosiale og fysiske omgivelser som støtter opp om pasientens tilfriskning. Helse kan derfor ikke separeres fra andre mål fordi det er en link mellom menneskers helse, og omgivelsene en befinner seg i (WHO, 1986b).

2.2.1 Empowerment

Begrepet «empowerment» er sentralt når det tas utgangspunkt i WHO sin definisjon av helsefremming som en prosess som gjør mennesker i stand til å få kontroll over livet, og mobiliserer ressurser til å ta hånd om utfordringene sine (WHO, 1986a). Tilnærmingen om empowerment kan gjøre folk i stand både til å identifisere egne bekymringer eller problemer, og samtidig tilegne seg selvtilliten til å møte og mestre disse. For å øke menneskers kontroll over egne liv må en gjenkjenne og forstå egen maktesløshet, føle sterkt nok om situasjonen til å ville endre den og føle seg i stand til å endre situasjonen ved å ha støtte, informasjon og livsferdigheter (Naidoo & Wills, 2009). Empowerment kan skape en opplevelse av motivasjon, personlig drivkraft, selvtillit, mening, identitet og glede (Stadnyk, Townsend, & Wilcock, 2010). Maktesløshet blir da det motsatte av empowerment og maktesløshet kan utgjøre en risiko for videre utvikling av sykdom. Derfor er det viktig å motvirke opplevelsen av dette, og heller styrke individene (Wallerstein, 1992). På et sykehus kan en fremme helse ved å fremme verdighet og empowerment hos pasienter og pårørende. Dette kan gjøres ved å gi dem informasjon og mulighet til å delta i behandlingen sin, men også ved å styrke det friske i pasienten ved å tilby varierte aktiviteter og andre inntrykk i sykehushverdagen (Naidoo & Wills, 2009).

2.2.2 Mestring

Mestring består i følge Vifladt og Hopen (2004) av

«i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre» (Vifladt & Hopen, 2004, p. 61).

Mestringsperspektivet i folkehelsefeltet omhandler med andre ord blant annet å tilrettelegge for at en skal gis forutsetninger til å utnytte egne evner og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Alle mennesker får oppgaver hver dag som vi mestrer i stor eller liten grad, og vi utsettes for flere belastninger gjennom livet. Disse belastningene kan mestres forskjellig av ulike individer, fordi vi har ulikt utgangspunkt og ulike ressurser til å mestre disse hendelsene. Mestring kan knyttes opp mot helse, hvor helsen din påvirkes ut fra om du opplever en grad av kontroll over din egen helse (Espnes & Smedslund, 2001).

På 1970-tallet ble begrepet mestringstro lansert av Albert Bandura (1977). Teorien er at om du møter motstand, og har mestringstro, vil du holde på lenger og prøve hardere for å mestre belastningen eller oppgaven. På den andre siden, hvis du en har en følelse av hjelpeløshet og ikke har mestringstro, kan det føre til at du gir opp eller prøver kortere for å oppnå målet eller mestre belastningen. Det er en sammenheng mellom mestringstro og hjelpeløshet, og samtidig en sammenheng mellom angst og mestringstro. En føler mer angst jo mindre tro en har på at en kan mestre belastningen eller oppgaven en utsettes for (Espnes & Smedslund, 2001).

Mestring er viktig fordi vi som mennesker alltid ønsker å oppnå mål eller ønsker, og det er viktig å ha følelse av å ha kontroll over at en kan oppnå disse målene. Stressnivået vi opplever er ikke avhengig av den reelle mestringen en har i en gitt situasjon, men av i hvor stor grad en tror en har kontroll over situasjonen. Mestring og stress står i motsetning til hverandre ved at økt mestring kan gi redusert opplevelse av stress. Egen sykdom eller sykdom og død i nære relasjoner er hendelser som gir høy grad av stress. Disse hendelsene kan være vanskeligere å mestre enn andre hendelser fordi en kanskje ikke opplever kontroll over situasjonen. Det er viktig å jobbe helsefremmende, og hjelpe mennesker til økt mestring slik at en mestrer de belastningene en står ovenfor (Espnes & Smedslund, 2001). Empowerment er på mange måter en strategi for å oppnå mestring (Sørensen et al., 2002)

2.3 Natur og helse

Forskningsstudier har vist at det er en sammenheng mellom å være i natur og opplevd velvære, og at naturlige omgivelser kan være stressreducerende og helsefremmende (Cervinka et al., 2014; Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1984). Tilgang til natur kan gi mange fordeler og påvirke helsen på flere måter. En kunnskapsoppsummering fra 2014 grupperer helsefordelene av natur til bedre luftkvalitet, økt fysisk aktivitet, sosial støtte og stressreduksjon (Hartig, Mitchell, Vries, & Frumkin, 2014). Særlig ser det ut til at natur kan ha positiv effekt for den psykiske helsen ved lavere nivåer av depresjon, angst og stress etter kontakt med natur (Beyer et al., 2014). Videre kan naturen ha positiv innvirkning på energinivå og negative emosjoner som sinne og stress (Bowler, Buyung-Ali, Knight, & Pullin, 2010). Forskning viser også at kontakt med naturen kan gi økt selvtillit og en økt kognisjon (McMahan & Estes, 2015). Kontakt med natur kan videre gi en økt grad av mestringsressurser (Hartig et al., 2014), og dermed øke graden av mestringsfølelse. Ved å hjelpe mennesker å gjenvinne de ressursene en trenger for å møte kravene i livet kan naturen bidra til å redusere risiko for kronisk stress og medfølgende sykdommer, samt øke enkeltmenneskets velvære. Naturen kan i tillegg hjelpe ens evne til å gjenopprette sine tilpasningsressurser og kan beskrives som en flukt fra sosiale og fysiske stressfaktorer (Hartig et al., 2014). Naturomgivelser kan også gi en positiv effekt på søvnkvalitet ved at en sover dypere og lenger etter kontakt med naturen, noe som igjen har positive helseutfall. De fysiske fordelene i tillegg til fysisk aktivitet kan være at natur er positivt for blodtrykk, diabetes, overvekt og kreft (Lee & Maheswaran, 2010; WHO, 2016).

Natur kan også ha en positiv effekt bare av å se på den. Studier viser at mennesker kan komme seg raskere etter en stressreaksjon ved å se på bilder av natur enn ved å se på andre omgivelser. Grønne områder kan i tillegg til å ha direkte påvirkning på psykisk helse og også fungere som en slags buffer ved stressende livshendelser (van den Berg, Maas, Verheij, & Groenewegen, 2010). Ottosson og Grahn (2008) fant ut at natur har en betydning som buffer for mennesker som gjennomgår en stor krise i livet, og at mennesker som regelmessig har kontakt med naturen blir mindre påvirket av kriser enn mennesker som ikke har det.

2.3.1 Natur og helse for barn

Opphold i naturomgivelser har også en svært gunstig helseeffekt, spesielt for barn. Her er de fysiske helseeffektene mange (Myers Jr., 2012), og noen av fordelene som er studert er redusert overvekt på grunn av fysisk aktivitet, lavere forekomst av astma, nærsynthet og bedre

immunforsvar (Myers Jr., 2012; WHO, 2016). For barn mellom fem til syv år kan de fysiske fordelene av å leke i et naturlig lekemiljø med steiner, trær og ujevn mark kunne gi bedre motorisk utvikling og øke både smidighet og balanse. De psykiske fordelene med naturomgivelser i nærheten av hjemmet er blant annet bedre oppmerksomhetsevne og økt selvdisciplin, impulskontroll og konsentrasjon (Myers Jr., 2012). WHO skriver i sin oversiktsartikkel at naturområder også kan øke den kognitive utviklingen (WHO, 2016). Naturområder kan også hjelpe ungdom å roe seg ned, og å få et perspektiv etter en stressende opplevelse eller hendelse (Myers Jr., 2012). I en undersøkelse av barn med ADHD fant en at disse barna viste færre symptomer og roet seg lettere i naturlige omgivelser, enn i omgivelser innendørs eller konstruerte omgivelser ute (Kuo & Faber Taylor, 2004). Det er også påvist en sammenheng mellom bruk av natur i undervisningssammenheng hvor natur er påvist som en kontekst for læring for elevene (Myers Jr., 2012). I følge Miljøverndepartementet (2009) har læring og utvikling hos barn sammenheng med fysisk mestring og kroppslige erfaringer. I en studie av van den Bogerd et al. (2020) av elever i klasserom med innslag av natur rapporterte elevene bedre konsentrasjon, oppmerksomhet og velvære i klasserom med naturinnslag.

2.4 Natur i et sykehusmiljø og barrierer for bruk

Det er forsket på bruk av natur på sykehus og faktorer som er viktige i utformingen av hager på sykehus. Her vil empiri og tidligere forskning på natur på sykehus presenteres og barrierer for bruk av disse. Videre presenteres teori på temaet og hvorfor natur kan være gunstig i et sykehusmiljø.

2.4.1 Bruk av natur i et sykehusmiljø

Naturen kan påvirke mennesker forskjellig ut fra deres livssituasjon (Grahn et al., 2010). Undersøkelser viser at pasienter og deres pårørende opplever angst, depresjon, fatigue og tristhet i stor grad ved innleggelse på sykehus (Ulrich et al., 2019). En føler seg sårbar, en har ingen kontroll på egen kropp og har ingen kontroll på hvem som kommer inn i rommet. I tillegg må en stole på mennesker en ikke har møtt før og høre lyder en ikke har hørt før fra behandlingsrommene. Dette kan skape usikkerhet, stress og angst. Omgivelsene bør derfor være utformet på en måte som virker støttende (Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018). Familiene til innlagte intensivpasienter rapporterer også søvnforstyrrelser i forbindelse med stress ved sykehusoppholdet (Ulrich et al., 2019).

For å redusere pårørendes stressrespons når pasientene er innlagt på sykehus har det blitt fokusert mye på god kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell (Black et al., 2013). Undersøkelser viser at god kommunikasjon øker pårørendes oppfatning av god kvalitet på helsetjenestene, men er ikke effektivt til å redusere pårørendes stress-symptomer under eller etter pasientens sykehusinngjørelse. Både pårørende, pasienter og personell rapporterer redusert stress og økt velbehag ved besøk i en sykehushage (Ulrich et al., 2019). Enkelte forskere har påvist at effekten er større jo mer naturlig sykehushagen er. For eksempel kan det være lyden av rennende vann, synet av en skog eller vann (Marcus & Sachs, 2013). Videre kan en hage være et privat og stille sted for pårørende som har mistet et barn eller et familiemedlem for å takle sorg (Marcus & Sachs, 2013). Natur og grøntområder er også viktig for sorgprosessen etter du har mistet en du er glad i (Asano, 2008).

Undersøkelser viser også at natur kan ha en positiv effekt under ulike pasientbehandlinger og smertefulle prosedyrer på sykehus. For eksempel kan pasienter som har utsikt til natur og hører naturlyder som rennende vann og fuglesang under smertefulle prosedyrer ha mer smertekontroll enn pasienter som ikke har samme utsikt og lyder (Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018). En undersøkelse av pasienter som lå på respirator viste at pasienter som hører naturlige lyder som rennende vann og fuglesang under respiratorbehandling hadde lavere blodtrykk og lavere angstnivå enn pasientene som ikke hørte disse naturlige lydene (Saadatmand et al., 2013). Flere slike undersøkelser kan gi indikasjon på at naturlige innslag på sykehus kan redusere angst og hjelpe pasienter å mestre smerte og smertefulle prosedyrer (Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018). I en pilotstudie av Tanja-Dijkstra, van den Berg, Maas, og Bloemhof-Haajes (2017) undersøkte de om kreftpasienter kunne få behandling med cellegift ute i det fri. Her viste resultatene at pasientene foretrakk å få behandling utendørs. De beskrev muligheten til å få frisk luft, sol og friske omgivelser som noe som økte velbehag og ga mer avslappede følelser under behandlingen.

I en studie av Sherman, Varni, Ulrich og Malcarne (2005) foreslås det at natur og hager kan brukes til terapi av pasientene som en integrert del av behandlingen. Fordi barna kan leke med hverandre og de voksne kan prate sammen samtidig som en kan se på naturen sammen med barna og samhandle med hverandre gjennom naturen, kan dette være et godt sted for terapi av pasientene. Grahn et al. (2010) har forsket på å bruke hager og grøntområder til å fremme helsen til pasienter etter lange sykdomsperioder. For å føle en form for mestring kan det være nok for pasientene å bare komme seg til hagen de første gangene. Ved å gjøre aktiviteter i

naturen eller hagen oppnår en etterhvert mer selvfølelse og identitet ute i grøntområdene. Det er viktig at hagen fyller behovene for hvile og ettertanke, samtidig som de gir mulighet for aktivitet. En kan også mestre stress ved å «bare være», altså å lytte til naturen med alle sansene sine. Natur og hager kan også brukes i samtaler med pasientene, da det viser det seg lettere å snakke om tanker og følelse når en har naturlige omgivelser rundt seg eller gjør noe aktivt ute i naturen, som for eksempel hagearbeid (Grahn et al., 2010).

2.4.2 Bruk av natur for barn i et sykehusmiljø

Sykehushager og natur kan også brukes i forbindelse med barn som er innlagt på sykehus (Marcus & Sachs, 2013). Fordelene med å ta med et barn ut av sykehuset i naturen kan være å «komme seg ut av sykehuset», solskinn og frisk luft eller å høre fuglesang og rennende vann i naturomgivelsene. Videre kan opplevelsen av å komme ut av sykehuset gi en følelse av frihet og en følelse av kontroll fordi omgivelsene er mer kjente for barnet. Barnet kan også potensielt føle mindre stress, smerte og angst, samt skape en bedre relasjon med familie og personell ute i natur enn inne. Relasjonen med personell fra sykehus eller familie kan også styrkes om et dyr, for eksempel en hund, også er ute i hagen sammen med barnet, eller at det er utsikt til annet dyreliv (Marcus & Sachs, 2013).

I en undersøkelse av Whitehouse et al. (2001) kommer det frem at det er viktig for pasientene å komme seg vekk fra sykehuset, og være et annet sted. Yngre pasienter forteller i denne undersøkelsen at omgivelsene kunne hjelpe dem å føle seg trygge og å gjøre opplevelsene på sykehuset mer positive. For friskere barn, søsken eller andre barn viser det seg at det er viktig med tilbud som gir dem mulighet til aktivitet og utfoldelse (Whitehouse et al., 2001). Kontakt med natur kan videre ha positiv effekt for barns tilfriskning, det kan hjelpe barna å sosialisere, være mer selvstendige og være mer samarbeidsvillige til å ta medisiner (Pasha, 2013).

2.4.3 Barrierer for bruk av naturområder ved sykehus

Bruk av natur og grøntområder i forbindelse med sykdom og opphold på sykehus kan ha en helsefremmende effekt for både pasienter, pårørende og personell. Samtidig viser forskning at disse tilbudene ikke blir brukt i det omfanget eller med den kapasiteten de er bygget for på sykehuset (Pasha, 2013).

Informasjon kan være en viktig barriere. Studier av sykehushager og grønne områder rundt sykehus viser hovedsakelig at pasienter og pårørende ikke besøker hagene fordi de ikke vet om muligheten til å besøke dem. Videre vet de ikke at hagene eksisterer eller hvem som kan bruke dem (Pasha, 2013). For å sikre at sykehushager blir tatt i bruk og dermed gir en følelse av kontroll må målgruppene vite at den eksisterer (Marcus & Sachs, 2013). Whitehouse et al. (2001) anbefaler flere tiltak for å sikre bruken av slike sykehushager. Her foreslås det at ansatte bør informeres om hagen, hvem som kan bruke hagen og hvordan en kan implementere den i pasient og familieomsorgen på sykehuset. Videre anbefales det å lage informative brosjyrer og kart med bilder og informasjon om tilbudet til pasienter og pårørende for å informere om muligheten til å besøke dette stedet. Plakater om hagen eller grøntområdet foreslås også å henges i sykehusets områder for å øke synligheten og informasjonen om stedet (Whitehouse et al., 2001).

En annen barriere for bruk kan være tidspunkt for tilgjengelighet til sykehushagen. Undersøkelser viser at sykehushager ofte er låst på ulike tidspunkt i løpet av døgnet på grunn av for eksempel vedlikeholdskostnader, værforhold, regler for kodelås av bygningen eller at personell ikke har mulighet til å overvåke pasientene sine kontinuerlig (Weerasuria et al., 2019). For å sikre en følelse av kontroll og dermed redusere stress foreslår Ulrich et al. (2019) at hagen må være åpen til alle døgnets tider. Videre bør området være godt synlig for målgruppen, eller skiltet godt dersom den ikke er godt synlig for pasientene eller pårørende (Marcus & Sachs, 2013). Tilgjengelighet handler også om at mennesker i alle aldre og med alle behov kan besøke fasilitetene og bevege seg rundt i området som en ønsker. Det bør være «stier» i hagen som gir mulighet til å gå rundt området. Barrierer for bruk kan da være om ikke rullestoler eller senger kan trilles i hagen eller passere hverandre på veien grunnet at underlaget er vanskelig å trille på ved for eksempel gruslagte veier (Weerasuriya et al., 2019).

Det å ha kapasitet og tid til å besøke hagene viser seg også å være viktig både for personell og pasienter. Personell kan ha høye arbeidskrav og dermed ikke ha tid til å ta pasienter ned dit (Weerasuriya et al., 2019). I undersøkelsen til Whitehouse et al. (2001) sier personalet at det tar for lang tid å informere familiene om sykehushagene, og forklare veien dit. Her mente personalet at hovedprioriteten deres var direkte pasientbehandling. Videre kan den medisinske tilstanden til pasienten være et hinder for at personen ikke skal komme seg til hagen på egenhånd. For å øke tilgjengeligheten forslås det derfor å sette opp kameraer slik at personell kan følge med på pasientene uten å fysisk måtte være til stede, og ha en telefon tilgjengelig i

nødstilfelle. Dette foreslås for å øke tryggheten både for pasienter og pårørende ved bruk av hagen (Weerasuriya et al., 2019).

Det at hagen eller naturområdet ikke er synlig fra sykehuset viser seg å være en barriere for bruk i mange undersøkelser. For at pasienter og personell skal være bevisst at hagen eksisterer er det derfor viktig at naturområdet er synlig fra vinduer, avdelinger og inngangsdører i nærheten av målgruppen for hagen (Weerasuriya et al., 2019). For at en hage skal gi en følelse av kontroll og dermed gi restorasjon hevdes det at en må kunne besøke naturområdet lett, at det må være lett for brukeren å komme seg dit og at hagen må være synlig fra hovedinngangen eller andre venteområder (Marcus & Sachs, 2013). Det indikeres i noen studier at ansatte som ikke vet om de helsemessige fordelene, eller som ikke verdsetter naturområdene heller ikke oppmuntrer og informerer om muligheten til å besøke hagen. Dermed blir ikke pasienter og pårørende bevisst tilgangen de har til slike steder (Whitehouse et al., 2001).

Sammen med tilrettelegging for rullestol for å øke tilgjengeligheten, trygghet i hagen og å lette tilgangen til naturområdene på helseforetakene viser undersøkelser at annen tilrettelegging også er nødvendig for å øke bruk av naturområdene. Gode sitteplasser, flyttbare stoler og bord viser seg å være viktig for bruken. Denne fleksibiliteten er viktig for å ha mulighet til å sosialisere med andre eller sitte alene om ønskelig (Pasha, 2013). Det er også viktig med tilgang til skygge for sola og tilgang til tak ved dårlig vær for at naturområdet skal brukes (Pasha, 2013). Noen mennesker går ut for å få muligheten til å være alene, mens andre går ut for å sosialisere med andre mennesker. Hagen bør derfor gi mulighet til både sosial kontakt og privatliv. På denne måten kan hagen bidra til sosial støtte og en følelse av kontroll. (Marcus & Sachs, 2013).

Det kan være utfordrende å inkludere flere målgrupper på samme sted, og nå ut til alle målgruppene samtidig. På sykehus for barn kan det være en utfordring å inkludere ungdom, fordi de kanskje føler seg for store for å være der, eller ønsker å være med andre på sin egen alder. Videre kan det være vanskelig å inkludere friske søsken, fordi de har andre aktivitetsbehov enn syke barn. I en del undersøkelser etterlyses det flere aktiviteter og ting å gjøre i sykehushager, også i de sykehushagene som er designet for barn. Forskning viser at de sykeste barna kan ha et behov for et tilfluktssted eller et mer privat sted i en eventuell hage eller et naturområde. Dette gjaldt spesielt ungdom som var bevisst eget utseende og ikke

ønsket at andre skulle se dem i tilstanden de var i (Marcus & Sachs, 2013; Whitehouse et al., 2001).

2.5 Teori om støttende naturmiljø

Roger Ulrich sin *Theory of supportive gardens* er en teori som legger vekt på et positivt helseutfall i naturen gjennom stressreduksjon (Ulrich, 1999). Det er to underliggende premisser i denne teorien. For det første opplever mange som er syke og har omsorg for syke et høyt nivå av stress i hverdagen. For det andre viser det seg at mange mennesker oppsøker naturlige arenaer for å redusere stress bevisst eller ubevisst (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999). Da mange mennesker som er syke eller som har omsorg for syke mennesker opplever en høy grad av stress, og kontakt med naturen er bevist å redusere stress, mener Ulrich at hager på sykehus er viktig for å redusere stress hos disse gruppene. Ulrich (1999) mener videre at bruk av hager på sykehus kan redusere stress på fire måter. Disse fire måtene er opplevelse av kontroll, sosial støtte, bevegelse og mosjon, og naturlig distraksjon. Om en hage er utformet med disse fire faktorene som mål i utformingen mener Ulrich at hagen vil være stressreducerende for de som besøker den (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999).

Bakgrunnen for utviklingen av denne teorien var en studie utført av Ulrich sent på syttitallet (Ulrich, 1984). Han startet med å undersøke den emosjonelle og fysiologiske effekten miljøet rundt kan ha på mennesker med et høyt stressnivå for eksempel gjennom sykehusopphold. Her fant han dokumentasjon på at natur kan ha en positiv helseeffekt på sykehuspasienter. Ulrich undersøkte i denne studien pasienter som hadde gjennomgått galleblæreoperasjoner, og sammenlignet pasienter som hadde vindusutsikt mot naturen med pasienter som hadde utsikt mot murveggen. Resultatene fra denne studien viste at pasientene med utsikt mot naturen hadde færre postoperative komplikasjoner, hadde kortere sykehusopphold og ga ytterligere positive tilbakemeldinger enn den gruppen som hadde utsikt mot veggen (Ulrich, 1984). Denne studien er et eksempel på at naturen og de psykiske omgivelsene på sykehuset kan ha en positiv helseeffekt for pasientene. Tilgang til natur gir en rekke positive utfall både økonomisk for sykehuset og helsemessig for pasienten gjennom kortere sykehusopphold, mindre bruk av smertestillende legemidler, mindre belastning på personellet og mer fornøyde pasienter og pårørende (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1984). De fire måtene sykehushager kan redusere stress på ifølge Ulrichs modell diskuteres videre under.

2.5.1 Følelse av kontroll og tilgang til privatliv

Som nevnt tidligere har mennesker som opplever kontroll i situasjoner eller belastninger en mindre opplevelse av stress enn mennesker som ikke gjør dette (Espnes & Smedslund, 2001). Disse menneskene har også bedre forutsetninger til å håndtere stress når de står ovenfor stressende situasjoner og har bedre helse enn mennesker som opplever lite kontroll eller tap av kontroll (Marcus & Sachs, 2013). Innleggelse på sykehus eller opplevelse av sykdom kan resultere i tap av kontroll ved at en ikke kan bestemme hverdagen selv og egne gjøremål. For eksempel kan dette være hva du skal spise, når du skal stå opp, prosedyrer i form av blodprøver og undersøkelser, klær du skal ha på eller temperaturen i pasientrommet. Fravær av privatliv eller tap av kontroll kan dermed øke stressnivået mener Ulrich (1999). Ulrichs teori om støttende naturmiljø omhandler at en hage kan spille en viktig rolle ved å gi den enkelte personen tilbake kontrollen i form av å tilby en pause fra ellers stressende situasjoner og omgivelser. Denne «flukten» kan enten være passiv eller aktiv. Den passive flukten kan være for eksempel være å se ut i hagen gjennom et vindu, og den aktive flukten kan for eksempel være å gå en tur ute i denne hagen. I noen tilfeller kan det være nok å bare vite at hagen eksisterer for at den skal redusere stress, fordi du vet at du har muligheten til å benytte hagen (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999).

2.5.2 Sosial støtte

Forskningsstudier viser at det er en sammenheng mellom helse og sosial støtte (Barstad & Sandvik, 2015). Ulrich (1999) mener at mennesker som har sosial støtte har bedre helse og har lavere stressnivåer enn mennesker som ikke har dette. Han definerer sosial støtte som den materielle, emosjonelle eller fysiske hjelpen som en person får fra andre mennesker. Grøntområder utenfor helseforetak kan fungere som et sted hvor slik samhandling mellom mennesker kan foregå. Hagen legger til rette for uformelle eller formelle møter. Her kan ulike faktorer som plassering av hagen eller parken, plassering av sitteplasser og annet design være viktig for hvordan hagen eller parken blir brukt til sosial samhandling. Variasjon i utformingen kan legge opp til hverdagslig aktivitet og dermed senke barrierene for sosial kontakt. Større områder kan legge til rette for større ansamlinger med mennesker og personell for planlagte eller spontane aktiviteter i hagene (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999).

2.5.3 Fysisk aktivitet og mosjon

Teorien om *supportive gardens* legger vekt på at hagens design skal kunne muliggjøre mosjon og bevegelse for å kunne redusere stress (Ulrich, 1999). Fysisk aktivitet er også viktig for stressreduksjon, og for god psykisk helse (Martinsen, 2018). En hage i seg selv eller utsikt til en hage kan gi en pasient økt motivasjon til å komme seg ut av sengen. Selv for sengeliggende pasienter å få utsikt over en hage kan gi mulighet for bevegelse. En hage kan gi mulighet for mosjon på mange måter. Området kan tilrettelegges med for eksempel stier i ulike lengder slik at en kan gå eller trille ulike turer ut fra dagsform eller funksjonsnivå. Videre kan hagen utformes med ulike naturelementer underveis på stiene slik at en kan se og oppdage fler momenter rundt i hagene. Dette gjør også naturomgivelsene mer interessante for barn og deres familier, noe som også kan redusere familienes stressnivå på sykehuset. Videre kan hagen brukes i behandling av pasienter om stedet er egnet til dette (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999).

2.5.4 Naturlig distraksjon

En positiv distraksjon er en situasjon i omgivelsene som fremmer en bedring i emosjonene. Dette kan redusere engstelige tanker og stress (Ulrich, 1999). Positive distraksjoner kan være musikk, latter, kunst og dyr. Sammen med disse eksemplene har også natur vist seg å være en av de beste formene for positive distraksjoner. Positive distraksjoner er veldig viktige på sykehus hvor omgivelsene ofte er skremmende, stressende eller smertefulle. For å oppnå en naturlig distraksjon i omgivelsene bør hagen eller uteområdet gi muligheter til å samhandle med naturen. Sykehushagen skal fungere som en kontrast eller pusterom fra sykehuset eller helseforetaket (Marcus & Sachs, 2013). Fra Ulrich sitt perspektiv bidrar natur til å redusere stress gjennom at naturomgivelser oppleves estetisk gode å se på og være i (Ulrich et al., 1991). Gjennom dette reduseres aktiveringsnivået. Ulrich forklarer dette ut fra et evolusjonært perspektiv ved at mennesker har et iboende positivt forhold til natur, og derfor tiltrekkes av dette. Omgivelser med mer menneskeskapte elementer og mindre natur har dermed ikke de samme egenskapene. Det tar dermed lenger tid å senke aktiveringen og slappe av (Ulrich et al., 1991).

Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* vil i diskusjonskapittelet senere i oppgaven diskuteres og sammenlignes med Friluftssykehuset sammen med empiri og resultatene fra studien.

2.6 Gjeldende politiske føringer

Det har de siste årene vært et stort fokus på sammenhengen mellom natur og helse i det norske samfunnet og betydningen natur har for folkehelsen. Gjennom internasjonale og nasjonale retningslinjer har naturens helsefremmende betydning og viktigheten ved å fokusere på dette kommet tydeligere fram. I følge WHO er tilgang til grøntområder særlig viktig for mennesker med begrensede økonomiske ressurser, barn, gravide og eldre (WHO, 2016). I Norge skriver Regjeringen i de siste folkehelsemeldingene at samfunnsutviklingen skal tilrettelegge for å fremme helse, grøntstrukturer, miljø og livskvalitet. Tilgang til grøntområder i nærområdet er viktig for helse, aktivitet og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I Meld. St. 19 (2019) viser de til at tilgang til grøntområder gir lavere sosial ulikhet i helse, fremmer fysisk aktivitet og virker stressreducerende. Det hevdes også at alle barn skal gis muligheter for utvikling og mestring. Mestring gir ifølge Meld. St. 19 (2015) mening, livsglede og overskudd. Dette gjelder også når vi rammes av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Norge har forpliktet seg til å følge FNs bærekraftsmål og målene ligger dermed til grunn for internasjonal og nasjonal politikkutvikling, noe som også er fremhevet i siste folkehelsemelding (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). WHO er FNs egen organisasjon for helse og arbeider med å fremme helse og for at alle mennesker skal ha den best oppnåelige helsetilstanden som mulig (FN-sambandet, u.å.-b). Oppfølgingen av bærekraftsmålene har derfor lokale og nasjonale konsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). FNs bærekraftsmål nummer tre har som fokus å fremme god helse, og det er dette målet WHO har ansvar for. Her står det at en skal «*Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder*» (FN-sambandet, u.å.-a). Dermed er ikke helse bare fravær av sykdom, slik som også hevdet av WHO og Fuggeli (Fuggeli & Ingstad, 2001; WHO, 1986a). Dette bærekraftsmålet innebærer altså det å fremme helse, mental helse, livskvalitet og mestring. En god folkehelse kan, og bør, fremmes i hele samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Helsefremmende arbeid bør derfor gjøres i alle sektorer i samfunnet. Det betyr også at en bør fremme helse på sykehus og ikke bare helbrede sykdom (WHO, 1986b). Norge er også med i WHO sin Europaregion.

Det positive helseutfallet naturen har på helsen har kommet mer og mer inn i den norske politikken i løpet av de siste årene. Dette fokuset har de siste årene også blitt rettet mot sykehus og behandling av pasienter. Folkehelseloven bygger på de fem grunnleggende

prinsippene bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet, helse i alt vi gjør, medvirkning og utjevning av sosiale helseforskjeller. «Helse i alt vi gjør» innebærer at en skal tenke helse i alle sektorer i samfunnet. Dette fokuset innebærer også å tenke forebyggende helse i helsetjenesten (Folkehelseloven, 2011). I følge Spesialisthelsetjenesteloven (2001 §1-1) skal spesialisthelsetjenesten «fremme folkehelsen og motvirke sykdom skade, lidelse og funksjonshemming» (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001 §1-1). Dette formålet innebærer at spesialisthelsetjenesten også har ansvaret for å fremme helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det er mange eksempler på lovverk og rapporter som undersøker sammenhenger mellom natur, fysisk aktivitet og helse. I Meld. St 19 legges det vekt på at det er viktig å bruke fysisk aktivitet, og å bygge opp pasientenes egne ressurser og mestringsfølelse i behandlingen. Her kommer det frem at fysisk aktivitet og bruk av natur under og etter behandlingen bidrar til økt mestring og livskvalitet og reduserte uønskede bivirkninger både for fysisk og psykisk syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Meld. St. 18 (2016) om friluftsliv oppfordres sykehus til å ta i bruk naturen som en del av behandlingen. Her trekkes også Ulrich (1984) sin studie av sykehuspasienter frem som et eksempel på den positive betydningen naturen har på pasienter innlagt på sykehus. Videre trekkes Friluftsrådet i Oslo om omlands samarbeid med SBUP på Rikshospitalet frem som et positivt tiltak der friluftsliv virker positivt inn på pasientens livsglede, mestring og tilfriskning (Klima- og miljødepartementet, 2016). Dette er et tilbud for barn innlagt på sykehus. I Pasient- og brukerrettighetsloven (2001 §6-3) fremmes barns rett til aktivitet og stimulering i en helseinstitusjon. Barn som er innlagt på sykehus har dermed en lovfestet rett til å bli aktivisert og til å få annen stimuli enn behandling ved innleggelse på sykehus. Dette tilbudet er derfor i tråd med lovbestemmelsene, og noe også regjeringen oppfordrer til at det skal satses mer på.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil metode og gjennomføring av forskningsprosjektet legges frem. Først vil design og teoretisk forankring presenteres. Deretter legges utvalg og rekruttering, innsamling av data og analyse av materialet frem med egne underkapitler.

3.1 Teoretisk forankring og forskningsdesign

Problemstillingen som nevnt i kapittel 1.1 tar utgangspunkt i å finne en mening eller opplevelse av noe som ikke kan måles eller telles (Dalland, 2012). For å besvare forskningsspørsmålet er det derfor valgt å benytte kvalitative forskningsmetoder. På denne måten kan samtaler gi en informasjonsutveksling og diskusjon rundt fenomenet Friluftssykehuset som jeg ønsker å finne ut mer om.

Kvalitative metoder kan gi rom for variasjon, forskjellige meninger og ideer, ettersom menneskelige fenomener har flere sider, forståelser og dilemmaer. Gjennom samtaler kan man få mer innsikt i dette (Malterud, 2017). Problemstillingen i denne oppgaven tar utgangspunkt i å beskrive de vurderingene og meningene ansatte har om bruk av Friluftssykehuset. Studien skal derfor ikke prøve å forstå eller gå i dybden på et fenomen gjennom noens livsverden slik det gjøres i mange kvalitative studier. For å sammenstille informasjonen jeg får fra informantene med dette utgangspunktet har jeg følgelig valgt et beskrivende design (Stanley, 2015). Beskrivende design har ingen særskilt teoretisk retning, men egner seg godt til forskning i evaluering av programmer, konsepter eller virksomheter. Dette kan for eksempel være intervjuer om hva en gruppe mener om et bestemt tilbud eller tjeneste. Her er målet å søke synet eller perspektivet til en gruppe. Designet har fordelen å avdekke kunnskap som kan sees på som en selvfølge, men som ikke er dokumentert. Videre kan designet gi variasjon av ideer og synspunkt med ulike perspektiver (Stanley, 2015).

For å skape en større diskusjon med flere meninger, løsninger og perspektiver enn mulig med individuelle intervjuer har jeg valgt å gjennomføre kvalitative fokusgruppeintervjuer (Malterud, 2017; Stanley, 2015). Ettersom problemstillingen tar sikte på å lære mer om synspunkter, erfaringer og forståelse av tiltak eller videreutvikling av Friluftssykehuset er fokusgruppeintervjuer godt egnet (Malterud, 2017).

3.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget i studien bestemmer hva jeg som forsker kan si noe om (Malterud, 2017). Malterud (2012) hevder at et godt strategisk utvalg og en god sammensetning av deltakere kan være med på å styrke validiteten og de empiriske data i fokusgruppeintervjuer. I denne studien er det tatt utgangspunkt i å gjøre to fokusgruppeintervjuer med til sammen syv deltakende ledere fra avdelinger ved barne- og kvinnesenteret ved Rikshospitalet, for å få inn nok data til en forsvarlig analyse (Malterud, 2012).

Fokusgruppene ble planlagt til å være små grupper for å ha oversikt og kontroll under samtalen og for at deltakerne skulle ha tid til å ytre sine meninger og gi gode svar på spørsmålene mine (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Deltakerne i fokusgruppene skulle bestå av ledere ved Rikshospitalet som har liten tid til overs i hverdagen. Ved samtaler med ansatte på Friluftssykehuset kommer det frem at det er urealistisk å samle en stor gruppe med ledere i lang tid samtidig. Derfor måtte også gruppene være små for å finne et tidspunkt hvor intervjuene kunne foregå og hvor alle informantene hadde mulighet til å møte opp. Etter rekrutteringen av informanter ble fokusgruppene delt opp til å være to grupper. En gruppe med tre deltakere og en gruppe med fire deltakere. Størrelsen på disse to gruppene er definert som «minigrupper» av Johannessen et al. (2010) som sier at en minigruppe består av tre til fem deltakere. Fordelen med minigrupper er at hver deltaker får enda mer snakketid og det er lettere for deltakeren å åpne seg i gruppen. Videre er det lettere å diskutere komplekse temaer i små grupper. Dermed ble det vurdert at dette kunne være et greit antall deltakere, selv om jeg risikerte at det kom mindre informasjon frem, eller at det kunne bli vanskeligere å få til en god diskusjon (Johannessen et al., 2010).

Utvelgelsen av informanter ble gjennomført som en kombinasjon av et strategisk utvalg og et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017). Det strategiske utvalget gjøres for å velge ut informanter en mener har informasjonsstyrke og det beste potensialet for å belyse problemstillingen. I et fokusgruppeintervju er det også viktig at utvalget representerer temaet du vil ha svar på i problemstillingen, samtidig som utvalget utgjør homogene grupper i samtalen (Malterud, 2012). Inklusjonskriterier i studien var derfor viktige for den videre prosessen. Ambisjonen var å intervju ansatte på Rikshospitalet for å undersøke deres tanker og meninger rundt fenomenet Friluftssykehuset. For å belyse ulike nyanser, tanker og innfallsvinkler var ønsket at gruppene skulle bestå av ansatte fra forskjellige avdelinger. Videre var det viktig at det strategiske utvalget og sammensetningen ga en homogenitet i

gruppen. Homogenitet kan styrke gruppedynamikken fordi deltakerne lettere kan identifisere seg med hverandres utsagn og det kan bli mindre maktspill i gruppen (Malterud, 2012). For å lage homogene grupper uten ubalanse innad i gruppen var derfor ønsket at deltakerne skulle være i samme yrkesposisjon på Rikshospitalet. Det ble derfor bestemt at ledere ved de forskjellige avdelingene på sykehuset skulle intervjues. Gruppene ville da bli ganske like fordi deltakerne var ansatt i samme type stilling, noe som kunne gjøre at en person ikke følte seg mer overlegen en annen. Ledere vil også ha mer innflytelse i driften på Rikshospitalet, noe som kunne være gunstig med tanke på videre bruk av Friluftssykehuset med tanke på mer engasjement innad i avdelingene. Følgende inklusjonskriterier ble derfor gjeldende for dette prosjektet:

- Ledere ved Rikshospitalet
- Måtte ha jobbet som leder i 2 år eller mer
- Deltakerne skulle jobbe med barn på Rikshospitalet
- Deltakerne skulle komme fra forskjellige avdelinger

Det strategiske utvalget ble kombinert med å gjøre tilgjengelighetsutvalg hvor jeg inkluderte deltakerne det var mulig å oppspore på den tiden jeg hadde til rådighet (Malterud, 2017).

I rekrutteringsprosessen var en kontaktperson fra Friluftssykehuset bindeledd mellom meg og informantene. Kontaktpersonen sendte ut mail til aktuelle deltakere, som deretter tok kontakt om de ønsket å delta i prosjektet. Informantene i gruppeintervjuet måtte være både like og ulike ved at gruppene var homogene, samtidig som de hadde variasjon. Dette ga muligheter for at det oppsto ulik forståelse av temaet (Johannessen et al., 2010). For å få til dette besto det strategiske utvalget av ledere og tilgjengelighetsutvalget av fagsykepleiere fra Rikshospitalet. Utvalgene besto dermed av tilnærmet like stillingstitler, yrker og status på Rikshospitalet. For å få variasjon i gruppene var et av inklusjonskriteriene i rekrutteringen at deltakerne skulle komme fra forskjellige avdelinger på sykehuset. Et utvalg hvor informantene har ulik bakgrunn kan gi større mangfold og kan representere bedre informasjonsstyrke. Dette kan også gi mulighet til å beskrive flere nyanser i svarene (Malterud, 2017). Deltakerne hadde lite erfaringer om temaet og ingen av dem var «eksperter» på bruken av Friluftssykehuset. At informantene kom fra forskjellige fagområder og avdelinger ble vurdert som positivt fordi det ville gi mer mangfold i gruppene og dermed mer varierte svar og synspunkt på spørsmålene. Ut fra informasjonen jeg hadde om deltakerne

før intervjuene så jeg heller ikke noen begrensninger for gruppedynamikken (Malterud, 2012). Malterud (2012) beskriver at balansen mellom mangfold og fellesskap bør håndteres fornuftig ved sammensetning av gruppene. Dette har jeg også prøvd å gjøre ved mine grupper.

Gruppene ble koblet sammen ut fra bakgrunnen deres. Den første gruppen bestod av fire deltakere som alle var ledere på Rikshospitalet. Denne gruppen var homogen fordi alle deltakerne hadde høyere stillinger på sykehuset, samtidig som den hadde variasjon fordi deltakerne hadde forskjellig bakgrunn, meninger, erfaringer og synspunkter om Friluftssykehuset. Gruppen bestod videre av to kvinner og to menn, noe som også ga variasjon i gruppen. Den andre gruppen bestod av tre deltakere som alle tre var kvinner. Her var to av informantene ledere på hver sin sykehusavdeling, mens den siste informanten var fagansvarlig på en annen avdeling. Informantene hadde ulik arbeidserfaring og utdannelse i denne gruppen. Informantene i begge gruppene kan lett identifiseres, og er derfor ikke beskrevet nærmere. Det er brukt fiktive navn ved beskrivelse i resultatene og diskusjonen fordi informantene er lett gjenkjennbare.

3.3 Innsamling av data

Her beskrives utgangspunktet og videre fremgangsmåte av datainnsamlingen. Her vil intervjuguide, intervju, transkribering og analyse gjengis for å vise hva som er gjort i prosessen.

3.3.1 Intervjuguide

Før datainnsamlingen ble det laget en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål (vedlegg 1). Intervjuguiden skulle fungere som en oversikt over fasene i intervjuet og temaer som skulle belyses under samtalen. Spørsmålene skulle belyse forskjellige temaer og generelle spørsmål som var ønsket å inkludere i intervjuene (Johannessen et al., 2010). For å få oversikt over tidsbruk og grunnleggende spørsmål, ble intervjuguiden delt opp i ulike faser. I tillegg var det ønsket en naturlig progresjon med overlappning mellom emnene (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2012). I fase en, åpningsfasen, var ønsket å etablere gruppen. Her var målet å informere deltakerne om temaet som skulle snakkes om, rettigheter og kjørereglene for samtalen. Fase en i intervjuguiden bestod derfor av punkter hvor jeg minnet meg selv på hva jeg måtte huske å informere om.

Deretter gikk intervjuguiden over til en overgangsfase. Overgangsfasen bestod av rolige åpningsspørsmål for å starte gruppesamtalen. Åpningsspørsmålene var tenkt som lette spørsmål som alle ville kunne svare på. Spørsmålene var laget for å introdusere deltakerne og deres bakgrunn for å «bryte isen» i gruppen. Videre gikk intervjuguiden over i hovedfasen hvor de mest sentrale spørsmålene til denne studien kom frem. Intervjuguiden besto av åpne hovedspørsmål med underpunkter som det var planlagt at informantene burde være innom i løpet av diskusjonen. Hovedtemaene i intervjuguiden var spørsmål knyttet til inntrykk av stedet, Friluftssykehusets mulige rolle i behandling ved Rikshospitalet for pasienter og pårørende, muligheter for bruk og barrierer for bruk. Hovedfasen inkluderte også spørsmål om hvem og i hvilke situasjoner en kunne dra nytte av stedet. Disse spørsmålene ble vurdert til å kunne belyse problemstillingen. Til slutt avrundes intervjuguiden med en avslutningsfase. Her var det planlagt en oppsummering av sentrale punkter fra samtalen. I tillegg var det ønsket å oppklare uklarheter og åpne for tilleggskommentarer eller andre spørsmål deltakerne måtte ha (Johannessen et al., 2010). Se intervjuguiden i vedlegg nummer 1.

3.3.2 Intervju

Intervjuene ble gjennomført inne på Friluftssykehuset. Informantene ble møtt i forkant av intervjuene i resepsjonen på Rikshospitalet. Deretter gikk gruppen samlet opp til Friluftssykehuset. Her presenterte jeg meg selv og sekretæren som skulle ta notater underveis. Informantene fikk omvisning i bygget og informasjon om Friluftssykehuset som konsept. Det første intervjuet ble gjennomført med min veileder som sekretær. Det andre intervjuet ble gjort alene da gruppen var liten med bare tre informanter. Friluftssykehuset var et egnet sted å gjennomføre intervjuene. Da intervjuene skulle handle om Friluftssykehuset som konsept ville det være lettere for informantene å sette seg inn i konteksten ved å sitte inne i lokalet. Dermed kunne informantene gjøre seg mer kjent med omgivelsene, utforske stedet og få visuelle inntrykk for å kunne gi relevante tilbakemeldinger i intervjuene. Informantene var lite kjent med tilbudet fra før, og dette var derfor viktig og hadde stor nytte for diskusjonene i samtalen. Det kan tenkes at de samme gode diskusjonene ikke hadde oppstått om gruppen satt et annet sted, for eksempel på Rikshospitalet. Friluftssykehuset er i tillegg lite og skjermet for støy, noe som var gunstig under intervjuene. Dette ga en stor fordel for lydopptak og kvaliteten på samtalen fordi deltakerne ikke hadde forstyrrelser rundt seg og kunne sitte uavbrutt under hele samtalen (Dalland, 2012). For å sikre et empirisk grunnlag til dataene ble det benyttet lydopptak under intervjuene (Malterud, 2017).

Før selve intervjuet startet ble deltakerne informert om deres rettigheter og rammene for intervjuet. Vi samlet også inn informert samtykke og gikk gjennom «kjørereglene» for samtalen (vedlegg 2) (Johannessen et al., 2010). Jeg forsikret deltakerne om at deres personvern ville ivaretas og at jeg og min sekretær ville ha taushetsplikt. Da deltakerne hadde gitt sitt frivillige muntlige og skriftlige samtykke kunne intervjuet startes og båndopptakeren skrus på (Malterud, 2017). Intervjuet startet med en introduksjonsrunde hvor deltakerne presenterte seg selv, bakgrunnen sin, arbeidsplass og om de hadde besøkt eller hørt om Friluftssykehuset før. Introduksjonsrunden etablerte en ramme for samhandlingen mellom deltakerne og gjorde informantene kjent med hverandre (Malterud, 2012).

I intervjuene strebet jeg hele tiden etter å få god samhandlingsflyt mellom deltakerne hvor alle ville være tilstrekkelig interessert i temaet og ha en balansert diskusjon slik at alle kom til orde i gruppen (Malterud, 2012). I den første fokusgruppen var det god samhandling og stor variasjon i meninger og synspunkt. I den andre gruppen var det kun tre deltakere, og derfor nødvendig at jeg selv deltok mer aktivt i samtalen. Jeg arbeidet under begge intervjuene for å få deltakerne til å kjenne seg komfortable i situasjonen og gi deres utsagn anerkjennelse slik at deltakerne skulle åpne seg og ta ordet (Malterud, 2012). De ulike emnene i samtalen ble presentert med åpne spørsmål. I det første intervjuet opplevde jeg å ha pratevillige deltakere. Jeg lot derfor diskusjonene gå uten å stille mye oppfølgingsspørsmål. Deltakerne i denne gruppen diskuterte temaene seg imellom og var innom de forskjellige temaene uten behov for oppfølgingsspørsmål. I den andre gruppen, som var litt mindre, ble det stilt mer oppfølgingsspørsmål for å få med alle deltakerne og skape en bredere diskusjon i samtalen.

3.3.3 Transkribering

I etterkant av datainnsamlingen ble samtalen transkribert til tekst ved å lytte til lydopptakene fra intervjuene. Dette var for å gjøre materialet tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017). I en transkripsjon skal dialogen mellom deltakerne sammenfattes og registreres i skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2010). I følge Malterud (2017) skal en transkripsjon være mest mulig lojal, og ta vare på det opprinnelige materialet. Transkripsjonen skal ivareta deltakerens meninger og erfaringer så likt det de ble formidlet under datainnsamlingen som mulig (Malterud, 2017). Jeg passet på å transkribere samtalen nøyaktig slik at jeg hele tiden ivaretok meningsinnholdet i samtalen på en pålitelig og gyldig måte. Ikke-verbale sider av kommunikasjonen som latter og avbrytelser ble derfor skrevet inn for å forstå det deltakeren ville meddele i samtalen (Malterud, 2017). Deltakere med dialekt ble skrevet om til bokmål

for å ivareta deres anonymitet. Her passet jeg nøye på å ivareta meningen i det som ble sagt fordi jeg kunne risikere å endre meningen i utsagnene. Det ble passet på å ivareta informantenes integritet og verdighet i transkripsjonene ved å gi en best mulig gjengivelse av samtalen (Malterud, 2017). For å få til dette ble det planlagt en uke mellom hvert intervju. På denne måten kunne jeg transkribere samtalene dagene etter intervjuet, og ville da huske momenter og nyanser som kunne ha betydning for meningen i teksten. Dette ville styrke validiteten av analysematerialet fordi jeg enda hadde intervjuet friskt i minnet (Malterud, 2017). Dette hadde stor betydning for at transkripsjonene skulle bli gjenskapt så godt som mulig. Noen steder i samtalene var det avbrytelser og fler som snakket samtidig. Da jeg transkriberte så raskt etter intervjuene kunne jeg huske kontekst og sammenheng i disse momentene.

3.4 Analyse og tolking

I tråd med et beskrivende design er det gjort en tematisk analyse av intervjuene. Bakgrunnen for valget er som nevnt over at problemstillingen ikke søker å gå i dybden på et fenomen, men heller beskrive ansatte på Rikshospitalets refleksjoner og meninger rundt Friluftssykehuset. Et beskrivende design har en litt annen analysetilnærming fordi det ikke er en bestemt teori som veileder fremgangsmåten slik andre analysemetoder har (Stanley, 2015). I følge Stanley (2015) er ikke analysen av dataene en lineær prosess, men en gjentakende og tilbakevendende prosess. Analysen i beskrivende design har derfor en mer generell tilnærming enn andre analyseformer. For å sikre en god struktur i analysen min har jeg likevel prøvd å dele prosessen opp i ulike faser.

Da jeg hadde transkribert intervjuene mine leste jeg gjennom transkripsjonene nøye mange ganger (Stanley, 2015). Dette var viktig for å bli kjent med materialet jeg hadde samlet inn, og få et helhetsbilde av dataene mine. Her passet jeg på å legge min førforståelse til side. Etter jeg hadde lest gjennom alt flere ganger kunne jeg danne meg et inntrykk av hva som ble sagt under intervjuene (Malterud, 2017). På den måten var det mulig å få en mening av hvilke temaer og kategorier som dukket opp før analysen (Stanley, 2015).

Etter å ha blitt kjent med materialet, ble alle replikkene lagt inn i et Excel-ark, med en manuell åpen fordeling av dataene. Videre lagde jeg koder for de ulike utsagnene. Her brukte jeg farger for å hjelpe meg i prosessen. Jeg markerte utsagn som handlet om det samme med

samme farger slik at jeg skulle få et lettere overblikk over teksten. Ved siden av hvert utsagn ble det laget åpne koder for å beskrive utsagnene i korte ord. Utsagnene som hadde samme farge og samme kode ble plassert sammen for å forme ulike kategorier (Stanley, 2015). Innenfor de forskjellige kategoriene dannet det seg videre subkategorier ved hjelp av kodene som var laget. Subkategoriene var av samme meningsinnhold som hovedkategoriene, men hadde likevel en litt annen, og mer nyansert mening.

Analysen fortsatte med at jeg diskuterte hver kategori med min veileder. Vi diskuterte her plasseringen av dataen, vurderte meningen i replikkene og diskuterte flytting av utsagnene. Kategoriene dannet seg etterhvert i denne prosessen i overordnede temaer som bestod av kategorier og subkategorier. De ulike temaene mine var på mange måter avklart på forhånd. Problemstillingen i denne studien er bred og handler om tre avgrensede vinklinger av Friluftssykehuset. Videre var intervjuene også preget av disse overordnede problemstillingene. Dermed kom temaene fort frem under analysen av dataene. Stanley (2015) indikerer at en bør ta sikte på tre til fem overordnede temaer ved bruk av denne metoden. Denne studien endte opp med tre overordnede temaer som til sammen bestod av åtte kategorier med seks subkategorier.

3.5 Forforståelse og forskerrolle

En forforståelse kan forklares som en mening vi har om et fenomen før det undersøkes. Som intervjuer må jeg være bevisst min forforståelse og prøve å møte et fenomen så åpent som mulig, uten å påvirke oppgaven. Når jeg er bevisst min forforståelse om fenomenet jeg ønsker å undersøke er det lettere å kunne eventuelt avkrefte disse tankene, noe som kan gi større tillitt til holdbarheten (Dalland, 2012). I mitt yrke som sykepleier har jeg erfart frustrasjonen til pasienter som dag etter dag har sittet inne på pasientrommet uten mulighet til å bevege seg ut, eller pårørende som ikke ønsker å reise fra sine kjære for å få pause fra sykehushverdagen. Mangel på fristeder på sykehus har jeg sett kan skape frustrasjon for pasientene, utslitte pårørende, og foreldre som trenger pauser for å kunne være til stede for sine kjære under lange sykehusopphold.

De siste to årene på master i folkehelsevitenskap har jeg fått øynene opp for hva grønne omgivelser og natur kan gjøre med et menneskes psyke og helse. Deretter hvordan det kan bidra til restorasjon, mestring og å forebygge fatigue og psykiske senskader for det enkelte mennesket. I min jobb som sykepleier ved siden av studiet har jeg fått forståelse av at det er

lite kunnskap om dette i helsetjenesten. Jeg har videre fått inntrykk av at forebyggende helsearbeid er lite i fokus i spesialisthelsetjenesten. Innleggelse på sykehus er for mange traumatisk, og det er viktig å finne kilder til motivasjon og restorasjon slik at de involverte kommer seg gjennom denne opplevelsen. Derfor ønsket jeg å lære mer om dette og å bidra til mer kunnskap i dette feltet.

Min forforståelse er at natur og helse er mye forsket på, men at det er lite kunnskap om den helsefremmende effekten av dette i spesialisthelsetjenesten blant sykepleiere og leger på sykehusene. Da jeg kom over Friluftssykehuset i mine søk ønsket jeg å forske mer på dette fenomenet. Friluftssykehuset er relativt nytt, og det er derfor lite forskning på effekten av dette tilbudet. Jeg ønsket å bidra med kunnskap og videreutvikling av tilbudet slik at det skulle bli mer oppmerksomhet rundt helsefremming også i spesialisthelsetjenesten. En fordypning i dette temaet vil kunne være positivt for både helsepersonell og fremtidens pasienter og pårørende om det øker fokuset på forebyggende helsearbeid i helsetjenesten. Da jeg utformet problemstillingen for hva jeg ønsket å forske på gjorde jeg meg noen tanker om barrierer for bruk av Friluftssykehuset. Da jeg fortalte andre helsearbeidere om tilbudet, kom det frem at ingen av de jeg snakket med visste om det. Derfor gjorde jeg meg noen tanker om at dette muligens kunne være en stor barriere for bruk av stedet.

3.6 Ethiske vurderinger

I følge Johannessen et al. (2010) innebærer forskning ofte at det innhentes personopplysninger om personer en kan indentifisere i etterkant. Dette medfører at en må avklare etiske og juridiske forhold rundt forskningen. I alle former for kvalitativ forskning er det viktig å gjøre etiske overveielser ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). Det er det også i dette forskningsprosjektet. Derfor er etiske retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen fulgt. Forskeren må hele tiden være nøye med å ivareta personvernet til informantene under hele prosessen, og følge etiske retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen (Dalland, 2012).

Personopplysningsloven krever at de som behandler personopplysninger skal ta vare på personlig integritet. Videre skal loven sikre at grunnleggende personhensyn blir ivaretatt. Personopplysninger er opplysninger som kan knyttes til en person, for eksempel navn, bakgrunnsopplysninger eller telefonnummer. For å sikre personhensyn i dette prosjektet ble personopplysninger anonymisert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). For å sikre

deltakernes personvern ble prosjektet meldt inn til Norsk senter for forskningsdata, NSD, og godkjent der (vedlegg 3). NSD har mandat i personopplysningsloven, og jeg har som student plikt til å melde mitt prosjekt til NSD (Malterud, 2017).

Det er viktig å ivareta deltakernes personvern og anonymitet på en så god måte som mulig. Forskeren har derfor ansvar for å gi deltakerne tilstrekkelig informasjon om studien og må innhente samtykke fra deltakerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Det ble derfor laget et informert samtykkeskjema for å fortelle deltakerne om prosjektet, deres rettigheter og at deres personvern ville bli ivaretatt (vedlegg 2). Det informerte samtykket ble delt ut ukene før intervjuene slik at deltakerne kunne få god tid til å lese gjennom skrevet, og stille eventuelle spørsmål. Det informerte samtykket ble samlet inn med underskrifter fra deltakerne før intervjuene startet. Deltakerne ble informert om at de ikke ville bli gjenkjent, og at opplysninger om dem ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt før båndopptakeren ble startet.

Intervjusamtalene ble tatt opp på lydbånd. Deltakerne ble informert om dette før intervjuene. Det ble brukt båndopptaker for at intervjuene kunne gjengis så tro til virkeligheten som mulig. Selve lydbåndene ble oppbevart hos veileder på et låst kontor etter intervjuene var gjennomført. Opptakene ble slettet så snart det ikke var nødvendig å bruke dem lenger (Kvale & Brinkmann, 2010). De identifiserbare opplysningene ble oppbevart forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende og lydopptakene ble lagret på skolens sikrede nettverk. Transkripsjonene og personopplysningene vil bli slettet og makulert ved prosjektslutt som informert i informasjonsskrivet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Transkripsjoner medfører også etiske dilemmaer, fordi det kan være vanskelig å beskytte konfidensialiteten til deltakerne og andre som kan nevnes i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2010). For å sikre deltakernes anonymitet ble det brukt fiktive navn i transkripsjon, analyse og resultater. En kode for de ekte navnene og de fiktive navnene ble oppbevart separat slik at anonymiteten skulle sikres. Alle opplysninger som kunne avsløre hvem deltakerne var som arbeidsplass og tid i jobben ble utelatt fra transkripsjonene slik at ingen skulle gjenkjenne dem. Forskeren har også ansvar for å sikre personvernet til eventuelle tredjeparter. Tredjeparter ble utelatt eller anonymisert i transkripsjonene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil funnene fra den beskrivende analysen presenteres. Problemstillingen i denne studien tok utgangspunkt i tre delproblemstillinger og analysen er følgelig delt opp etter disse delproblemstillingene, som kalles temaer i analysen. Temaene er ulike vinklinger på Friluftssykehuset som konsept. Her presenteres først temaet *Å være i rommet* som deretter går over i temaet *Utbytte av bruk*. Til slutt presenteres temaet *Holdninger og barrierer*. De tre temaene fremlegges med tilhørende kategorier og subkategorier som beskriver ulike aspekter ved tematikken. En oversikt over disse vises i tabell 1:

Tabell 1 Oversikt over tema, kategorier og subkategorier

Tema	Kategori	Subkategori
Å være i rommet		
Utbytte av bruk	Avbrekk og privatliv fra å være på sykehuset	
	Fokus på det friske hos pasienten	
	Den gjenoppbyggende effekten	
	Distraksjon i naturomgivelsene	
Holdninger og barrierer	Bruk av stedet i behandling av pasienter	
	Tid til de vanskelige samtalene	
		Informasjon
	Praktiske systemer	Tilgjengelighet
		Tilrettelegging
		Bevissthet
	Ansattes oppmerksomhet og holdninger til bruken	Ansattes engasjement
		Tilgjengelige ressurser blant personell

4.1 Tema 1: Å være i rommet

Dette temaet viser til deltakernes egen tilstedeværelse i Friluftssykehuset. Her drøftes den følelsen og det inntrykket nærvær på Friluftssykehuset gir deltakerne når de sitter der. Flere av informantene forteller at de fikk en følelse av ro og stillhet da de kom inn i rommet og at de da kunne senke skuldrene. Informantene illustrerer dette ved å skildre samfunnet rundt oss. Det fortelles at det generelt er mye støy både ute i samfunnet med trafikk i gatene og lyder hele tiden. Da informantene kom inn i bygningen fikk de en ro over seg:

«Jeg tenker på ro. Altså vi lever i en tid hvor det er så mye stress og sånn. Jeg føler bare jeg kommer her, (...) jeg tror at det har en positiv innvirkning det som er rundt deg». Karen

Informantene påpeker at dette også gjelder sykehushverdagen ved at de opplever mye støy fra ventilasjonsanlegget, utstyr og alarmer rundt dem på sykehuset. Friluftssykehuset representerte en kontrast fordi det var helt stille der inne, noe som opplevdes godt. Deltakerne snakket også om arkitekturen i og rundt Friluftssykehuset. De bemerket at bygget er utformet på en slik måte at vinduene vender ut mot naturen. Det at vinduene vender vekk fra sykehuset mente de ga en følelse av at du ikke er på sykehuset, men at du er isolert ute i naturen:

«Det er jo perfekt å ha den ved, at du kan høre de lydene fra (bekken), at det er skjermet fra støyen, (...) du får en følelse av at du ikke er på sykehuset». Kristin

Det at man kommer tett på naturen og isolert sett bare er i naturen når man sitter inne i Friluftssykehuset ble beskrevet som avslappende. Videre mente noen av deltakerne at bare arkitekturen i seg selv ga en glede fordi de mente det var så gjennomført der. En av deltakerne beskrev følelsen av å være i en hule, samtidig som vinduene ga en åpning ut til naturen rundt:

«(..) så er det jo litt sånn hi eller hulefølelse. Men samtidig så er det mye åpninger til naturen rundt. (...) Det oppleves godt for meg hvert fall». Lise

I den ene gruppen snakket også en av deltakerne om at dette er et sted hun kan legge fra seg den profesjonelle rollen hun har på sykehuset. Hun mente Friluftssykehuset ga en følelse av å komme hjem til noen. Da dette ble ytret i denne gruppen, var de to andre deltakerne enige i uttalelsene og nikkete samtykkende:

«Og så legger man fra seg den profesjonelle rollen man har på sykehuset. I alle fall gjelder det for meg at det er veldig vanskelig å gå ut av den når jeg er på sykehuset og går i frakken min, og har de oppgavene jeg har i hodet, (...) blir det også litt restriksjon på tankemåten min. Så det er litt sånn som å komme hjem til noen». Kristin

Samtidig som begge gruppene mente at arkitekturen og utformingen ga en ro og følelse av å være isolert i naturen var det noen ting de mente trakk det ned. Noen av deltakerne snakket

om at sofaen var vond, og at den ikke var slik at du kunne ligge behagelig i den. En annen deltaker kommenterte steinene foran bygget, og mente de var i veien for utsikten og ikke hørte til i den settingen Friluftssykehuset ligger i. Likevel mente alle deltakerne at Friluftssykehuset var et godt sted å komme til. De omtalte alle at det var stille der og skjernet fra støyen utenfor. Samtidig bemerket deltakerne at beliggenheten og vinklingen til vinduene ga en følelse av å være i naturen og ikke på sykehuset. Dette anså de var avslappende og ga en god følelse.

4.2 Tema 2: Utbytte av bruk

Dette temaet viser til hvilke fordeler og hvilket utbytte Friluftssykehuset kan gi pasienter og pårørende. Temaet inkluderer de seks underkategoriene *Avbrekk og privatliv fra å være på sykehuset*, *Fokus på det friske hos pasienten*, *Den gjenoppbyggende effekten*, *Distraksjon i omgivelsene*, *Bruk av stedet i behandling av pasienter*, og *Tid til de vanskelige samtalenene*.

4.2.1 Avbrekk og privatliv fra å være på sykehuset

Denne underkategorien omhandler refleksjoner og meninger om hvor viktig det er for pasienter og pårørende å komme ut av sykehuset. Informantene hadde mange refleksjoner og vurderinger for hvorfor de mente dette er viktig. Her ble det beskrevet en sykehushverdag preget av rutiner hvor alle dagene er like. Det kom frem i samtalen at det er viktig å få et avbrekk fra dette:

«Fordi det går i en, altså den ene dagen er lik den andre og ingen ting husker man når skjedde, og å komme ut her sånn det tror jeg er mentalt oppfriskende». Lise

En informant hadde mer erfaring med å ta med pasienter ut av avdelingen og ut av sykehuset enn de andre i gruppen. Her kom det frem at det kan være vanskelig for pasienter og pårørende å unnsnippe fokuset på sykdom inne på sykehuset. Erfaringer med å gjøre aktiviteter som å brenne bål og andre uteaktiviteter rundt Friluftssykehuset kom frem under samtalen. Informanten hadde fått tilbakemelding om at å komme ut i friske omgivelser med trær, natur og rennende vann var et ekstremt viktig avbrekk fra sykehushverdagen:

«Det har nesten ikke gått en uke uten at jeg har hørt foreldre nevne det som en veldig viktig ting. Å få det avbrekket og det friminuttet (...). For uansett hvor bra det er på

avdelingene så er det på en måte sånn, det er vanskelig å komme vekk fra det fokuset på sykdommen da. Så fort du kommer ut av de dørene og de hvite rommene der, så kan man kanskje senke skuldrene og la tankene gå litt andre veier». Henrik

Kristin var opptatt av at pasienter og pårørende ikke får rom til å tenke og få perspektiv på ting når de er lenge på sykehus. Hun mente at ved å komme ut til Friluftssykehuset, så fikk du avbrekk fra sykehushverdagen, og dermed også får muligheten til å åpne opp for «*ting sånn som de er*». Hun mente det var viktig å få dette avbrekket for å få et nytt perspektiv på tankene og ro til å tenke:

«Ja, jeg tror det at når du har vært så lenge på sykehus som de har, så blir du helt låst. (...) Så kommer man hit, så får man kanskje et nytt perspektiv på ting. Kanskje man ser noen nye løsninger, som ellers er helt låst. (...) Og det er jo sånn man må gjøre hvis man skal få kreativiteten i gang. Så må man ha ro til å tenke. (...)». Kristin

Det ble påpekt at en sykehusinnleggelse påvirker både pasienter og pårørendes privatliv. På et sykehus beskrives det at en ikke har mulighet til å ha det privatlivet en er vant til hjemme fordi det er mye forstyrrelser fra sykehuspersonell i form av behandling, prøvetaking og andre prosedyrer som må gjøres i løpet av en dag. Å få avbrekk fra denne «invasjonen» og komme ut på Friluftssykehuset mente deltakerne i begge fokusgruppene var viktig fordi pasienter og pårørende igjen får følelsen av å ha et privatliv. Det å kunne lukke døren og vite at rommet disponeres etter deres behov den tiden de er der beskrives som noe veldig viktig:

«Det å bli lagt inn på sykehus enten det er som barn eller voksen, det betyr egentlig bare fravær av privatliv (...). Vi styrer fullstendig når du går inn og ut av rommene (...). Så det tenker jeg må være noe av den største verdien. Det å gå ut hit å være. (...) Den invasjonen det er, det tror jeg mange trenger avbrekk fra (...) Og det å bare få lov til å komme ut hit, om det så bare er på dagtid. Vite at nå er det vårt rom. Vite at her lukker vi døra, og det bankes på og vi ser ut av vinduene og det tror jeg er en stor verdi da. Kjempestor verdi». Martin

Samtidig som deltakerne mente at Friluftssykehuset kunne være et avbrekk fra mangel på privatliv på sykehus, ytret noen av dem at en fort kan kjede seg på Friluftssykehuset. Det ble påpekt at det var lite muligheter til å gjøre aktiviteter der og at det derfor kunne være

uinteressant for noen aldersgrupper å være på Friluftssykehuset. De viste særlig til at ungdom er en vanskelig målgruppe å nå ut til generelt og at dette særlig kunne være en utfordring til dette tilbudet. Noen av deltakerne mente at noen grupper barn og ungdom ikke kom til å få den samme følelsen av avbrekk og friminutt som andre målgrupper. Dermed ville de ikke ha samme nytte av ro og avbrekk fra sykehuset som andre målgrupper:

«Jeg tror de hadde kjedet seg veldig fort her. Sånn i forhold til hva barns behov er. Noen barn er jo i en tilstand hvor det å komme bort og få avbrekk og ro er det de trenger, men de ungene som vi skal tilby en eller annen form for annen fritidsaktivitet enn å bare være i et sykehusmiljø. Jeg ikke sikker på at vi får dem til å sette seg på trammen å nyte utsikten og høre på sildringen fra vannet og la de inntrykkene renne inn over seg en hel ettermiddag (...)». Martin

På den andre siden var det flere informanter som mente at også Friluftssykehuset kunne ha en stor verdi som et avbrekk også for ungdom. Det ble påpekt at stedet kunne ha verdi som et avbrekk for ungdom som ønsket å treffe kjæresten eller venner uten pårørende eller personell tilstede, altså det å ha et fristed for seg selv. Dette ble anerkjent som noe veldig viktig blant flere av deltakerne. Det ble nevnt som positivt for barn og ungdom at det ikke skjer så mye på Friluftssykehuset, fordi det skjer mye ellers på sykehuset. Dermed kunne stedet fungere som et avbrekk fra alt som skjer på sykehuset:

«Det er veldig mange tilbud her på sykehuset. (...) Og da kunne komme ut til et sted hvor det ikke skjer noen ting. Du kan bare være». Astrid

Dette underbygges med en av deltakernes egne sykehuserfaringer. Her ytres det at en blir lei av å vente hele tiden ved innleggelse på sykehus. Det beskrives at en hele tiden skal vente på at noe skal skje enten det er en prosedyre, medisiner eller mat. Lise sier at på Friluftssykehuset skal man ikke vente slik som inne på sykehuset.

4.2.2 Fokus på det friske hos pasienten

Flere av informantene i begge fokusgruppene understreket betydningen av å ha fokus på «*det friske*» i pasienten. De hadde flere refleksjoner om at pasienten ikke er sykdommen sin og var alle opptatt av å ha fokus på det friske i pasienten. Likevel ble det omtalt som vanskelig for behandlerne på sykehuset å fokusere på det friske i pasienten i sin arbeidshverdag fordi de

hadde en større behandlende rolle. Deltakerne som ikke hadde en like stor behandlende rolle fremmet viktigheten ved å få frem det positive og normale i situasjonen. Det ble dermed påpekt at Friluftssykehuset kunne være et sted hvor ikke sykdom skulle ha fokus, men bare det friske i pasienten. Flere av informantene mente dette var et sted hvor pasientene bare skulle få være seg selv:

«Det er ikke diagnosen som definerer hvem du er. Det er akkurat det vi må vekk fra. Det er jo det som er vanskelig på sykehus, at der går vi etter diagnosen og så klassifiserer vi for å holde medisinsk orden på en måte. Men når man kommer hit (les: Friluftssykehuset) så skal man bare være den man er. Jeg tror det må gjelde alle som er fysisk i stand til og psykisk i stand til å kunne ha nytte av det. (...)» Kristin

En informant fortalte om en pasientgruppe på sin avdeling. Denne pasientgruppen hadde en svært sjelden sykdom, som berører både pasientene og pårørende på en spesiell måte. Innenfor denne pasientgruppen arrangeres det møter mellom familier som berøres av samme sykdom gruppevis på Rikshospitalet. Denne typen pasientkategori kom frem som et eksempel på pasienter som kunne møtes på Friluftssykehuset istedenfor inne på Rikshospitalet for å få et annet fokus. Det ble påpekt at ved å møtes ute på Friluftssykehuset kan en dermed normalisere situasjonen og ha fokus på det friske utenfor sykehuset i naturlige omgivelser:

«(...) Da kunne dette være et sted hvor de har det. For de er så friske at de kan være hvor som helst. Dette kunne være en plass for dem å møtes (...). Og så er de litt i sjokk og sorg enda. Og så klarer de kanskje ikke å ta så mye inn, som de kanskje kunne gjort her hvor de kommer litt mer tilbake til seg selv». Kristin

Flere av deltakerne mente at Friluftssykehuset kunne være et sted man også kunne skape sosiale fellesskap. Noen av dem mente at for eksempel matlaging kan skape trivsel fordi det «er mer en del av det vanlige livet». Matlaging ute ved bålplassen på Friluftssykehuset mente de kunne skape trivsel og normalisere situasjonen de involverte er inne i og gi dem mulighet til å komme tilbake til seg selv i mer naturlige omgivelser enn en sykehussetting er.

4.2.3 Den gjenoppbyggende effekten

Et gjennomgående tema i intervjuene var hvordan Friluftssykehuset på ulikt vis kan bidra med ressurser pasientene måtte trenge i form av mestring og autonomi. Friluftssykehuset kan

dermed bygge opp pasienter og pårørende til å takle sykehusoppholdet og bearbeide det de har vært igjennom på sykehuset eller i sykdommen. Informantene begynte tidlig å diskutere dette, og hvordan man kunne dra nytte av Friluftssykehuset for å få en gjenoppbyggende effekt. Et viktig moment for informantene var at Friluftssykehuset kunne bidra til at pasienter og pårørende føler mestring i situasjonen de er i. Selv om det var uenigheter om hva som kunne gi en person mestring, var alle var enige om at å føle mestring over situasjonen var viktig for at en skal komme seg gjennom sykehusoppholdet. En del av informantene mente at bare det å komme ut på Friluftssykehuset ville gi pasienten en mestringsfølelse fordi du kom deg ut av sykehuset. Noen av deltakerne diskuterte sammenhengen mellom kontroll i livet og mestring. Her gikk samtalen ut på at en kan miste kontroll over livet ved opplevelse av sykdom, og at mestring er opplevelsen en har når en får kontroll og tar livet litt tilbake:

«Hvis det blir for kaotisk et sted for en person, hvor du ikke føler at du har kontroll, så er kanskje dette en plass hvor du kan ta kontrollen tilbake og faktisk bruke dette stedet til å finne en måte du kan mestre sykehuslivet på». Kristin

Samtidig ble det drøftet om alder hadde noe å si for om du klarte å reflektere rundt kontroll i livet og mestring. Noen hevdet at barn ikke var store nok til å reflektere over dette, men kunne få en indirekte mestringseffekt av å være i naturen ved Friluftssykehuset med en aktivitet eller et annet tilbud. Ungdom mente noen av informantene at kunne få en mestringsfølelse av å være der sammen med kjæresten sin eller en venn. Det ble ytret at en da kunne få innspill fra den andre som den personen du er, for deretter å dra tilbake til sykehuset og være mer styrket til å holde ut sykehusoppholdet.

Å mestre egen hverdag ble nevnt som viktig for pasientgruppen til en av informantene. Det å aktivisere pasientene og gi dem mestringsfølelse i form av ulike gjøremål ble sett på som veldig viktig. Aktiviteter som ga pasientene en følelse av å få til noe ble beskrevet hyppig som en mulighet til mestringsfølelse. Å dra ut til Friluftssykehuset mente mange kunne gi en mestringsfølelse i form av bare å klare turen opp dit, å fiske i elven for første gang, eller å lage snøhule utenfor om vinteren. Her blir også kontroll og mestring knyttet sammen. Det å ha kontroll over hverdagen var viktig for å kunne kjenne mestring over situasjonen:

«Jeg tror selvfølgelig det handler om at der er det et friminutt og noe annet fokus, men også det å kunne mestre noe. For du mister jo mye av den der, både friheten men også

noe av det med å mestre egen hverdag da. Å kunne på en måte ta over, ta litt kontroll over situasjonen igjen. Det handler nok om det. Det er jo mye psykisk i det». Henrik

Noen av informantene mente at pasienter ikke nødvendigvis får mestringsfølelse bare av å være på Friluftssykehuset eller å gå dit, men at de må gjøre noe aktivt i naturen for å få til dette:

«Ja hvis du kommer hit og har en eller annen aktivitet så tror jeg nok det, men eller så blir det litt som sagt, har du et hus i skogbrynet hjemme, så får du ikke noe mestring i å sitte på verandaen. Det er å gjøre ting i naturen». Astrid

Et siste eksempel som ble nevnt var pasienter med kroniske sykdommer som er på sykehuset over lang tid. Mange av informantene mente at en av hovedutfordringene de har på sykehuset er å gi disse langtidspasientene en følelse av mestring etter sykehusoppholdet før de reiser hjem. Her var det mange av informantene som mente Friluftssykehuset kunne være en måte å gi pasientene en følelse av mestring på ved å kunne klare seg selv og mestre hverdagen.

Videre snakket begge fokusgruppene om å bygge opp pasientene igjen etter et sykehusopphold. Dette begrepet innebærer å gi dem styrke til eget ansvar. Informantene forteller at det kan være skummelt for pasienter og pårørende å reise hjem fra sykehuset og ha ansvaret for seg selv eller den pårørende uten oppsyn:

«For noen skal jo bygges opp også. Vi har jo de ny transplanterte barna for eksempel. Da tenker jeg jo dette må være et fint sted for dem å komme til å føle at det ikke er så farlig å gå litt ut». Karen

En annen del av *Den gjenoppbyggende effekten* omhandler viktigheten med å bearbeide det pasientene og pårørende har vært gjennom i et sykdomsforløp, og å bygge seg opp igjen etter et sykdomsforløp. Hvordan en skal styrke pasientene ble drøftet i fokusgruppene. Mange av deltakerne mente at Friluftssykehuset kunne være et godt sted for pasienter og pårørende å bearbeide det de har vært gjennom eller bygge seg opp igjen etter et sykdomsforløp.

«(...) de skal også bearbeide at de har vært gjennom en tung periode før, og så kommer de til en ny periode i livet. Og så skal de bygge seg opp» Karen

Å bygge opp pasientene igjen etter et sykdomsforløp eller underveis i sykdomsforløpet ble beskrevet som viktig for å hjelpe pasientene å gjenvinne autonomien. I denne settingen ble Friluftssykehuset sett på som et sted hvor man kan ta styringen selv. En av informantene beskrev slik hvordan pasienter kan miste autonomien når en blir lagt inn på sykehuset, og at det er vanskelig å skjønne at en selv kan bestemme egne handlinger og gjøremål igjen:

«Jeg tenker å gjenvinne autonomien, for den tar vi fra dem. Så dette er en sånn overgangsfase hvor de begynner å skjønne at det er de som eier sitt eget liv. For vi eier jo livet deres inne på sykehuset. Det tror jeg kan ha stor betydning for å være rustet til der ute. For det er innmari syke pasienter vi har med å gjøre. Og familier som er preget av barnet som er sykt». Lise

Det var bred enighet om at opphold på Friluftssykehuset kan bidra til mestring, bearbeiding og autonomi for pasientene. Samtidig var noen av deltakerne usikre på hvordan man skulle kunne gi dette tilbudet til de sykeste pasientene som kanskje har det største behovet for det:

«Og så er det den andre gruppen, som jeg opplever at filosofien rundt Friluftssykehuset også er tiltenkt for som en del av behandlingen (...) Det er jo alle de som ligger (...) med langvarig cellegiftbehandling, tungt nedkjørt, lukker seg kanskje en del, vanskelig å få tillitsallianse til og så forteller de fra BUP at når de får dem med ut hit så skjer det noe magisk. Da får du en helt annen kontakt med ungene, du får snakket med dem» Martin

4.2.4 Distraksjon i naturomgivelsene

Naturen ble videre diskutert av informantene som et element som kan brukes som distraksjon og avledning for pasienter og pårørende. Noen av informantene var opptatt av at naturen er uforutsigbar i omgivelsene, og at du kan lage mye eventyr av det du finner. Her beskriver informantene ulike eventyr man kan ta pasienter og andre barn med på i naturen og omgivelsene rundt:

«Men her kanskje man kan tenne et bål. Kanskje man kan gå ut å si at nå skal vi leke, være litt indianer(...). Og man kan jo gjøre så mye eventyr ut av, for små barn uten at

det er så veldig avansert ikke sant. Vi skal ned å se om det er en fisk i elven eller, ja, finner vi et ekorn i naturen». Karen

De fleste informantene mente at å bruke naturen til eventyr i omgivelsene ville kunne gi pasientene mye positivt. Noen var usikre på om det gikk an å få til med alle pasientgruppene fordi en del aktiviteter ute krever at en er frisk nok til dette. En informant hadde flere forslag til hvordan en likevel kunne lage eventyr i omgivelsene for de sykeste pasientene:

«Man kan jo kanskje gjøre sånn at man lager små tunneller av busker, at man gjør det litt spennende når man skal gå inn, få naturen enda mer inn på. Bruke naturen som et redskap til opplevelser. For eksempel at man skal inn i en tunnell for å komme inn, eller gå ut her, og man kan jo ha fuglebord rett utenfor her». Karen

En av informantene var usikker på friluftsaspektet ved Friluftssykehuset. Hun mente at plasseringen ikke var langt nok inn i skogen for at det kunne kalles friluftsliv, og uttalte at en ikke driver med friluftsliv av å sitte på trappen utenfor. En annen informant i denne gruppen mente at Friluftssykehuset var det nærmeste noen av pasientene ville komme friluftsliv:

«Jeg tror at for mange av våre pasienter så er dette kanskje det nærmeste de kommer friluftsliv da, med så mange veldig syke barn». Ingrid

4.2.5 Bruk av stedet i pasientbehandlingen

Under begge samtalene fremkommer det flere tanker om hvordan Friluftssykehuset kan brukes i kombinasjon med andre tilbud og aktiviteter på Rikshospitalet. Noen har erfaringer med bruk av stedet i kombinasjon med andre tilbud for eksempel bruk av terapihund på Friluftssykehuset:

«Jeg har prøvd å ha terapihund her noen ganger. Det var veldig vellykket. (...) her er det jo tilrettelagt for at det kan kombineres med mange aktiviteter som gjør at det kan bli mer enn bare å sitte her». Henrik

Det var bred enighet i denne gruppen om at det var en god ide å kombinere det med andre tilbud. I diskusjonen kom det frem andre forslag om for eksempel å bruke Friluftssykehuset i sykehuskolen. I en av gruppene kom det frem tanker på hvordan man kan bruke stedet i

behandling av pasientgrupper som trenger mye stillhet og ro i sykdomsforløpet. Videre diskuterte gruppen hvordan man kan bruke stedet til å observere pasientens funksjon. De mente at man ikke ser hele pasienten godt nok på legekantoret og at ved å ta med pasientene til Friluftssykehuset kan en få mulighet til å se pasienten på en annen måte:

«Og så får man jo sett veldig mye hvis man spør om noen kan gå ned til elven å fiske. Så er det jo å gå ned og opp den bakken for eksempel, er jo vanskelig. Så man får sikkert mye ut av å bare observere. Og det gjelder også oss leger som ikke får sett funksjonstapet et barn har når det kommer på poliklinikken. De sitter på stolen. Men når du ser de ute, og faktisk hva de henger etter på». Kristin

Det ble også reflektert over at man bedre kunne se forholdet mellom pasient og pårørende på en annen måte og fra et annet perspektiv enn inne på sykehuset:

«Og også samspill, ikke minst. Hva gjør mamma eller pappa når barnet ikke klarer? Hva skjer mellom de to når de kommer i et litt annet miljø?» Astrid

4.2.6 Tid til de vanskelige samtale

Flere av informantene så muligheten til å bruke Friluftssykehuset til vanskelige samtaler både med pasienter og pårørende. Informantene mente for eksempel det var vanskelig å få frem informasjon om pasientene under vanlige inntakssamtaler. Dette er en veldig kunstig situasjon, mente de, som det var vanskelig å få frem de vanskelige tingene i. Astrid sa at: *«De vanskelige tingene kommer når man spiser pizza. Ikke når det er en sånn inntakssamtale»*. Gruppen diskuterte hvordan en skulle få til dette på en naturlig måte slik at man ikke låste pasienten i situasjonen:

«Hvis du hadde stått her å fisket med et barn, så hadde du ikke dratt opp anamnesen samtidig, men det ville vært naturlig innimellom å spørre; Du hvordan går det med...?» Astrid

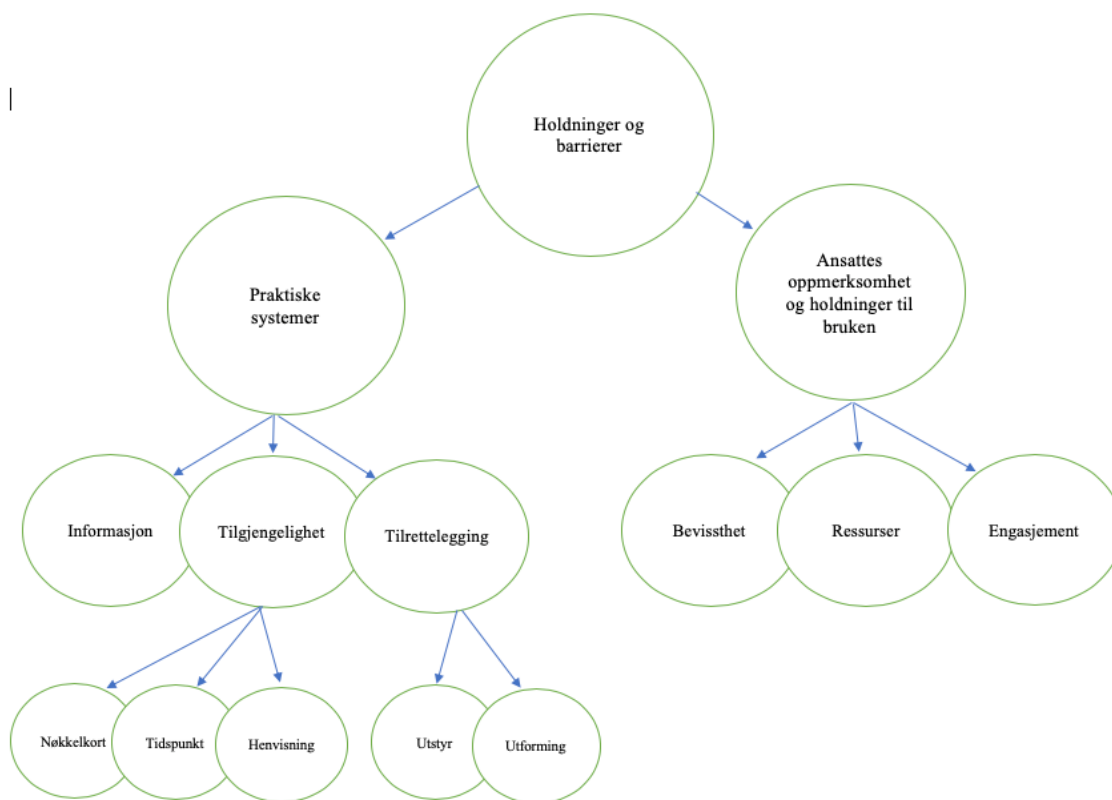
En annen type samtale deltakerne mente kunne være nyttig å bruke Friluftssykehuset til var ettersamtaler til pårørende etter en alvorlig hendelse eller et dødsfall på sykehuset:

«Det er noen samtaler som er vanskeligere enn andre, hvor det kunne vært hyggelig å tilby. For eksempel sånn ettersamtale etter et barn er dødt (...) For da, det å være i ro, da opplever de at vi gir dem hundre prosent oppmerksomhet». Lise

Både i den første og den andre fokusgruppen ble denne typen samtaler diskutert. Det var en bred enighet innad i gruppene om at dette kunne ha nytte for både pårørende og personell fordi en da hadde tid til å gjennomføre samtalene uten forstyrrelser. I tillegg ble det påpekt at *«man slipper å komme inn på sykehuset igjen etter at et barn er død»*, noe som var vurdert som positivt for de pårørende.

4.3 Tema 3: Holdninger og barrierer

Dette tredje hovedtemaet viser til hvilke holdninger og barrierer deltakerne mener bidrar til å vanskeliggjøre bruk av Friluftssykehuset. På en side inkluderer dette temaet praktiske barrierer som *informasjon* om stedet og bruken av det, *tilgjengelighet* til stedet og *tilrettelegging* for utstyr og *utforming* av stedet, og på en annen side holdninger og oppmerksomhet som *bevisstheten* de ansatte har gjennom å ha stedet i tankene, *ressurser* på sykehuset og ansattes *engasjement*. I dette kapitlet presenteres først de praktiske barrierene og deretter oppmerksomhet og holdninger for bruk av Friluftssykehuset. Dette delkapitlet har mange kategorier og subkategorier med tilhørende eksempler. Derfor er det laget et kart for å holde oversikten over alle de ulike grupperingene, vist i Figur 5.



Figur 3 Tema, kategorier og subkategorier med eksempler som tilhører subkategoriene.

4.3.1 Praktiske systemer rundt bruk av Friluftssykehuset

Alle informantene var opptatt av det praktiske rundt bruken av Friluftssykehuset og dette var et stadig tilbakevendende tema i intervjuene. De praktiske systemene omhandler først *informasjon* om selve stedet og bruken av det. Videre omhandler temaet *tilgjengelighet*, altså hvor tilgjengelig Friluftssykehuset er for pasienter og pårørende. Til slutt handler temaet om tilrettelegging av stedet for de som er ment å bruke det.

4.3.1.1 Informasjon om Friluftssykehuset

Det fremgår at deltakerne mente det var lite informasjon om Friluftssykehuset på Rikshospitalet. Flere av informantene hadde snakket om stedet med kollegaer på avdelingene sine i forkant av intervjuene. Ingen av kollegaene hadde hørt om stedet, eller at det kunne tas i bruk av de som måtte ønske dette. De hadde alle inntrykk av at det var lite kunnskap og informasjon om Friluftssykehuset blant ansatte på Rikshospitalet. «Så den er enda der at det har ikke nådd ut» sier Kristin i den forbindelse. Informantene mente det var mange faktorer

som var årsak til at det var lite kunnskap om Friluftssykehuset, men at informasjon er en av faktorene som spiller inn:

«Informasjon er nok en del av det. Det er jo mange faktorer som spiller inn. Men jeg vet, for eksempel nå i helgen så hadde en av pasientene vært her da, så satt legene på morgenmøte og sa det at «å, kan det brukes», liksom. Folk vet ikke». Lise

I begge gruppene ble det reflektert rundt hvorfor ikke ansatte visste om Friluftssykehuset og bruken av det. En av deltakerne mente at det er vanskelig å markedsføre slike ting på sykehuset, og at det er vanskelig å nå ut til målgruppene. Bakgrunnen for denne påstanden var at det hele tiden er nytt personell på jobb, og at det derfor er vanskelig å nå ut til de forskjellige fra dag til dag.

Deltakerne hadde flere forslag til hvordan det burde informeres om tilbudet for å nå ut til målgruppene. En viktig målgruppe for informasjon er sykepleiere og hjelpepleiere fordi de er nærmest pasienten i behandlingen på sykehus. Her kom det forslag om å bruke fagdage til sykepleierne for å informere de ansatte om stedet. Et forslag til å formidle informasjon var at det burde lages en film om stedet med forslag om hvordan stedet kunne brukes og ulike anledninger det kunne brukes til. På denne måten kunne ansatte og pasienter få innblikk i hva Friluftssykehuset er, hvor det er og hva hensikten er til bruk av stedet:

«Så jeg tror at, be forskjellige på avdelingene om å ha en fem minutter om det. Kanskje lage en video hvor du viser brukerperspektivet hadde vært en lur ide» Kristin

Videre mente deltakerne at det burde ligge mer informasjon om Friluftssykehuset på internett. Denne informasjonen mente de burde være lett synlig og tilgjengelig på internettsidene til Rikshospitalet. Kristin snakket om at filmen også burde legges ut med ideer om hva en kan bruke stedet til slik at det blir lettere for ansatte å huske å bruke stedet til ulike anledninger.

Et annet poeng som ble uttrykt var leger og sykepleiere og deres behov for mer informasjon og kunnskap om det å bruke natur i forbindelse med behandling av pasientene. Informantene påpekte at mange som jobber på Rikshospitalet er opptatt av å være i naturen, men glemmer å tenke på det i forbindelse med behandling av pasienter. Derfor mente noen at ansatte må informeres om muligheten til å bruke naturen også som en del av sykehushverdagen:

«De aller fleste som jobber på sykehuset her er veldig opptatt av naturen selv. De er fysisk aktive (...). Men fra det, og så flytte perspektivet til pasientene sine (...). Det er så ungt å forstå at det er en naturlig del av behandlingen. For det er fortsatt det at pasienten er der og så er behandlerne der. Så jeg tror leger spesielt må informeres om det. De må åpnes opp for muligheten». Kristin

4.3.1.2 Tilgjengelighet for pasienter og pårørende

En stor del av samtalene i begge fokusgruppene gikk også på tilgjengelighet for pasienter og pårørende. Deltakerne i fokusgruppene opplevde ikke at Friluftssykehuset var lett tilgjengelig for bruk. En av barrierene de snakket om i begge gruppene var tilgjengelighet av nøkkelkort. Friluftssykehuset er låst og åpnes med nøkkelkort som man må ned i hovedresepsjonen på Rikshospitalet for å låne etter avtale eller reservasjon. Dette mente de i begge gruppene ble for tungvint, og bidro til at brukere ikke tok seg tid til å bruke Friluftssykehuset. I en fokusgruppe snakket de om at en burde ha nøkkelkort tilgjengelig på alle avdelingene for å gjøre det lettere å bruke Friluftssykehuset:

«Og en så enkel ting som å ha nøkkelkort tilgjengelig på alle avdelinger. Sånn at det ikke krever veldig mye planlegging». Astrid

Det at nøkkelkort fort kunne forsvinne anså de som et dilemma for ledelsen ved Friluftssykehuset, men fokusgruppen vurderte at dette var en risiko en burde ta. Videre var nærmeste utgang fra Rikshospitalet til Friluftssykehuset en diskusjon i denne gruppen, fordi bruk av denne utgangen kan gjøre det lettere for sykere pasienter å komme til Friluftssykehuset. Denne utgangen er kortavhengig, og om en ikke har med ansatte eller eget kort dit må en gå rundt bygget ut fra barnesenteret for å komme til Friluftssykehuset. Det ble påpekt at det ville være lettere for en del pasienter å komme til Friluftssykehuset om denne utgangen var åpen slik at flere orket å ta turen bort:

«Det er for langt å gå rundt her altså. Når de er i den tilstanden de er og de trenger dette må de gå gjennom den inngangen her, og da må de ha nøkkelkort igjen da, for å komme ut. Så det er rett og slett de der helt basale tingene som må til tror jeg». Kristin

Videre diskuterte også begge gruppene prosedyren for å reservere Friluftssykehuset og fremgangsmåten for å henvise pasientene dit. Mange av deltakerne mente at prosedyren og fremgangsmåten for tilgang til Friluftssykehuset var alt for komplisert, og gjorde det vanskelig for ansatte å ta seg tid til å sende pasienter ut dit i en ellers travel hverdag:

«Det er nesten så man tenker at dette gidder jeg ikke. Vi må prøve å gjøre ting enklere i vår hverdag, ikke mer kompliserte» Kari

Det ble også påpekt at den skriftlige teksten i prosedyren var uklar. Det var for eksempel en del ord i prosedyren som informantene anså at ansatte på jobb ville bli forvirret av. Dette kunne gjøre ansatte usikre på hvem som kan bruke stedet og når det kan brukes:

«Og så er det noe sånn tvetydighet ved den prosedyren, for det er masse sånn på når skal du bestille på den ene og andre og tredje måten. Og så står det sånn ganske kjekt her «OBS: pasienten må være klargjort medisinsk for opphold på Friluftssykehuset». Hva er klargjort? Jeg har ikke peiling på hva det er altså. Og det vet hvert fall ikke legene som er på vakt, hva klargjort er, for da må det være regler (...).» Lise

Proseduren for reservering kom opp som en viktig barriere i begge gruppene fordi personalet på jobb er travle i hverdagen. Det fremgår dermed at prosedyren burde gjøres enklere for å lette arbeidet og forståelsen av reservasjonssystemet til Friluftssykehuset for de ansatte. Det ble for vanskelig å forstå og sette av tid til å reservere stedet til pasienter og pårørende, mente de. Derfor ble det heller ikke prioritert i en ellers travel hverdag.

I tillegg til prosedyren og nøkkeltilgang så var det et tema i gruppe to at Friluftssykehuset kun var tilgjengelig på kveldstid og i helgene. Dette mente informantene gjorde at mange avdelinger ikke fikk brukt stedet:

«For jeg trodde nok det skulle være mer åpent for alle når det ble lansert. Så når jeg så at BUP har det når det er tilgjengelig for oss, da la jeg det litt vekk». Ingrid

Dette var det enighet om i denne gruppen. Et forslag som kom frem her var om stedet kunne være tilgjengelig på dagtid en dag i uken også, slik at flere kunne dra nytte av stedet.

4.3.1.3 Tilrettelegging for pasienter

Tilrettelegging handler om hvordan Friluftssykehuset er tilrettelagt for bruk av pasienter og pårørende. Dette gjelder utformingen av selve bygget med tilrettelegging av utstyr, utformingen av bygget innvendig, og området rundt Friluftssykehuset. Om stedet var tilrettelagt for bruk kom tidlig frem som et sentralt emne i begge gruppene. Det viste seg at deltakerne mente veien til selve Friluftssykehuset var lang og bratt. Begge gruppene diskuterte dette som en sentral problemstilling:

«Det er det fysiske å komme seg hit (...). Nå har vi jo hatt en mild vinter, men bare tenk deg når det er litt snø. Det er jo ingen som kan komme hit. Og det er jo ikke likeverdige muligheter å komme hit en gang». Kristin

Kristin mente at selv uten snø er det vanskelig å trille rullestol opp bakken til Friluftssykehuset, og at dette i seg selv kan være nok barriere til at en ikke kommer seg dit. Dette synet delte resten av gruppen. Samme tema ble diskutert også i den andre gruppen. De diskuterte hvordan en skulle få rullestol eller seng opp bakken. Særlig om vinteren og våren når det er grus på veien så de på dette som en stor utfordring.

«Den bakken opp fra foreldreovernattingen der er ikke... Ja, jeg tar ikke ansvaret for å dytte en unge foran meg». Martin

Også tilrettelegging av rullestol og seng inne på Friluftssykehuset var et tema i gruppene. Det ble tidlig påpekt at det var tomt inne i bygget. Noen av deltakerne mente at dette var positivt da det dermed er lettere å få seng og rullestol inn dit. Rullestolrampen inn til selve bygget ble også omtalt som et positivt tiltak for å få sengeliggende pasienter inn i Friluftssykehuset da deltakerne så at det ikke var like godt tilrettelagt for dette inne på Rikshospitalet:

«Det er jo ikke rullestolrampe inne på Rikshospitalet. Så hvis man har en kinokveld på blått eller rødt auditoriet, så må vi bære opp pasienter i rullestol (...)». Henrik

Det var vanskelig for noen av deltakerne å se for seg at de sykeste pasientene skulle ha mulighet til å ta del i tilbudet, fordi det ikke var tilrettelagt for pasientutstyr inne på Friluftssykehuset. Noen mente dette burde tilrettelegges mer fordi de sykeste pasientene trenger medisinsk utstyr om de skal ha mulighet til å være på Friluftssykehuset:

«Jeg er veldig låst til tanken om de pasientene jeg ser for meg inne på sykehuset, og hvordan man skal klare å få de ut hit (...). Jeg har ikke klart å knekke den koden der enda, med alle sine remedier og duppeditter (...). Altså hvis vi snakker om de som er lenge på sykehuset, har jo noen særlige behov rundt seg (...). Men majoriteten i mitt hode er veldig bundet med sykehuset og remedier rundt seg». Martin

Lise delte denne tanken, men mente samtidig at ikke det skulle være fullt av pasientutstyr inne på Friluftssykehuset. Hun anså dette var noe en kunne frakte med seg for å få pasienten ut dit:

«Men da hadde det jo vært fullt av utstyr her (...). Nei, men de har mulighet til å ta det med seg. Det er jo bærbart det meste». Lise

På Rikshospitalet er det stadig arrangementer for pasienter og pårørende. En av deltakerne reflekterte rundt at det ofte er mange med på disse tilstelningene på tross av at de ligger lenge på sykehus og er veldig syke. Muligheten om at de samme pasientene også kan dra opp på Friluftssykehuset blir derfor diskutert:

«Hvert år, så er det veldig mange langtidspasienter som er med på det. Og de er jo «friske nok» til å være med på det. De er her jo over veldig lang tid, og de blir ikke sendt hjem. (...) Jeg føler at det stadig er langtidspasienter her som er ganske mobile». Henrik

De andre deltakerne i denne gruppen er enige i denne uttalelsen. Her hevdes det at en kan koble fra pasienten for å gjøre en hendelse, men at en ikke kan gjøre dette for lengre tid. En av informantene er opptatt av at det ikke er telefon på Friluftssykehuset. Hun mener at det må være mulig for pasienter og pårørende å ringe ambulanse eller inn til Rikshospitalet om det skulle være behov for dette for å få en trygghetsfølelse ved opphold på Friluftssykehuset.

En siste ting som kom opp under denne kategorien var at deltakerne ønsket et bord inne i hovedrommet på Friluftssykehuset. Dette var i forbindelse med servering til pasientene eller ved bruk av stedet til forskjellige målrettede aktiviteter:

«Kanskje man kunne hatt et bord? (...) med enkel servering eller noe sånt. Hvis man skal ha en ettersamtale eller sånt noe, sette et lys et sted, sånne ting». Kristin

4.3.2 Ansattes oppmerksomhet og holdninger til bruken

Noen av barrierene eller hindringene for bruk av Friluftssykehuset gikk mer på ansattes egen *bevissthet, engasjement og ressurser* til bruk av stedet i arbeidshverdagen, i motsetning til de praktiske systemene. Denne kategorien er den andre delen av temaet som vist i Figur 5, som kalles ansattes oppmerksomhet og holdninger til bruken.

4.3.2.1 Bevissthet

De fleste deltakerne visste om Friluftssykehuset og hadde fått noe informasjon om stedet fra før, selv om informasjon ble diskutert tidligere som en praktisk barriere. Likevel snakket mange av informantene om at det var vanskelig å huske på at det kunne brukes og ha det i bevisstheten i hverdagen. Kristin var en av deltakerne som visste en del om Friluftssykehuset fra før, og hadde vært der flere ganger tidligere. Likevel mente hun det var vanskelig å huske på det i hverdagen:

«Til tross for at jeg vet om det, og nå siden da så er jeg igjen i den der sykehusgreia. Jeg glemmer å tenke på muligheten, og introdusere det for pasientene». Kristin

Da Kristin ble invitert til å være med på dette forskningsprosjektet kom hun på pasienter som kunne hatt nytte av å være på Friluftssykehuset. Selv om hun visste om stedet forteller hun at hun ikke tenkte på muligheten mens en familie var innlagt på sykehus. Hun sier at ting har blitt så komplisert i hverdagen at man *«mister det enkle av syne»*:

«Den familien der var her jo i tre måneder, og de var utrolig preget av sorg. Og hun lillesøsteren eller storesøsteren til dette barnet løp rundt på sykehuset og begynte å bruke de andre sykepleierne som mødre. Fordi at de andre var så knyttet til barnet, og klarte ikke noe annet i den situasjonen. Og de skulle vi jo frigjort og sendt opp hit sammen med den lille jenta. Og latt dem få normaltid og leke her (...). Så det er bare en utrolig kritikk til meg selv at ikke jeg tenkte på». Kristin

Den andre fokusgruppen snakket om at en burde få større deler av ansatte ut til Friluftssykehuset for at de skulle se det selv. De mente at selv om en fikk informasjon om stedet, så husket du tilbudet bedre om du hadde vært der selv og sett det eller brukt det. En informant hadde erfaring med dette i forbindelse med rekruttering til andre arrangementer på sykehuset:

«Men det er litt sånn, de sykepleierne som tilfeldigvis er med på (...) med en pasient, (...) eller som er med på å ta imot gaver før jul, de husker det alltid. (...) Er tilstede og ikke bare ser en lapp eller informasjon, som du sier. At alle hadde litt sånn, som en del av en slags opplæring når du begynner på sykehuset her». Henrik

Denne andre gruppen diskuterte videre at ansatte som er nærmest pasientene burde få en omvisning på Friluftssykehuset, eller ha det som en del av opplæring eller kursdager slik at en har det mer i bevisstheten. Videre snakket de om at mange ansatte vet om stedet, men tror at Friluftssykehuset ligger på et annet sted enn det gjør. De hadde flere ganger måttet korrigere veien til Friluftssykehuset på grunn av dette:

«Ja jeg tror at det er en misforståelse blant flere. Så at man burde, type sånn sykepleierne for eksempel da, som har disse store fagdage, så burde man jo laget en halvtime og gått ut hit, tittet, fått nøkkelen, fått lov til å titte innenfor, bare ha det i bevisstheten sin». Martin

4.3.2.2 Ansattes engasjement

Deltakerne diskuterte de ansattes engasjement som et viktig moment for å få pasienter og pårørende ut til Friluftssykehuset. Det påpekes at Rikshospitalet var avhengig av engasjerte ansatte for å få dette til. Ansatte som motiverte pasienter og pårørende til å komme ut av avdelingen mente noen av dem var helt essensielt:

«Det er ildsjeler. Jeg tror det er det man må ha. Og jeg tror at hvis ildsjeler forsvinner, så tror jeg dessverre at ting blir liggende litt dødt». Astrid

4.3.2.3 Tilgjengelige ressurser blant personell

Underveis i samtalene diskuterte gruppene også hvordan en skal få de sykeste pasientene opp til Friluftssykehuset. Denne transporten har vist seg å være utfordrende, fordi en da må bruke ekstra ressurser til å frakte pasientene og være sammen med pasientene på Friluftssykehuset. Flere av deltakerne på begge gruppene så på dette som en stor utfordring:

«Det er jo dobbelt utfordrende fordi du må både ha med pleiere selvsagt med de pasientene som skal ut i et miljø sånn som dette, og du må kompensere for de pleierne som mangler inne. Så du må på en måte erstatte to ganger». Martin

En av deltakerne i den første fokusgruppen prøvde å se mulighetene til å få dette selv med pleierressurser. Han hadde sett flere ganger på andre arrangementer at det gikk an å få til selv om det krevde ekstra ressurser:

«Jeg tenker bare sånn, når det er fellesarrangementer her, som det er en del onsdager. (...) For eksempel med kinokvelder, da har vi hatt flere eksempler hvor det har vært barn som har kommet i seng. Og vi har fått opp de sengene på en eller annen merkelig måte, og de står der med en, kanskje to, noen har til og med hatt med seg tre sykepleiere. En pasient som er der hele tiden (...). Og det lar seg ordne». Henrik

Martin mente at ansatte anstrengte seg ekstra for å få til at pasientene kom seg ut av avdelingen der en så det ville gjøre pasienten spesielt godt. For eksempel hvis en pasient hadde vært mange uker inne i sykehusrommet uten å komme seg ut. Da ytret Martin at ansatte nesten ville komme på fridagen sin for å få det til. Men, han mente det som regel er for få ansatte på jobb til å få dette til uten at det skal gå ut over de andre pasientene:

«Hva kan du sette av ressurser til å få til gevinster som ikke går uforsvarlig ut over der resterende pasienter du også har ansvar for. Det er et regnestykke du hele tiden har med å gjøre. Du kunne jo absolutt funnet på masse med barnepasienter og tatt tak i det friske, men det går jo på bekostning av det oppdraget du har i forhold til å ta vare på alle de andre som også er syke». Martin

5.0 Diskusjon

Analyse av intervjuene som presentert i forrige kapittel resulterte i tre temaer som dekker de tre delproblemstillingene i studien. Dette kapitlet vil knytte det helsefremmende perspektivet, Ulrichs (1999) teori om *Supportive Gardens*, empowerment, mestring og empiri fra bakgrunnen i kapittel to opp mot studiens resultater. De tre temaene som diskuteres er temaene *Å være i rommet*, *Utbytte av bruk og Holdninger og barrierer*.

5.1 Å være i rommet

Samtlige av deltakerne i intervjuene beskrev stillheten på Friluftssykehuset som en fin kontrast til all støyen inne på sykehuset og ellers i samfunnet rundt. De fortalte at denne stillheten ga dem en følelse av ro og at de da kunne senke skuldrene og slappe av. Denne uttalelsen er i overensstemmelse med en rekke studier om natur og omgivelser på sykehus. Flere undersøkelser påpeker mye støy i sykehusomgivelsene som gjør pasienter, pårørende og personell stresset (Cervinka et al., 2014; Fornara & Andrade, 2012). Hager og grøntområder beskrives av Grahn et al. (2010) som steder som kan gi en følelse av stillhet og gi en avslappende virkning uten forstyrrelser. I tråd med Ulrich sitt perspektiv kan natur bidra til å redusere stress fordi naturomgivelsene oppleves godt å være i og estetisk gode å se på (Ulrich et al., 1991).

Flere av informantene påpekte også at utformingen på Friluftssykehuset ga en følelse av å være tett på naturen, samtidig som du fikk en følelse av å være borte fra sykehuset. En av informantene påpekte at du kan legge fra deg de rollene og bekymringene du har inne på sykehuset når du er ute på Friluftssykehuset. Utsikten til naturen og følelsen av å være tett på naturen mente informantene opplevdes godt og fikk dem å stresse ned. Den positive påvirkningen naturlige omgivelser har på enkeltmennesket beskrives i en rekke studier. Natur beskrives som noe som kan gi økt velvære og være stressreducerende (Cervinka et al., 2014; Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1984). Naturen kan også ha en positiv innvirkning på individet og redusere stress av å ved å se på den gjennom for eksempel et vindu (Ulrich, 1984). I tråd med Ulrich (1999) *Theory of supportive gardens* er natur en positiv distraksjon som bidrar til en følelse av å være borte, noe som også kan redusere stress. Her beskrives uteområdet som en mulighet til å samhandle med naturen og en kontrast eller pusterom fra sykehuset.

5.2 Utbytte av bruk

Funn viser at ansatte ser på muligheten for *avbrekk* fra sykehustilværelsen og *privatliv* fra sykehuset som betydningsfullt for pasienter og pårørende. Informantene beskrev sykehuset som et sted uten privatliv hvor du hele tiden blir forstyrret av sykehuspersonell i form av behandling, prosedyrer og prøvetaking. Informantene mente at det var viktig for både pasientene og pårørende å få avbrekk fra denne invasjonen og igjen få en følelse av privatliv. Tanja-Dijkstra og Andrade (2018) beskriver også dette i sin studie ved at en ikke har kontroll på hvem som kommer inn i rommet, eller egen kropp på sykehus. Privatliv beskrives også som betydningsfullt av Grahn et al. (2010) som sier at en effekt av sykehushager er at du er uten forstyrrelser. For barn på sykehus beskriver Whitehouse et al. (2001) at det er viktig for pasientene å komme seg vekk fra sykehuset, og være et annet sted. I *Theory of supportive gardens* trekkes dette også inn. Teorien beskriver at innleggelse på sykehus kan resultere i tap av kontroll ved at en ikke kan bestemme hverdagen selv. Fravær av privatliv eller tap av kontroll beskrives som noe som kan øke stressnivået. En hage kan gi individet tilbake kontrollen ved å gi et avbrekk fra sykehuset (Marcus & Sachs, 2013; Ulrich, 1999). Fra de ansattes perspektiv er det mulig å tenke seg at Friluftssykehuset kan gi en slik opplevelse for brukerne. Det kan dermed tenkes at Friluftssykehuset kan gi individet tilbake kontrollen. I WHO sin definisjon av helsefremming er empowerment viktig for å få kontroll over livet og mobilisere ressurser til å ta hånd om utfordringene sine. Å få en følelse av kontroll kan dermed gi økt empowerment i et helsefremmende perspektiv (WHO, 1986a).

Informantene mente også at avbrekket fra sykehuset kunne gi pasienter og pårørende rom til å tenke, og et nytt perspektiv på situasjonen. Dette avbrekket mente de var viktig fordi sykehushverdagen er preget av mye rutiner, og noen av informantene mente en blir helt låst av være i det så lenge. Funnene er i tråd med studier gjort på natur og helse, hvor det kommer frem at kontakt med natur kan hjelpe ungdom å roe ned, og få et nytt perspektiv etter en stressende hendelse eller opplevelse (Myers Jr., 2012). Hartig et al. (2014) beskriver at natur kan brukes som en flukt fra fysiske stressfaktorer og at en kan gjenopprette tilpasningsressursene sine. I samråd med Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* kan natur være en positiv distraksjon som kan fungere som en kontrast til sykehuset og redusere engstelige tanker og stress. En kan dermed distraheres fra tankene på sykehuset. Dette er i tråd med funn i studien og informantenes meninger om at opphold på Friluftssykehuset kan gir rom til andre tanker. En av informantene beskriver pausen fra sykehuset som en viktig del av dette avbrekket sammen med det å komme vekk fra fokuset på sykdom og ut i friske omgivelser

med trær, natur og rennende vann. Følelsen av å komme ut i frisk luft med solskinn, rennende vann og naturomgivelser beskrives også som et positivt avbrekk for pasienter og pårørende av Marcus og Sachs (2013). Det kan tenkes at dette avbrekket dermed gir en økt følelse av velvære gjennom positive fysiske miljøkomponenter i omgivelsene. I tråd med WHO sin definisjon på helse kan en være syk, men samtidig ha en følelse av velvære (WHO, 1986b).

Noen av informantene mente at ikke alle pasientene ville få samme følelse av avbrekk og friminutt som andre pasienter inne på Friluftssykehuset. Andre deltakere var uenig i dette. Innad i gruppene mente noen at ungdom ville ha effekt av et avbrekk og et privat sted uten pårørende og personell tilstede. I Whitehouse et al. (2001) sin forskning diskuteres samme problemstilling, ved at det er vanskelig å nå ut til flere målgrupper på en gang. For eksempel kan noen barn ønske at det er mulig å gjøre flere aktiviteter, mens andre barn har mer behov for ro. Også her kom en frem til at ungdom kunne ha et større behov for et skjult tilfluktssted å skjerme seg i. Ungdom kan ha et behov for å skjule seg på et privat sted ved innleggelse på sykehus på grunn av for eksempel forandringer på kroppen ved sykdom. Marcus og Sachs (2013) trekker også frem denne problemstillingen.

Denne studien og resultatene fra intervjuene viste at informantene mente det er viktig å ha *fokus på det friske* i pasienten, og at det kan skje gjennom besøk i Friluftssykehuset. Flere av deltakerne uttalte at de mente pasientene ikke er sykdommen sin, og at en må fokusere på å fremme det positive og normale i situasjonen pasientene og pårørende befant seg i. Dette er i tråd med Naidoo og Wills (2009) som skriver at uansett diagnose, så er det alltid en del av pasienten som er frisk. Det er viktig å fremme disse delene av mennesket. Dette er videre i tråd med WHO sin definisjon på helse, hvor helse ikke bare er fravær av sykdom (WHO, 1986b) og den holistiske modellen som handler om en forestilling av positiv helse (Weerasuriya et al., 2016). Individet må sees på som en helhet, og behandling på sykehus må inkludere det totale behovet individet har (WHO, 1986a). For å ha fokus på det friske i pasienten mente informantene at Friluftssykehuset kunne være et sted man kan være seg selv. Videre diskuterte noen av informantene muligheten for å lage sosiale fellesskap, skape normale situasjoner og trivsel. En av informantene mente dette ville normalisere situasjonen for pasientene og deres pårørende, fordi det var litt mer av det normale livet. Dette er i tråd med Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* som hevder at sosial støtte og kontakt mellom mennesker er viktig for å redusere stress, og at hager kan være en arena dette skjer enten spontant eller arrangert i grupper.

Funn i denne studien viser at Friluftssykehuset kan brukes som et sted for å *bygge seg opp* og få en *mestringsfølelse* ved sykehusinnleggelse. Informantene mente at mestring er viktig for pasienter og pårørende i den situasjonen de er i. De diskuterte om Friluftssykehuset kunne være en arena for å oppnå dette. I Vifladt og Hopens (2004) definisjon på mestring står det at god mestring kan hjelpe deg å tilpasse deg den nye virkeligheten du må leve med. Dette er i tråd med informantenes tanker om mestring på sykehuset. Informantene mente at Friluftssykehuset kunne gi en pause, og et nytt perspektiv slik at du kunne komme tilbake på sykehuset og mestre sykehushverdagen litt bedre. I lys av Banduras (1977) teori takler du letter motstand om du har mestringstro, og tåler dermed belastningen du står overfor bedre. I overenstemmelse med resultatene kan det tenkes at pausen fra sykehuset på Friluftssykehuset vil kunne gi et nytt perspektiv slik at en får økt mestringstro i sykehusoppholdet.

Informantene mente videre at det var en sammenheng mellom kontroll og mestring. En av deltakerne beskrev sykehuset som et kaotisk sted, hvor en ikke føler at en har kontroll over eget liv og egen kropp. Funn i resultatene fra denne studien viser at Friluftssykehuset kan være et sted en kan ta kontrollen litt tilbake, og dermed kjenne på mestring over situasjonen igjen. Dette funnet kan sees i lys av Espne og Smedslunds (2001) beskrivelse av kontroll og mestring. Det er viktig at en føler kontroll over situasjonen en er i. Om en føler kontroll over en situasjon får en økt mestringsfølelse, noe som gir mindre opplevelse av stress. I denne forklaringen beskrives det at det er viktig å hjelpe mennesker til økt mestring slik at en kan mestre de belastningene en står ovenfor. Funn fra resultatene i denne studien viser samme tilnærming til mestring og her kommer Friluftssykehuset frem som en arena hvor en kan få kontroll over situasjonen, og dermed oppnå mestring. Dette resultatet kan sees i lys av Ulrichs (1999) *Theory of supportive gardens*. Her trekkes kontroll frem som viktig for å håndtere stressende situasjoner. Lite kontroll eller tap av kontroll beskrives som noe som øker stressnivået. I denne teorien fremgår det at en hage kan gi den enkelte tilbake kontrollen i form av å tilby en pause fra de stressende omgivelsene inne på sykehuset. Denne teorien er i tråd med informantenes tanker om at Friluftssykehuset kan bidra til å gi en pause fra sykehuset og dermed gjenopprette kontrollen. I tråd med Ottawa Charteret inkluderer helsebegrepet å styrke individet slik at en kan mestre alle faser i livet, inkludert sykdom (WHO, 1986b). Dette kan samsvare med funn i denne studien hvor informantene var opptatt av å styrke pasientene og pårørende i sykdomsoppholdet.

I denne studien mente noen av deltakerne at ikke alle ville kjenne mestring ved å bare komme til Friluftssykehuset. Noen mente at en måtte gjøre noe aktivt for å kjenne på mestringsfølelsen. Det å gi pasienter og pårørende en mestringsfølelse i form av å gjøre noe aktivt ble sett på som veldig viktig for enkelte pasientgrupper. Å gjøre noe aktivt for å oppnå mestring er i tråd med Grahns (2010) forskning hvor pasienter gjør noe aktivt i hager på sykehus. Her beskrives aktivitet som noe som kan gi pasientene en mestringsfølelse etter sykdom. Grahn (2010) mener at det er viktig at hagen gir mulighet til aktivitet samtidig som det gir mulighet til ro for å kunne skape en mestringsfølelse hos den enkelte. I Meld. St. 19 (2015) legges det vekt på at det er viktig å bruke fysisk aktivitet og natur i behandling av pasienter for å legge til rette for økt mestring hos den enkelte. FNs bærekraftsmål nummer tre legger vekt på å fremme helse og mestring hos enkeltindividet (FN-sambandet, u.å.-a). I pasient og brukerrettighetsloven (2001§6-3) legges rett til aktivitet og stimulering på helseinstitusjon frem som en rettighet barn har. Det kan argumenteres for at Friluftssykehuset er en fin arena for dette. En av informantene fremmet flere forslag for aktiviteter som kunne arrangeres på Friluftssykehuset. Informanten mente dette ville gi pasientene en mestringsfølelse og styrke dem til å takle sykehusoppholdet.

Studien viser også at Friluftssykehuset kan brukes som et sted å bearbeide det en har vært igjennom, og bygge seg opp igjen etter et sykdomsforløp. Friluftssykehuset ble beskrevet som et sted man kan ta styringen litt selv. Dette kan sees i lys av «empowerment» som skal skape en opplevelse av motivasjon, personlig drivkraft, mening, identitet og glede og øke menneskers kontroll over egne liv (Stadnyk et al., 2010). Å ta styringen selv kan hjelpe enkeltmennesket til empowerment, noe som igjen kan gi en mestringsfølelse (Sørensen et al., 2002). Grahn et al. (2010) beskriver hager som et sted man kan bearbeide det en har vært igjennom, og hevder at det kan være lettere å snakke om tanker og følelser med naturlige omgivelser rundt seg eller gjør noe aktivt i naturen. Det kan tenkes at disse faktorene bidrar til empowerment og deretter en mestringsfølelse for enkeltmennesket.

Deltakerne fra gruppeintervjuene mente at naturen kan brukes som distraksjon og avledning for pasienter og pårørende. De beskrev naturen som uforutsigbar, og mente en kunne skape mye eventyr i omgivelsene på Friluftssykehuset. Denne avledningen mente deltakerne var positivt for pasienter og pårørende fordi det kunne være en distraksjon fra sykdommen og sykehuset. Dette funnet kan sees i lys av Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* hvor naturen beskrives som en positiv distraksjon i omgivelsene som kan redusere engstelige

tanker og stress. Her beskrives det at hagen bør gi mulighet til å samhandle med naturen for å oppnå naturlig distraksjon. Denne teorien er i tråd med det informantene beskriver når de foreslår ulike måter pasientene kan samhandle med naturen rundt på Friluftssykehuset. I Meld. St. 18 (2016) oppfordres sykehus til å ta i bruk naturen som en del av behandlingen fordi naturomgivelser kan virke positivt inn pasientens livsglede og mestring.

Funn i denne studien viser en stor positivitet ved å bruke Friluftssykehuset i kombinasjon med andre tilbud og aktiviteter ved Rikshospitalet. En av informantene hadde brukt stedet sammen med en terapihund, noe som ble beskrevet som vellykket. Andre informanter mente at sykehuskolen ville ha nytte av å bruke stedet. Friluftssykehuset ble også foreslått som behandlingssted for pasienter som trenger mye stillhet og ro. Videre ble det fremmet forslag om å bruke stedet for å se pasientens funksjonsnivå et annet sted enn på legekontoret, samt kunne observere samspeillet mellom pasienten og pårørende på en annen måte ute på Friluftssykehuset enn inne på et legekantor. Dette forslaget kan sees i lys av Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* som legger vekt på at hagens design skal kunne muliggjøre for mosjon og bevegelse fordi dette igjen kan redusere stress. I lys av dette kan hagen brukes i behandling av pasienter om stedet er egnet til dette. Meld. St. 19 (2019) viser også til at grøntområder kan fremme fysisk aktivitet og virke stressreducerende, noe som videre er helsefremmende for enkeltindividet.

Marcus og Sachs (2013) beskriver at relasjonen til personell og familie kan bli bedre ute i naturen enn inne. Her vises det også til at et dyr, for eksempel en hund, kan styrke relasjonen med familie eller personell hvis dyret er sammen med barnet i naturen. Dette var noe som også kom frem i denne oppgaven og resultatene her som et eksempel. I pilotstudien til Tanja-Dijkstra et al. (2017) viste det seg at pasientene foretrakk å få kreftbehandling ute fordi det ga mulighet til frisk luft, sol og friske omgivelser, som økte velbehag. Tanja-Dijkstra og Andrade (2018) beskriver at pasienter med utsikt til natur og lyder fra naturen kan ha bedre smertekontroll under smertefulle prosedyrer enn pasienter som ikke har dette. Det kan tenkes at slik behandling også kunne fungert ute på Friluftssykehuset. Selv om ikke informantene foreslo akkurat denne typen behandling, så var de positive til ulike behandlinger ute på Friluftssykehuset og kombinere det med andre tilbud og aktiviteter.

I lys av Ulrich (1999) sin teori kan positive distraksjoner som natur bidra til å redusere stress og bedre emosjonene. Bruk av natur i undervisningssammenheng er påvist som en kontekst

for læring for elevene (Myers Jr., 2012), og studien til van den Bogerd et al. (2020) viste at elevene rapportere bedre konsentrasjon og oppmerksomhet i klasserom med naturinnslag. Det kan tenkes at Friluftssykehuset er en fin arena for dette, noe som også ble foreslått i denne studien. Som nevnt tidligere oppfordres sykehus til å ta naturen mer i bruk i behandling av pasienter (Klima- og miljødepartementet, 2016). I Pasient- og brukerrettighetsloven (2001 §6-3) fremmes i tillegg barns rett til aktivitet og stimulering på helseinstitusjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Det kan derfor videre tenkes at denne rettigheten kan ivaretas ute på Friluftssykehuset.

Studien viser også at Friluftssykehuset kan være en fin arena for *de vanskelige samtalene*. Informantene mente at for eksempel inkomstsamtaler var en kunstig setting uten en naturlig tilnærming til pasientens problemer. Her kunne Friluftssykehuset åpne opp for problemer og nye innfallsvinkler gjennom aktiviteter og naturlige omgivelser. Sherman et al. (2005) beskriver natur som et sted barna kan leke og samhandle med hverandre, foreldrene og behandlerne og at en da kan få frem mer enn inne på sykehuset og ha terapi med pasientene på denne måten. Videre viser funnene i denne studien at informantene kunne tenke seg å ha ettersamtaler på Friluftssykehuset etter en alvorlig hendelse, eller for eksempel etter et barn var dødt. Ettersamtaler mente deltakerne var gunstig for at pårørende skulle få slippe å komme inn igjen på sykehuset, samtidig som en har en mer rolig atmosfære rundt seg med naturlige omgivelser og trygge rammer. Dette resultatet kan sees i lys av Ottosson and Grahn (2008) sin studie som fant at natur har betydning som buffer for mennesker som gjennomgår en stor krise i livet. Å bruke natur som buffer ved kriser gjelder også ungdom, som kan få et nytt perspektiv etter en stressende hendelse ved å oppleve natur (Myers Jr., 2012). En hage eller natur kan være et stille sted for pårørende som har mistet et familiemedlem for å takle sorgen (Marcus & Sachs, 2013), og er viktig for sorgprosessen etter du har mistet en du er glad i (Asano, 2008). Derfor kan det tenkes at Friluftssykehuset kan gi en god ramme rundt en slik ettersamtale for de pårørende.

5.3 Holdninger og barrierer

Denne studien viser at det var lite *informasjon* om Friluftssykehuset blant personell og pasienter på Rikshospitalet. Informantene hadde inntrykk av at det var få av deres kollegaer som visste om Friluftssykehuset, at det kunne brukes, og hva det kunne brukes til. Flere av informantene hadde spurt kollegaer om hva de tenkte om Friluftssykehuset i forkant av

Fokusgruppeintervjuet, og fått tilbakemelding om at de ikke visste hva dette var. Dette funnet er i tråd med studien til Pasha (2013) som viste at pasienter og pårørende ikke besøker sykehushager fordi de ikke vet at hagene eksisterer eller hvem som kan bruke dem. Behov for informasjon om sykehushager kan sees i lys av Ulrich (1999) teori som påpekte at det kan være nok å vite at hagen eksisterer for at den skal redusere stress. Dette er fordi du vet at du kan benytte hagen. Det kan dermed tenkes at informasjon om Friluftssykehuset er viktig for å redusere stress hos pasienter og pårørende på Rikshospitalet.

I fokusgruppeintervjuene ble det reflektert rundt hvorfor ikke pasienter og ansatte visste om Friluftssykehuset, og bruken av det. Her mente en av informantene at det var vanskelig å markedsføre slike ting på sykehuset hvor det er stor utskiftning av personell på jobb og vanskelig å nå ut til målgruppen. I lys av Whitehouse et al. (2001) sin undersøkelse anbefales flere tiltak for å sikre bruk av sykehushager. Et forslag er at ansatte bør informeres om hagen, hvem den er for og hvordan den kan implementeres i pasient og familieomsorgen på sykehuset. Studien om Friluftssykehuset viser til forslag om å informere helsepersonell om Friluftssykehuset og bruk av stedet på kursdager for sykepleiere og hjelpepleiere. Whitehouse et al. (2001) foreslår å lage informative brosjyrer og kart med bilder og informasjon om tilbudet til pasienter og pårørende samt plakater på tett befolkede steder på sykehuset for å øke synligheten og informasjonen om stedet. I resultatene i denne studien kom det å lage en film om stedet med forslag om hvordan Friluftssykehuset kan brukes og hensikten med bruk av stedet frem som en anbefaling. Deltakerne i gruppeintervjuene mente også at mer informasjon burde ligge lett synlig og tilgjengelig på internettsidene til Rikshospitalet. Det kom også frem at filmen burde inkludere informasjon om hva stedet kan brukes til, slik at de ansatte lettere vil kunne se hvilke anledninger Friluftssykehuset kan brukes av pasienter og pårørende. Dette forslaget er i tråd med Whitehouse (2001) sin studie som indikerer at ansatte som ikke vet om de helsemessige fordelene heller ikke oppmuntrer og informerer om muligheten til å besøke hagen.

Informantene i denne studien mente at Friluftssykehuset ikke var *tilgjengelig* for bruk. Informantene mente at Friluftssykehuset var utilgjengelig både for pasienter, pårørende og personell fordi Friluftssykehuset var låst og ikke tilgjengelig for bruk på dagtid på hverdager. I samtalene kom det frem at en stor barriere var tilgjengelighet av nøkkelkort til Friluftssykehuset. Informantene mente det var for tungvint å måtte hente nøkkelkort i hovedresepsjonen etter reservasjon av Friluftssykehuset. Denne barrieren er i tråd med Weerasuriya

et al. (2019) sin oversiktsartikkel hvor det kom frem at sykehushager ofte er låst på ulike tidspunkt i døgnet grunnet regler for kodelås på sykehuset, værforhold, vedlikehold og liknende. Låste dører var en stor barriere for om pasienter og pårørende brukte hagene, og bidro til at ikke hagene ble brukt. Ulrich (1999) mener det at en sykehushage må være åpen kontinuerlig for å sikre pasienter og pårørende en følelse av kontroll og dermed redusere stress. Det kan tenkes at lettere tilgang på nøkkelkort til Friluftssykehuset vil senke barrierene for bruk av stedet. En av informantene i studien foreslo tilgang til nøkkelkort på alle avdelingene på Rikshospitalet for å gjøre bruk av Friluftssykehuset lettere på tross av risikoen for å miste nøkkelkort underveis.

Det ble også diskutert om Friluftssykehuset var tilgjengelig for alle relevante brukergrupper. Nærmeste utgang fra Rikshospitalet til Friluftssykehuset er kortavhengig. Ved at ikke denne utgangen er tilgjengelig for alle som trenger å bruke den mente informantene at det blir det for vanskelig for enkelte pasienter å komme seg til Friluftssykehuset. Dette er fordi det er for langt å gå rundt. Forskning viser at en må kunne besøke naturområdet lett og det må være lett for brukeren å komme seg til området for at naturområdet skal gi en følelse av kontroll og dermed gi restorasjon (Marcus & Sachs, 2013).

Analysen viser også at prosedyren og fremgangsmåten for tilgang til Friluftssykehuset var altfor komplisert. Denne barrieren gjorde det vanskelig for ansatte å ta seg tid til å sende pasienter ut dit i en ellers travel hverdag på jobb. Prosedyren mente informantene at var vanskelig å skjønne, omstendelig og den skriftlige teksten uklar. Det er ikke funnet forskning på denne barrieren, men i Whitehouse et al. (2001) sin undersøkelse kommer det frem at ansatte har høye arbeidskrav, og derfor ikke har tid til å informere pasientene om hagene og vise dem veien. Det kan tenkes at det er liknende arbeidskrav til helsepersonell på Rikshospitalet, og at personalet ikke har tid til å sette seg inn i prosedyren, og forstå hvordan en skal gå frem for å reservere Friluftssykehuset til pasienter og pårørende.

Et tydelig funn viser at informantene mente at Friluftssykehuset ikke var tilstrekkelig *tilrettelagt* for pasientene slik som stedet er ment for. Informantene mente veien til Friluftssykehuset var lang og bratt, i tillegg til at var grus på veien om våren og mye is på veien om vinteren. Dette ble ansett som en barriere. Noen av informantene mente at grus og is vil gjøre det vanskelig for pasienter med behov for rullestol eller seng å komme seg opp dit. Weerasuriya et al. (2019) fastslår at alle mennesker uansett behov bør kunne besøke

naturområdet tilknyttet sykehuset. Dette forslaget gjelder også å tilrettelegge for at rullestoler skal være lette å trille rundt på området. Informantene i denne studien så imidlertid at det var tilrettelagt for rullestol og seng ved inngangen av Friluftssykehuset på grunn av rullestolrampen ved inngangen og at Friluftssykehuset var romslig uten mye utstyr og møbler innendørs. Likevel så de at det var problematisk med veien til Friluftssykehuset og at dette var til hindring for at alle pasienter uansett tilstand skulle få tilgang til stedet.

Noen av informantene i denne studien mente det burde tilrettelegges mer for de sykeste pasientene ved å tilrettelegge for medisinsk utstyr inne på sykehuset. På denne måten mente fler av informantene at de sykeste pasientene ville kunne være mer på Friluftssykehuset. På den andre siden mente noen av informantene at Friluftssykehuset ville miste noe av sin mening ved å ha medisinsk utstyr inne på Friluftssykehuset. Likevel var det for mange av informantene viktig at det var tilgang til en telefon på Friluftssykehuset. En slik telefon ville skape en trygghetsfølelse for de ansatte og pasientene ved at en kunne ringe inn til sykehuset om det skulle skje noe. Dette funnet kan samsvare med Weerasuriya et al. (2019) sin studie hvor det fremgår at en barriere for bruk i sykehushager kan være at ansatte ikke får mulighet til å overvåke pasientene sine kontinuerlig. Her kommer det frem at pasientenes medisinske tilstand kan være en barriere for at ikke alle pasienter får tilgang til hagene. I Weerasuriya et al. (2019) sin studie foreslås det derfor å sette opp kameraer for at personellet for å øke tryggheten i hagene, og ha telefon tilgjengelig i nødstilfelle. I denne studien er det også et ønske for Friluftssykehuset med en telefon som nevnt i resultatdelen. Deltakerne i denne studien ønsket også tilgang til et flyttbart bord inne på Friluftssykehuset, slik at en kunne skape gode samtaler og sammenkomster inne på Friluftssykehuset. Fra Pasha (2013) fremgår det at flyttbare bord og stoler kan skape sosiale situasjoner og øke bruken av sykehushager. Møbler i hagene kan variere bruksområde og sosialisere i sykehushagen. I lys av teorien til Ulrich (1999) kan flyttbare møbler legge til rette for mer fysisk kontakt i sykehushager og dermed redusere stress gjennom sosial støtte og sosialisering med andre pasienter og pårørende.

Informantene bekrefter også at på tross av informasjon om Friluftssykehuset var det vanskelig for de ansatte å ha stedet fremme i *bevisstheten* i hverdagen. En av informantene fortalte at selv om hun visste om Friluftssykehuset, og hadde vært der tidligere, så glemte hun å tenke på muligheten og introdusere det for pasientene på Rikshospitalet. Videre mente informantene at det er lettere å ha Friluftssykehuset i *bevisstheten* om en tar ansatte ut dit, slik at en får se det

selv. Da er det lettere å huske på det og informere pasientene om det. I tråd med studien til Weerasuriya et al. (2019) kan det leses at det er en stor barriere om sykehushagen ikke er synlig fra sykehuset. Pasienter og personell er ikke bevisste på at hagen eksisterer om naturområdet ikke er synlig fra vinduer, avdelinger og inngangsdører i nærheten av målgruppen for hagen. I lys av Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* må en sykehushage være godt synlig for pasienter og pårørende for at det skal gi en følelse av kontroll, og dermed gi restorasjon for pasienter og pårørende. Betydningen av å se Friluftssykehuset fra Rikshospitalet, besøke stedet, og derfor ha det i bevisstheten blir dermed underbygget av denne forskningen.

I denne studien kommer det frem at ansattes engasjement er viktig for å få pasienter og pårørende ut til Friluftssykehuset. Engasjerte ansatte og ildsjeler som motiverer pasienter og pårørende til å komme ut av avdelingen mente noen av informantene var svært viktig for å få til større bruk av Friluftssykehuset. Weerasuriya et al. (2019) hevder at ansatte ikke alltid vet om de helsemessige fordelene og derfor ikke oppmuntrer og informerer om muligheten til å besøke hagen. Dette samsvarer med funn fra denne studien hvor informantene sier at ansattes engasjement er viktig for å motivere pasienter og pårørende til å gå ut av sykehuset.

Funn i denne studien viser at en barriere kan være å ha nok ressurser i form av personell til å frakte de sykeste pasientene opp til Friluftssykehuset. Om en skulle avsatt personell til å ta pasienter med ut til Friluftssykehuset, så mister en pleieressursene inne på Rikshospitalet som er til de andre pasientene. Pleieressursene så noen av informantene på som en stor utfordring. I undersøkelsen til Whitehouse et al. (2001) kommer det frem at personalet kan ha høye arbeidskrav på jobb, og dermed ikke ha tid til å ta pasientene ut i sykehushagene. Dette er i tråd med funn i denne studien hvor informantene også så på dette som en barriere. En av informantene mente at det gikk an å få pasienter opp til Friluftssykehuset, selv med avsatte pleieressurser fordi han hadde sett at det gikk an. I undersøkelsen til Whitehouse et al. (2001) mener personalet at hovedprioriteten deres er direkte pasientbehandling, og at en derfor ikke prioriterte å informere familier om sykehushager og ta dem med dit.

6.0 Metodediskusjon

Denne studiens validitet vil i dette kapittelet diskuteres i lys av Maxwell (1992) sin metodiske fremgangsmåte. Her vil begrepene deskriptiv validitet, fortolkende validitet, teoretisk validitet og overførbarhet drøftes i samsvar med beslutninger og valg tatt i forløpet av denne studien (Maxwell, 1992).

6.1 Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet handler om hvor nøyaktig forskeren har vært i gjengivelse av observasjoner og sitater fra den kvalitative forskningen. En skal tolke sitater og utsagn korrekt slik at ikke den opprinnelige meningen endres (Maxwell, 1992). I følge Malterud (2017) handler validitet om gyldighet og hva forskeren har funnet ut noe om. Malterud (2017) beskriver intersubjektivitet som noe som gir leseren innsyn i studiens prosess. I denne studien er det gjennom hele prosessen tatt valg for å formidle informantenes meningsinnhold korrekt. Intervjuene ble transkribert kort tid etter fokusgruppeintervjuene og ble utført av forfatteren av oppgaven. I følge Malterud (2017) er det en fordel at den som var med på intervjuet gjør transkripsjonene selv da en dermed ofte husker momenter som kan oppklare uklarheter som oppstår under samtalene. Ved å utføre transkripsjonene umiddelbart etter intervjuene var det lettere å gjengi sitater nøyaktig og høre hva som ble sagt når flere informanter snakket samtidig. Da stemmene til deltakerne var klart i minne var det lettere å huske hvem som sa hva, og skille dem fra hverandre i transkripsjonen. Her ble det også notert nonverbale uttrykk som kom frem under samtalene (Malterud, 2017). Jeg var hele tiden oppmerksom på å bruke god tid på transkribering og analyse av dataene for å påse at jeg ikke vektla feil informasjon i dataene. Denne metoden ble brukt gjennom hele prosessen, til siste del av analysen, for å styrke og ivareta den deskriptive validiteten. Transkripsjonene og analysene ble ikke sendt til informantene for gjennomsyn på grunn av studiens omfang og hensyn til de andre deltakerne i fokusgruppene.

Under transkriberingen ble det foretatt flere valg. I følge Malterud (2017) er formålet med skriftliggjøringen av samtalen å fange opp samtalen i en form som formidler det informanten vil meddele i best mulig grad. For å kunne gjengi sitatene best mulig og forståelig i resultatene for en tredjepart som skal lese det ble teksten derfor lett redigert under utskriften. Som tidligere nevnt ble også de informantene med dialekt transkribert til bokmål for å bevare deres personvern. Denne oversettelsen viste seg å være utfordrende, da noen ord og uttrykk

kan ha en annen mening på dialekt. Jeg var derfor påpasselig på å ikke endre meningsinnholdet i deres utsagn og var nøye med dette under hele prosessen (Malterud, 2017). Noen steder i gruppesamtalene var det avbrytelser innad i gruppene. I transkripsjonene ble det fokusert på at meningsinnholdet til informantene som ble avbrutt også kom frem.

6.2 Fortolkende validitet

Fortolkende validitet beskrives av Maxwell (1992) som den bakenforliggende betydningen av det som beskrives av informantene. Denne betydningen er viktig for å få en større, helhetlig forståelse av det som forskes på. Det er essensielt å få frem meningen til det informantene forteller, uten at det blir farget av sin egen forforståelse. Derfor er det alltid viktig å være bevisst sin egen forforståelse (Maxwell, 1992). I metodekapittelet har jeg informert om min forforståelse og bakgrunn som sykepleier inn i forskningsprosessen.

Forforståelsen er det du bringer med deg inn i forskningsprosessen, og kalles refleksivitet av Malterud (2017). Jeg som forsker må være klar over at min bakgrunn som sykepleier eller tid som student i folkehelsevitenskap kan farge perspektivet i forskningen. I følge Malterud (2017) er refleksivitet en aktiv holdning, og en posisjon jeg som forsker må oppsøke og vedlikeholde under hele prosessen fordi det kan farge alt fra problemstillingen til den teoretiske referanserammen. Forforståelsen var derfor det første jeg gjorde meg tanker om da dette prosjektet startet. Likevel har jeg måttet passe på at jeg ikke blir farget av denne under intervjuene, transkriberingen og analysen. Under intervjuene passet jeg på å ikke påvirke informantenes synspunkt og utsagn, men heller hjelpe dem til å få frem sine meninger og være upartisk. Dette var utfordrende da gruppene bestod av deltakere med mange meninger om temaet (Malterud, 2017).

Rekruttering av deltakere til fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i samarbeid med en kontaktperson. På denne måten kunne informanten selv ta kontakt ved ønske om å delta i fokusgruppeintervjuet. Informantene ville videre få anledning til å tenke seg om, og sto friere til å si nei enn om jeg tok direkte kontakt (Dalland, 2012). På den andre siden sto jeg i fare for at kontaktpersonen kunne rekruttere informanter med ett spesielt syn eller en spesiell holdning til Friluftssykehuset, og som var farget av kontaktpersonens meninger og engasjement. Det kan tenkes at informantene som ble rekruttert ble spurt fordi de hadde et positivt syn på Friluftssykehuset, eller hadde gode erfaringer med stedet. Videre kan det tenkes at

kontaktpersonen spurte de det passet seg å spørre, eller de som kunne reklamere bedre for Friluftssykehuset som fenomen inne på Rikshospitalet. Likevel anså jeg det som en fordel å ha en kontaktperson til å rekruttere informanter, fordi det kan tenkes at jeg da fikk informanter til fokusgruppene som var i målgruppen for problemstillingen til prosjektet og som var interesserte i å delta. Det ble ikke opprettet kontakt med informantene før de selv tok kontakt for å delta i prosjektet. Dermed holdt jeg meg nøytral i rekrutteringsprosessen, uten å påvirke informanten til å føle seg presset til å delta (Dalland, 2012; Malterud, 2012).

Fokusgruppene var delt i to grupper på henholdsvis tre og fire deltakere. Jeg kunne valgt større fokusgrupper med flere deltakere til denne studien. Da jeg ikke har tidligere erfaring med å gjennomføre fokusgruppeintervjuer falt valget på små grupper fordi store grupper stiller større krav til moderatoren i form av hvordan samtalen ledes (Malterud, 2012). Fokusgrupper med mange deltakere har potensiale til stor variasjon, men gir samtidig deltakerne mindre tid til å komme til orde. Med få deltakere får hver person lenger tid til å ytre sine tanker enn de hadde dersom gruppene var større. Videre ville det være lettere å diskutere komplekse temaer i små grupper (Johannessen et al., 2010). Jeg anser det som en styrke i studien at jeg ikke hadde store grupper da hver deltaker i disse intervjuene fikk mye tid til å diskutere. Malterud (2012) hevder at et godt utvalg og sammensetning av informanter kan styrke validiteten i forskningen.

I følge Malterud (2012) er fokusgruppeintervjuer krevende, og krever kompetanse og trening av moderator. Moderator skal være aktiv og ha god trening i å forebygge og gjenkjenne situasjoner som oppstår under samtalen for å få til en god samhandlingsflyt. Ved det første fokusgruppeintervjuet hadde jeg som forsker med meg veileder som sekretær under intervjuet for å holde oversikt over gruppen og notere underveis. Det kan tenkes at jeg som moderator ikke har klart å skape en god samhandlingsflyt i gruppene fordi jeg ikke har nok trening i utførelsen av fokusgruppeintervjuer. Denne mangelen på trening kan ha påvirket resultatene fordi det kan tenkes at deltakerne ikke har fått frem meningen sin slik de ønsket. I tråd med Malterud (2012) prøvde jeg å oppfordre informantene til å komme med konkrete fortellinger underveis i intervjuene ettersom en fokusgruppediskusjon blir mer egnet for analyse når deltakerne presenterer sine personlige opplevelser.

Under samtalene da jeg merket at informantene kunne utdype mer om et tema eller utsagn ble det stilt oppfølgingsspørsmål. Jeg prøvde å rette oppfølgingsspørsmål til informanter som ikke

hadde sagt så mye for å få dem også med i samtalen (Malterud, 2012). Jeg så i transkripsjonene og analysene at jeg kunne vært enda flinkere til oppfølgingsspørsmål og utdyping av utsagn i intervjuene ettersom noen sitater gjerne kunne hatt mer innhold. Videre var det noen avbrytelser underveis i fokusgruppene. Jeg ser i ettertid at jeg burde vært flinkere til å hjelpe informantene å få snakket ferdig for å få frem deres mening i intervjuene. I transkriberingen kan det også leses at ord og uttrykk informantene har noen ganger kan være uklare. Her kunne jeg vært nøyere med å spørre flere ganger om meningen til informantene under fokusgruppeintervjuet og oppklart eventuelle misforståelser underveis. Det er dette konseptet Malterud (2012) kaller dialogisk validering. I fokusgruppeintervjuer er det begrenset tid til dialogisk validering, og rammebetingelsene er annerledes her enn i individuelle intervjuer, men det er likevel en viktig del av fokusgruppeintervjuet. For å oppklare uklarheter kunne jeg kunne derfor sendt transkripsjonene til informantene i etterkant for å styrke den dialogiske valideringen.

6.3 Teoretisk validitet

I følge Maxwell (1992) beskriver teoretisk validitet om teorien som er benyttet i forskningen er teoretisk gyldig som en teori i seg selv, samt om den er gyldig og riktig å bruke i sammenheng med studien som er gjort. Som bakgrunn i denne studien er det helsefremmende perspektivet benyttet. Dersom et annet perspektiv var blitt benyttet i studien, for eksempel det medisinske, så hadde studien fått en annen uttrykksform. Jeg har derfor måttet være bevisst min forforståelse og folkehelseperspektivet studien er gjort ut fra. I følge Malterud (2017) forutsetter intersubjektiviteten at jeg som forsker gir leseren innblikk i de teoretiske perspektivene som har hatt betydning for studien. Fordi forforståelsen påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på, hadde studien sett annerledes ut om jeg hadde gått inn i prosjektet med enn annen bakgrunn enn sykepleier og folkehelsevitenskapstudent (Malterud, 2017).

Det finnes flere teorier om sammenhengen mellom natur og helse som jeg også kunne valgt som teoretisk referanseramme i denne studien. Jeg har som forsker valgt å benytte Ulrich (1999) sin teori om dette temaet. Grunnen til at denne teorien ble valgt er fordi Ulrich (1999) sin *Theory of supportive gardens* tar utgangspunkt i sammenhengen mellom natur, helse og stress på sykehus. Dette utgangspunktet er i tråd med min problemstilling, og teorien ble derfor brukt som bakteppe i undersøkelsen. I følge Malterud (2017) blir den teoretiske

referanserammen utviklet underveis i de fleste prosjekter i samspill med analyse, datainnsamling, lesing og samtaler. Det er også gjort i denne studien, hvor jeg valgte teoretisk referanseramme ut fra kunnskapen jeg tilegnet meg underveis i prosessen ved å tilegne meg kunnskap om temaet og utføre intervju, analyse og transkripsjoner. Likevel kunne jeg valgt andre teorier i denne studien og dermed fått et annet preg på resultatdiskusjonen som nevnt over.

6.4 Overførbarhet

I følge Maxwell (1992) viser overførbarhet til i hvilken grad en studie kan overføres til andre situasjoner eller sammenhenger enn den studien som er studert i det spesifikke tilfellet. Malterud (2017) forklarer overførbarhet som i hvilken grad funnene er overførbare til andre ut over den sammenhengen studien er gjennomført i. Overførbarhet av funnene i kvalitative studier er ofte tilknyttet utvalget ifølge Malterud (2017). I denne studien er utvalget lite, men representerer samtidig en stor del av avdelingene på Rikshospitalet som er spesialisert på barn, i form av at flere avdelinger og ulike perspektiver i behandlingen på sykehuset er representert. Utvalget representerer i stor grad ansatte som jobber med barn og deres pårørende, og det er derfor mulig at denne studien ikke direkte kan overføres til voksne pasienter. Likevel er mange av problemstillingene som kom frem i studien også relevant for voksne pasienter. En kan tenke seg at denne studien kan overføres til andre barneavdelinger ved andre Friluftssykehus i Norge. Videre kunne en større del av ansatte som hadde vært på Friluftssykehuset blitt inkludert i intervjuene for å få frem flere erfaringer og skildringer. Da det ikke har vært så mange ansatte som har brukt Friluftssykehuset ble utvalget farget av dette. Resultatene i studien kunne også blitt annerledes om jeg hadde rekruttert andre deltakere. Det er likevel tydelig at det kom frem nyttig informasjon fra fokusgruppene.

Resultatene i denne oppgaven støtter opp om tidligere forskning på sykehuslager, muligheter og barrierer for bruk av disse. Da det ikke finnes forskning på Friluftssykehus og bruk av dette, har jeg brukt litteratur som støtter opp om bruk av natur i et sykehusmiljø. Funnene i denne studien virker å støtte opp om funn i tidligere forskning selv om det er litt forskjellige typer naturmiljø ved sykehusene i litteraturen benyttet. Dette kan ifølge Malterud (2017) øke troverdigheten og overførbarheten i studien.

7.0 Oppsummering

Hovedfunnene i studien viser seg gjennom temaene; *Å være i rommet*, *Utbytte av bruk og Holdninger og barrierer*. Temaene er knyttet til ansatte ved Rikshospitalets opplevelse av å være på Friluftssykehuset, tanker om hvilket utbytte pasienter og pårørende kan ha av Friluftssykehuset og hva det kan brukes til, samt hvilke barrierer informantene mener gir en begrensning i bruken av Friluftssykehuset. Temaene er forskjellige, samtidig som de alle henger sammen. De viser samlet sett til en positiv holdning til Friluftssykehuset som fenomen, med et ønske om å bruke stedet mer i behandling og helsefremmende arbeid blant pasienter og pårørende.

Gjennom temaet *Å være i rommet* viser informantene til opplevelsen av å oppholde seg inne på Friluftssykehuset. De uttrykte en følelse av nærhet til naturen og en følelse av å ikke være på sykehuset ved at bygget er vendt vekk fra sykehuset med store åpne vinduer. Dette mente de ga en følelse av ro samtidig som de mente det følt godt at det var helt stille, i motsetning til alle lydene i samfunnet rundt, og inne på Rikshospitalet. Disse komponentene sammen med følelsen av å oppleve at en er isolert i naturen ble beskrevet som avslappende av informantene.

I temaet utbytte av bruk fremgår det seks underkategorier som omhandler ulike aspekter av å styrke pasienten. Underkategoriene inkluderer *Avbrekk og privatliv fra å være på sykehuset*, *Fokus på det friske hos pasienten*, *Den gjenoppbyggende effekten*, *Distraksjon i omgivelsene*, *Bruk av stedet i behandling av pasienter* og *Tid til de vanskelige samtalerne*. Underkategoriene beskriver seks områder informantene mener Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid for pasienter og pårørende på Rikshospitalet. Informantene mente at et opphold på Friluftssykehuset kunne styrke pasientens mestring og motivasjon og gi et avbrekk fra sykehuset slik at en kan komme seg gjennom sykehusoppholdet. Videre kom det frem av studien at Friluftssykehuset kunne brukes i behandling og kombinasjon med andre tilbud eller i samtaler med pasienter og pårørende etter en traumatisk hendelse. Å bruke stedet i samtaler mente informantene kunne gi både personell og de involverte en annen ro i samtalen. Funnene i dette temaet viser til at informantene mente Friluftssykehuset kan ha en stor nytte for pasienter og pårørende, både for indre motivasjon, mestring og autonomi, og for avbrekket og den positive distraksjonen naturomgivelsene kan gi.

Gjennom temaet *Holdninger og Barrierer* diskuterer informantene hva de mener er barrierer for bruk av Friluftssykehuset for pasienter og pårørende. Her kommer underkategoriene *Informasjon, Tilgjengelighet, Tilrettelegging, Bevissthet, Ressurser og Engasjement* frem som viktige faktorer for at Friluftssykehuset skal kunne brukes av alle uansett sykdom og funksjonsnivå. Informantene mente det var mange faktorer som spilte inn på bruken av Friluftssykehuset. Disse kategoriene ble diskutert inngående og inkluderte flere momenter som informantene mente gjorde bruken av Friluftssykehuset tungvinn.

7.1 Anbefalinger

På bakgrunn av funn gjort i denne studien anbefales det å informere mer om Friluftssykehuset blant ansatte, pasienter og pårørende på Rikshospitalet, og informasjonen bør være lett synlig på OUS sine nettsider og på avdelingene. Det anbefales i tillegg å lage en film om Friluftssykehuset og med forslag til hvordan det kan brukes og i hvilke situasjoner og anledninger. Personell på Rikshospitalet bør også informeres om stedet, og viktigheten med bruk av natur i behandling og helsefremmende arbeid også på sykehus og vises rundt på stedet. Et eksempel var at dette kunne gjøres som en del av opplæring eller på fagdagene til personellet på Rikshospitalet. Videre anbefales det å gjøre Friluftssykehuset mer tilgjengelig for bruk ved å gjøre nøkkelkortene mer tilgjengelig for brukerne av Friluftssykehuset. I tillegg bør prosedyren for bruk gjøres enklere og lettere å forstå, og det bør åpnes for reservasjon også i hverdagene. Videre anbefales det å tilrettelegge mer for bruken på Friluftssykehuset ved å gjøre veien til Friluftssykehuset lettere og tilrettelegge for de sykeste pasientene inne på Friluftssykehuset. Noen av informantene mente at for eksempel en telefon hadde gjort det tryggere for pasienter og pårørende å være der, og for ansatte å sende dem dit.

7.2 Avsluttende kommentar og implikasjon for videre forskning

Å være på sykehus kan oppleves skremmende og kaotisk for de som oppholder seg der, gjennom støy, travle korridorer og lite kontroll over egen kropp og privatliv (Fornara & Andrade, 2012; Paul, 2005). Denne studien har tatt sikte på å øke forståelsen av helsefremmende arbeid på sykehus, og bidra til økt bruk av naturomgivelser for pasienter og pårørende fordi naturomgivelser på sykehus er vist å kunne gi en positiv helseeffekt (Ulrich, 1999). I tråd med WHO og Ottawa Charteret er helse noe mer enn fravær av sykdom, og omgivelsene bør støtte opp om hele mennesket i et holistisk perspektiv og pasienter på sykehus bør derfor ha støttende omgivelser rundt seg (WHO, 1986a). Helse er en ressurs, og

det er derfor viktig å styrke individet slik at en kan mestre alle fasene i livet som sykdom og krise. Mestring og kontroll er derfor viktige komponenter i et sykehusopphold sammen med de fysiske omgivelsene rundt enkeltindividet (WHO, 1986b). Støttende naturmiljø viser seg å gi en økt grad av mestringsressurser (Hartig et al., 2014) samtidig som det kan virke stressreducerende (Ulrich, 1999), noe som kan styrke pasienter og pårørende på sykehus. Resultatene viser at ansatte støtter opp om dette helsefremmende perspektivet, og anser at Friluftssykehuset kan være en medvirkende faktor som kan styrke pasientene i form av økt grad av mestringstro, mestring, empowerment, kontroll, ro, stressreduksjon og privatliv. De ansatte i denne studien ser mulighetene det helsefremmende aspektet Friluftssykehuset kan gi, og har forståelse for natur som en helsefremmende faktor, og som ett av mange tilbud Rikshospitalet også kan ha til pasienter og pårørende.

Med bakgrunn i funnene i denne studien ønskes det Friluftssykehuset vil være i større fokus for bruk blant pasienter og pårørende på Rikshospitalet, og at fler pasienter og pårørende vil dra nytte av stedet. Studien kan lede til ny forskning om bruk av Friluftssykehuset og hvilke positive utfall stedet kan ha for pasienter og pårørende. Det kan være av interesse å se på brukernes perspektiv ved videre studier, og deres meninger om muligheter og barrierer for bruk, samt hvilke positive helseutfall og helsefremmende faktorer stedet kan gi for pasienter som er innlagt på sykehuset. Spesielt kan det være interessant med deltakende observasjon hvor forskeren observerer bruk av Friluftssykehuset og de helsefremmende mulighetene stedet kan gi.

Litteraturliste

- Asano, F. (2008). Healing at a hospital garden: Integration of physical and non-physical aspects. *Acta Horticulturae*, 775, 13-22. Retrieved from <https://www.actahort.org/members/showpdf?session=26026>
- Bancel, L. (2019). Friluftssykehuset tar pasientene litt vekk fra sykdom og sykehusliv. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/2019/12/friluftssykehuset-tar-pasientene-litt-vekk-fra-sykdom-og-sykehusliv>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310. doi:10.1007/BF01663995
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene *Statistisk sentralbyrå (Rapporter; 2015/51)*. Retrieved from https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2445446/RAPP2015-51_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beyer, K. M., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Nieto, F. J., & Malecki, K. M. (2014). Exposure to neighborhood green space and mental health: evidence from the survey of the health of Wisconsin. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), 3453-3472. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/11/3/3453>
- Black, M. D., Vigorito, M. C., Curtis, J. R., Phillips, G. S., Martin, E. W., McNicoll, L., . . . Levy, M. M. (2013). A Multifaceted Intervention to Improve Compliance With Process Measures for ICU Clinician Communication With ICU Patients and Families*. *Critical Care Medicine*, 41(10). Retrieved from https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2013/10000/A_Multifaceted_Intervention_to_Improve_Compliance.2.aspx
- Bowler, D. E., Buyung-Ali, L. M., Knight, T. M., & Pullin, A. S. (2010). A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC public health*, 10(1), 456. Retrieved from https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_pubmed_central2924288&context=PC&vid=NMBU&lang=no_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,A%20systematic%20review%20of%20evidence%20for%20the%20added%20benefits%20to%20health%20of%20exposure%20to%20natural%20environments&offset=0

- Cervinka, R., Röderer, K., & Hämmerle, I. (2014). Evaluation of hospital gardens and implications for design: Benefits from environmental psychology for architecture and landscape planning. *Journal of Architectural and Planning Research*, 31, 43-56.
Retrieved from https://www.jstor.org/stable/43031023?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*(4 ed.). Retrieved from https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf?fbclid=IwAR3bkl4IMiBZqybA1XMdy77cTWRDdiHjIffKHEkPsa0-U1LW969_cyXjVVw
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FN-sambandet. (u.å.-a). FNs bærekraftsmål. Retrieved from <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>
- FN-sambandet. (u.å.-b). Verdens helseorganisasjon (WHO). Retrieved from <https://www.fn.no/Om-FN/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fornara, F., & Andrade, C. C. (2012). Health Care Environments. In S. D. Clayton (Ed.), *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology*. United States Oxford University press.
- Fuggeli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift den Norske Lægeforening*, 121, 3600-3604. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>
- Grahn, P., Tenngart Ivarsson, C., Stigsdotter, U. K., & Bengtsson, I.-L. (2010). Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic garden. In C. W. Thompson, P. Aspinal, & S. Bell (Eds.), *Innovative approaches to researching landscape and health* (Vol. 1, pp. 116-154).
- Guenther, R., & Vittori, G. (2013). *Sustainable Healthcare Architecture*. In 2 (Ed.). Retrieved from https://books.google.no/books?id=TifxPU6B4t8C&pg=PA348&lpg=PA348&dq=med+plan+arkitekter+rikshospitalet&source=bl&ots=OhxwWQfzpx&sig=ACfU3U2auyToGZPowanS_UZr8CkrgKOEcw&hl=no&sa=X&ved=2ahUKEwjQ6OfS-

avpAhXR4sKHSxOD50Q6AEwA3oECAoQAQ#v=onepage&q=medplan%20arkitekter%20rikshospitalet&f=false

- Hartig, T., Mitchell, R., Vries, S. d., & Frumkin, H. (2014). Nature and Health. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 207-228. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182443
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))*. Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - gode liv i eit trygt samfunn (Meld. St. 19 (2018-2019))*. Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4). Oslo: Abstrakt.
- Johnson, S. (2019). «I could be myself, not a patient»: the Norwegian hospital offering respite in woodland cabin. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2019/mar/13/patient-norwegian-hospital-respite-woodland-cabin>
- Klima- og miljødepartementet. (2016). *Friluftsliv — Natur som kilde til helse og livskvalitet (Meld. St. 18 (2015–2016))*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20152016/id2479100/>
- Kristensen, H. K., Schou, A. S. B., & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvidenskab* (L. Murmand Ed. 1 ed. Vol. 1). København Munksgaard
- Kuo, F. E., & Faber Taylor, A. (2004). A potential natural treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a national study. *American journal of public health*, 94(9), 1580-1586. Retrieved from <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.94.9.1580>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lee, A. C. K., & Maheswaran, R. (2010). The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health*, 33(2), 212-222. doi:10.1093/pubmed/fdq068
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcus, C. C., & Sachs, N. A. (2013). *Therapeutic landscapes: An evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn* (3 ed.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-301. doi:10.17763/haer.62.3.8323320856251826
- McMahan, E. A., & Estes, D. (2015). The effect of contact with natural environments on positive and negative affect: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 507-519. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17439760.2014.994224>
- Miljøverndepartementet. (2009). *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse*. Retrieved from Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/md/vedlegg/rapporter/t-1474.pdf>
- Myers Jr., O. E. (2012). Children and Nature. In S. D. Clayton (Ed.), *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology*. UK: Oxford University Press.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion* (M. McCubbin Ed. 3 ed.): Elsevier health sciences.
- Oslo Universitetssykehus. (u.å). Om oss. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#om-helseforetaket>
- Ottosson, J., & Grahn, P. (2008). The Role of Natural Settings in Crisis Rehabilitation: How Does the Level of Crisis Influence the Response to Experiences of Nature with Regard to Measures of Rehabilitation? *Landscape Research*, 33(1), 51-70. doi:10.1080/01426390701773813
- Pasha, S. (2013). Barriers to Garden Visitation in Children's Hospitals. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 6(4), 76-96. doi:10.1177/193758671300600405
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paul, J. (2005). Healthy workplace design for healthcare staff. *Design & Health IV-Future Trends in Healthcare Design*, 43-52. Retrieved from <https://www.brikbase.org/sites/default/files/Jeanette-Paul-WCDH-2005.pdf>
- Ratio Arkitekter. (u.å). Rikshospitalet, Oslo. Retrieved from <https://ratioark.no/no/prosjekt/22>

- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2), 167-183. doi:<https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2004.11.013>
- Snøhetta. (2018). Friluftssykehuset - The Outdoor Care Retreat. Retrieved from <https://snohetta.com/project/419-friluftssykehuset-the-outdoor-care-retreat>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stadnyk, R. L., Townsend, E. A., & Wilcock, A. A. (2010). Occupational Justice. In *Introduction to Occupation: The art and Science of Living* (2 ed.): Pearson Education.
- Stanley, M. (2015). Qualitative descriptive, A very good place to start. In S. Nayar & M. Stanley (Eds.), *Qualitative Reaserch Methodologies for occupational science and therapy* New York Routledge.
- Stiftelsen Friluftssykehuset. (u.å). Stiftelsen Friluftssykehuset. Retrieved from <https://www.friluftssykehuset.no/what-we-do>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid *Tidsskriftet den norske legeforening 2002*, 122, 2379-2383. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>
- Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 895-904. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018>
- Tanja-Dijkstra, & Andrade, C. C. (2018). Healthcare Settings. In A. S. Devlin (Ed.), *Environmental Psychology and Human Well-Being* (pp. 313-334): Academic Press.
- Tanja-Dijkstra, K., van den Berg, A., Maas, J., & Bloemhof-Haasjes, J. (2017). Chemoterapie in de tuin. *NTVO*, 175-181. Retrieved from <https://www.aries.nl/wp-content/uploads/2018/08/175-81-2.pdf>
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery. *Science*, 224(4647), 224-225. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/1692984?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Ulrich, R. (1999). Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. In Clare Cooper Marcus & M. Barnes (Eds.), *Healing gardens, Therapeutic benefits and design recommendations* Canada: John wiley & sons, inc.

- Ulrich, R., Cordoza, M., Gardiner, S. K., Manulik, B. J., Fitzpatrick, P. S., Hazen, T. M., & Perkins, R. S. (2019). ICU Patient Family Stress Recovery During Breaks in a Hospital Garden and Indoor Environments. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(2), 83-102. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1937586719867157>
- Ulrich, R., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230. doi:[https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1203-1210. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.002>
- van den Bogerd, N., Dijkstra, S. C., Tanja-Dijkstra, K., de Boer, M. R., Seidell, J. C., Koole, S. L., & Maas, J. (2020). Greening the classroom: Three field experiments on the effects of indoor nature on students' attention, well-being, and perceived environmental quality. *Building and Environment*, 171, 106675. doi:<https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2020.106675>
- Vifladt, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*, 6(3), 197-205. doi:10.4278/0890-1171-6.3.197.
- Weerasuriya, R., Henderson-Wilson, C., & Townsend, M. (2019). Accessing Green Spaces Within a Healthcare Setting: A Mixed Studies Review of Barriers and Facilitators. *Herd*, 12(3), 119-140. doi:10.1177/1937586718810859
- Weerasuriya, R., Townsend, M., Henderson-Wilson, C., & Wells, S. (2016). Exploring the health and well-being experiences in accessing gardens within a health care setting in Australia: the preliminary findings. *Acta Horti*. doi:DOI 10.17660/ActaHortic.2016.1121.10
- Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., & Mehlenbeck, R. S. (2001). EVALUATING A CHILDREN'S HOSPITAL GARDEN ENVIRONMENT: UTILIZATION AND CONSUMER SATISFACTION. *Journal of Environmental Psychology*, 21(3), 301-314. doi:<https://doi.org/10.1006/jevp.2001.0224>

- WHO. (1986a). Health Promotion. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO. (1986b). Health promotion, The Ottawa Charter for health promotion. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- WHO. (2006). *Constitution of the world health organization* Retrieved from https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO. (2016). Urban Green Spaces and Health. A Review of Evidence. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/321971/Urban-green-spaces-and-health-review-evidence.pdf?ua=1

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Intervjuguide:

Fase 1: Rammesetting/Åpningsfase	1. Møte informantene inne på Rikshospitalet (5-10 min) <ul style="list-style-type: none">- Introdusere meg selv og medhjelperen- Ta informantene med ut til Friluftssykehuset.- La informantene ta inn inntrykk av stedet, se seg rundt 2. Informasjon (5-10 min) <ul style="list-style-type: none">- Si litt om Friluftssykehuset og bruken av bygget i dag.- Si litt om tema for samtalen (bakgrunn og formål med studien)- Forklar videre hensikten fokusgruppeintervju, taushetsplikt og anonymitet.- Informere om lydopptak av gruppesamtalen. Videre informere om at om vi kommer inn på identifiserende personopplysninger om tredje part vil jeg forsøke å endre på samtalen og informasjon om tredje part vil fjernes fra transkriptet.- Samle inn informert samtykke.
Fase 2: Overgang	3. Grunnleggende spørsmål for å starte rolig (5 min) <ul style="list-style-type: none">- Introduksjonsrunde, hvem er tilstede?- Hvilken erfaring har informantene? Nåværende arbeidsplass?- Hvor lenge har de jobbet som ledere?- Visste informantene noe om Friluftssykehuset før nå? Eventuelt hva?
Fase 3: Fokusering/Hovedfase	4. Sentrale spørsmål (30-45 min) <ul style="list-style-type: none">- Hvilke tanker gjorde dere da dere kom inn i bygningen?<ul style="list-style-type: none">o Følelse av stedet?o Lyso Strukturo Materialero Plasseringo Vinduero Materialer inneo Sitteplassero Utsikto Lyder- Hva tenker dere om Friluftssykehusets rolle i behandlingen av pasienter ved Rikshospitalet?- Om det kan og på hvilken måte tenker dere at Friluftssykehuset kan brukes i behandling for deres pasienter og for deres pårørende?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hva tenker dere om muligheten for at pasienter og pårørende bruker det utenom ordinær behandling? ○ Eksempler på situasjoner hvor FSH hadde vært nyttig? ○ Ser dere potensiale i behandlingen? Eller ingen hensikt? <ul style="list-style-type: none"> - I hvilke situasjoner og på hvilken måte kan pasienter og pårørende ha nytte av å bruke Friluftssykehuset? Hva kan det tilføre en bruker av huset? <ul style="list-style-type: none"> ○ Mening? ○ Restorasjon? ○ Mestring? ○ Stressdemping? ○ Annet? - Hvem tenker dere vil ha nytte av bruk av Friluftssykehuset på deres avdeling? I hvilke situasjoner? Pasienter? Pårørende? Andre? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvorfor? ○ Hvis dere må prioritere en gruppe eller blant pasienter – hvem skal få tilbudet? - Gitt at dere ønsker å ta i bruk Friluftssykehuset <ul style="list-style-type: none"> ○ Hva må til for at dere henviser eller anbefaler pasienter og pårørende til Friluftssykehuset? - Ser dere noen barrierer og begrensninger for bruk av Friluftssykehuset? <ul style="list-style-type: none"> ○ Tilgjengelighet, organisering, samarbeid ○ Informasjon ○ Ressurser ○ Design ○ Tilgang ○ Tid ○ Bevissthet ○ Annet ○ De som visste om stedet, hvilke tanker har de om hvorfor de ikke har brukt det? - Hva kan gjøres for å øke bruken av Friluftssykehuset? <ul style="list-style-type: none"> ○ Tilgjengelighet ○ Informasjon ○ Ressurser ○ Design ○ Tilgang ○ Tid ○ Bevissthet
--	--

	○ Annet
Fase 4: Oppsummering	Oppsummering av samtalen (10 min) <ul style="list-style-type: none"> - Oppsummere sentrale punkter i samtalen - Oppklare uklarheter - Er det noe dere vil legge til som kan være viktig?

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Friluftssykehuset ved Rikshospitalet – Muligheter og barrierer for bruk”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med en masteroppgave hvor formålet er å utforske muligheter og barrierer for bruk av Friluftssykehuset ved Rikshospitalet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvilke muligheter og barrierer ansatte mener er knyttet til bruk av Friluftssykehuset ved Rikshospitalet for pasienter og pårørende. Prosjektet er knyttet til en masteroppgave i folkehelsevitenskap, og dette er et delprosjekt sammen med flere andre planlagte prosjekter om Friluftssykehuset. Prosjektet vil ta utgangspunkt i fokusgruppeintervjuer hvor det vil være åpne og undrende spørsmål i en gruppesamtale. Hensikten er å finne ulike muligheter og barrierer i bruken av Friluftssykehuset for pasientene og de pårørende på Rikshospitalet. Prosjektet vil gjøre bruk av fortolkende fenomenologisk metode der det undersøkes hvilke temaer som kommer opp gjennom intervjuet. Temaene som kommer opp vil til slutt samles og diskuteres i en masteroppgave.

Problemstillingen er følgende spørsmål:

«På hvilken måte vurder ansatte ved Rikshospitalet at Friluftssykehuset kan benyttes i behandling og helsefremmende arbeid blant pasienter og pårørende, og hvilken tilrettelegging er nødvendig for å overkomme barrierer for bruk.»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet er ansvarlig for dette prosjektet, herunder

Berit Sinding-Larsen, masterstudent ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, NMBU
Grete Grindal Patil, førsteamanuensis, hovedveileder ved NMBU

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Barne- og ungdomsklinikken på Rikshospitalet, OUS.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette intervjuet fordi du er leder ved en sykehusavdeling på Rikshospitalet. Din kunnskap og innflytelse er nyttig for å finne kunnskap om hvordan Friluftssykehuset kan benyttes av pasienter og pårørende, og hvordan en kan tilrettelegge for økt bruk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Prosjektet innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju hvor flere ansatte ved Rikshospitalet sitter sammen og kan diskutere ulike muligheter og barrierer ved bruk av Friluftssykehuset. Da Friluftssykehuset er mindre brukt enn ønskelig er det nyttig at ansatte ved sykehuset sammen kan diskutere hva som kan være utbytte for pasienter og pårørende, hva som kan fremme bruken av dette tilbudet og hva som hindrer bruken.

Fokusgruppeintervjuet vil foregå i en gruppe på 5-6 personer. Intervjuet vil foregå i omtrent 60 minutter. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene som vil anonymiseres, transkriberes og som slettes etter at prosjektet er ferdig. Selve intervjuene vil foregå i Friluftssykehuset sin hytte på Rikshospitalet. Spørsmålene i intervjuet vil handle om hvilke tanker du har for bruk av Friluftssykehuset, hvilke

muligheter du tenker det har for bruk og hvilke barrierer som finnes for bruk av pasienter og pårørende.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er kun undertegnede og min veileder ved NMBU, som vil få kjennskap til dine opplysninger.

Resultatene fra mitt masteroppgaveprosjekt er tenkt publisert i en masteroppgave og i en tidsskriftartikkel.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Lydopptak fra intervjuet vil da bli slettet, og eventuelle notater vil bli makulert. Alt som sies i intervjuene vil bli anonymisert.

Etter prosjektslutt vil anonymiserte transkripter av intervjuene bli oppbevart ved avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken ved Rikshospitalet, OUS. Datamaterialet vil inngå som et underlag for utvikling av nye forskningsprosjekt og vil kun bli brukt til å forstå fenomen knyttet til utvikling av Friluftssykehuset som konsept.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges miljø- og biovitenskaplige universitet, NMBU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Norges miljø- og biovitenskaplige universitet, NMBU, ved Berit Sinding-Larsen (student), Tlf: 95242837, Mailadresse: besindin@nmbu.no eller Grete Grindal Patil, (veileder), grete.patil@nmbu.no, tlf.: 99700361
- Personvernombud: for NMBU: Hanne Pernille Gulbrandsen, personvernombud@nmbu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Berit Sinding-Larsen
Masterstudent

Grete Grindal Patil
Førsteamanuensis
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Friluftssykehuset ved Rikshospitalet – muligheter og barrierer for bruk», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i Fokusgruppeintervju ved Friluftssykehuset

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, Juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Friluftssykehuset ved Rikshospitalet - muligheter og barrierer for bruk

Referansenummer

874077

Registrert

19.12.2019 av Berit Sinding-Larsen - berit.sinding-larsen@nmbu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Grete Grindal Patil , grete.patil@nmbu.no, tlf: 99700361

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Berit Sinding-Larsen, berit_s-@hotmail.com, tlf: 95242837

Prosjektperiode

01.01.2020 - 31.12.2020

Status

30.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

30.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.12.2019. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTE RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og

innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway