# Natur og friluftsliv i rehabilitering - en kartleggingsstudie

## nature and outdoor life in rehabilitation - a descriptive study

Erle Breimo Morstad

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP
Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap
Masteroppgave 30 stp. 2011

# Forord

Gjennom min bakgrunn som sykepleier har jeg sett hvor mye ressurser som benyttes i behandlende tiltak, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jeg har i tillegg opplevd hvordan sykdom og skade medfører redusert livskvalitet og helse for den enkelte. I møte med ulike pasienter har jeg tenkt at deres sykdom eller lyte aldri skulle oppstått, hvis de bare hadde fått hjelp til "det og det", hvis de bare ikke hadde tatt "de og de" valgene. Dette førte til at jeg ønsket å velge en yrkesvei hvor helsefremmende og forebyggende arbeid sto i fokus. Denne oppgaven er skrevet som et avsluttende arbeid i min masterutdanning i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås. Temaet for oppgaven er "Natur og friluftsliv i rehabilitering", hvor hovedmålet har vært å finne ut i hvilket omfang og hvordan natur benyttes som arena for rehabiliteringsprosesser ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Tertiærforebygging er svært viktig for å redusere konsekvensene av skade og sykdom og jeg tror det er behov for å tenke alternativer til tradisjonell behandling. Natur er en omgivelse som kan virke helsefremmende, og jeg tror flere vil kunne oppleve økt livskvalitet og helse ved opplevelser og aktivitet i natur.

Det er mange som har bidratt i denne prosessen, og alle skal ha en stor takk. Uten interesse og velvilje fra institusjonene som har deltatt, ville det ikke blitt noe av denne studien. Tusen takk til alle som har fylt ut spørreskjemaet og kommet med gode råd på veien. En stor takk rettes også til gode medstudenter og venner for oppmuntring og kaffepauser.
Uvurderlig støtte har jeg også fått hjemmefra. Takk til mamma, pappa, svigermor, svigerfar, tanter og onkler for barnepass og gode ord. Uten min kjære Eivind ville jeg aldri klart å fullføre denne oppgaven, takk for evig optimisme, støtte og kjærlighet. Og takk, kjære Gustav, for at du har sovet lange økter på dagen, slik at mamma har kunnet fått skrevet litt.

En stor takk til min biveileder, førsteamanuensis Grete Grindal Patil, for grundig gjennomlesing og gode tips. Tilslutt vil jeg rette en utrolig stor takk til min hovedveileder, professor Camilla Ihlebæk, for faglige innspill, inspirasjon og verdifull veiledning. Dere har begge vært til stor støtte og gitt meg uvurderlig hjelp gjennom prosessen.

Oslo, 11. mai 2011

Erle Breimo Morstad

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I Norge er det et økende behov for rehabilitering. Dette er hovedsakelig en følge av økt forekomst i antall med livsstilssykdommer, samtidig som ny teknologi bedrer overlevelsesevnen etter patogen belastning. Samtidig lever vi stadig lengre, noe som igjen medfører risiko for funksjonsnedsettelse og dermed behov for rehabilitering. Dette har konsekvenser for samfunnet som helhet. Det vil gagne både samfunnet og det enkelte individ å finne frem til metoder og tiltak som fremmer livskvalitet og helse, samt fører til raskere rekonvalisering. Et av mange tiltak kan være å benytte natur som arena i rehabilitering. Utsikt til natur, og det å være i natur kan virke helsefremmende. Rehabiliteringsaktiviteter med naturen som arena, vil kunne føre til raskere bedring og rekreasjon etter skade og sykdom. Økt kunnskap om omgivelsenes betydning for helsen er viktig, da dette kan redusere ressurser og belastning både for det enkelte individ og samfunnet. Det å kartlegge bruken av natur ved rehabiliteringsinstitusjoner vil kunne danne grunnlag for videre forskning på dette temaet, samt gi et bilde av hvor tiltak kan og bør settes inn.

**Metode:** Totalt 73 rehabiliteringsinstitusjoner i Norge valgte å delta i undersøkelsen. Spørreskjemaet kartla institusjonenes omgivelser, omfanget av bruk av aktiviteter i naturen, type aktiviteter, hvilke yrkesgrupper som deltar i aktivitet i natur, settinger for aktivitet og holdninger til bruk av aktiviteter i natur.

**Resultater:** Det var 9 av 10 institusjoner som lå i omgivelser med natur. Videre oppga 73 % som oppga å benytte seg systematisk av aktiviteter i natur, hvor et flertall av disse var psykiatriske institusjoner ($p = 0,053$). Hyppigst benyttet institusjonene seg av aktiviteten ”turer til fots i skog, mark eller fjell”. Institusjoner som benyttet seg systematisk av aktiviteter i naturen var også mer tilbøyelige til å benytte seg av mer utfordrende aktiviteter som klatring og opplevelsesturer. Fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter deltok hyppigst i aktivitet i naturen. Tverrfaglighet har betydning for om aktiviteter i naturen benyttes systematisk ved institusjonene, hvor høy grad av tverrfaglighet medfører hyppigere bruk av aktiviteter i naturen ($p = 0,026$). Av institusjonene oppgir 60 % at de mener naturens kvaliteter gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Somatiske institusjoner var mest tilbøyelige til å mene at naturen er spesielt godt egnet som arena for rehabilitering, men det var ingen signifikant sammenheng mellom type institusjon og holdning til denne påstanden ($p = 0,111$).

**Konklusjon:** Natur og friluftsliv kan være viktige bidrag for raskere rekonvalisering, samtidig som det kan gi pasienter bedre livskvalitet og opplevelse av god helse. Denne kartleggingsstudien gir verdifull informasjon om utbredelse og bruk av natur ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge, noe som kan bidra til et grunnlag for videre forskning. Et flertall av institusjonene benytter seg av aktiviteter i naturen som del av sitt rehabiliteringstilbud. Institusjoner med tilbud til pasienter med psykiske lidelser bruker aktiviteter i naturen hyppigst. I et flertall av tilfellene mener institusjonene at naturen er den omgivelsen som egner seg best som rehabiliteringsarena. Somatiske institusjoner er mest tilbøyelige til å mene dette. Natur i omgivelsene er ikke avgjørende for om aktiviteter i naturen benyttes, men høy grad av tverrfaglighet fører til økt forekomst i bruk av aktiviteter i natur. Bruk av aktiviteter i natur som del av rekreasjon er forenelig med systematikk i bruk av natur, samt det å ha et positivt syn på naturens kvaliteter og egnethet som arena for rehabilitering. Studien kan trolig bidra til refleksjon ved institusjonene rundt omgivelsenes betydning for helsen.

## Abstract

**Background:** There is an increasing need for rehabilitation in Norway. This is mainly due to an increase in lifestyle diseases. In addition, related technological progress has improved survival rate post pathogen exposure. At the same time life expectancy is higher, consequently there is an increased risk of disability. Accordingly this has implications for the society. It will be beneficial for both the society and individuals to explore methods and actions that promote health and quality of life. A part of this may be to promote the use of nature as an arena for rehabilitation. To be present in - and enjoy the view of nature may promote health. To use nature as an arena for activities in rehabilitation, may lead to faster recovery and recreation after illness or injury. Knowledge about the environment's impact on human health is important. This may reduce the costs and burden for both individuals and the society. Providing descriptive studies on systematic use of nature in rehabilitation will hopefully give important guidelines for further research. Also, the results can be important bricks in the process of identifying areas subject to improvement on this matter.

**Method:** In total 73 rehabilitation institutions participated in the survey. The questionnaire included questions about the institutions surroundings, extent of outdoor activities, types of activities, what employees that participate, circumstances and attitudes towards the use of nature in rehabilitation.

**Results:** Nine out of ten institutions were surrounded by nature. Further, 73 % of the participants answered that they took systematic use of nature. A majority of these respondents were psychiatric institutions ($p = 0,053$). The most frequently used activities were "hiking in the woods, fields or mountains". Institutions that had a more frequent use of activities in nature also used more challenging activities as climbing and adventure trips. Physiotherapists, nurses and occupational therapists were most likely to participate in activities in nature. Whether the institutions have interdisciplinarity among the staff is significant for systematic use of nature. A high level of interdisciplinarity is consistent with more frequent use of this surroundings ($p = 0,026$). A total of 60 % of the institutions agreed that nature is more suited as an arena for rehabilitation then other surroundings. The somatic institutions were most likely to agree to this, but there were no significant coherence ($p = 0,111$).

**Conclusion:** Nature and outdoor life may contribute to faster recovery, at the same time it might also improve quality of life and health. This study improves the understanding of Norwegian institutions use of nature in rehabilitation. Hopefully this will also guide further research on the subject. A majority of the institutions take active use of nature in their rehabilitation programs. Institutions which provide psychiatric rehabilitation use nature systematically the most. There is predominance in participants which report they find nature as the most beneficial surroundings in rehabilitation. Somatic institutions are least reluctant to this opinion. Having nature in the surroundings does not seem to be decisive in the use of nature in rehabilitation. However, high interdisciplinarity increase the use of activities in nature. Use of outdoor activities in nature as a part of rehabilitation corresponds with systematic use of nature, and positive attitudes towards use of nature surroundings in rehabilitation. This study will enable institutions to reflect on its surroundings importance on health.

# Innhold

1. Innledning ..... 1
1.1 Bakgrunn ..... 1
1.2 Rehabilitering ..... 3
1.2.1 Begrepsavklaring ..... 3
1.2.2 Behov for rehabilitering ..... 5
1.2.3 Rehabilitering og aktivitet ..... 6
1.2.4 Omgivelsenes betydning for helse ..... 7
1.3 Natur ..... 9
1.3.1 Mennesket og natur ..... 9
1.3.2 Naturens betydning for helsen ..... 10
1.3.3 Evolusjonære teorier. ..... 12
1.4 Problemstilling ..... 15
2. Metode ..... 17
2.1 Studiedesign ..... 17
2.2 Deltakere og representativitet ..... 17
2.3 Beskrivelse av spørreskjemaet ..... 18
2.4 Prosedyre ..... 21
2.5 Databehandling og statistiske analyser ..... 22
2.6 Etikk ..... 22
3. Resultater ..... 24
3.1 Beskrivelse av utvalget ..... 24
3.2 Bruk av natur ..... 26
3.2.1 Natur som arena ..... 26
3.2.2 Omgivelser ..... 28
3.2.3 Aktiviteter ..... 30
3.3 Systematisk bruk av natur ..... 34
3.3.1 Institusjonene ..... 34
3.3.2 Omgivelser ..... 36
3.3.3 Aktiviteter og ansatte som deltar ..... 38
3.4 Naturens spesielle kvaliteter ..... 42
3.4.1 Institusjoner ..... 42

3.4.2 Omgivelser ..... 43
3.4.3 Aktiviteter og ansatte som deltar ..... 45
4. Diskusjon ..... 49
4.1 Diskusjon av metode ..... 49
4.1.1 Studiedesign ..... 49
4.1.2 Validitet og reliabilitet ..... 50
4.1.3 Representativitet ..... 51
4.1.4 Statistiske analyser ..... 53
4.2 Diskusjon av resultatene ..... 53
4.2.1 Natur som arena i rehabilitering ..... 54
4.2.2 Institusjonene ..... 55
4.2.3 Omgivelser ..... 57
4.2.4 Aktiviteter ..... 58
5 Konklusjon ..... 61
6. Referanser ..... 63
Vedlegg 1 ..... 67
Vedlegg 2 ..... 68

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Naturen kan virke helsefremmende. Både det å se, være i og bedrive aktiviteter og friluftsliv i naturen kan bidra til raskere rekreasjon etter sykdom og skade. Dette kartleggingsstudiet gjøres for å få en oversikt over utbredelse, samt bakgrunn for bruk av aktiviteter i natur ved norske rehabiliteringsinstitusjoner.

Helse er et flertydig begrep, hvor ulike oppfatninger om hva begrepet inneholder har forandret seg gjennom historien. I vestlig vitenskapelig medisin ble god helse lenge sett på som fravær av sykdom. Innen et slikt bio- medisinske syn tar man utgangspunkt i at der det ikke er objektive bevis for sykdom, er det helse. Denne definisjonen er kritisert for å være for snever og mange har hevdet at helsebegrepet inneholder flere aspekter. Den subjektive opplevelsen av å ha sykdom og dårlig helse kan føles sterk, selv om det i bio- medisinsk forstand ikke foreligger bevis for sykdom. Likeledes kan en som har bevis for sykdom oppleve god helse (Naidoo & Wills 2000). Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en definisjon av helse som favner bredt; *"Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære"*. Også denne definisjonen har møtt motstand da den blant annet slår fast at en må være fri for "sykdom og lyte". Enkelte opplever aldri å være fri for sykdom, men kan allikevel oppleve god helse (NOU 2000). Videre blir denne definisjonen kritisert for å være for vid og idealistisk, og at en sjelden opplever "*fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære"*. På den annen side forsøker denne definisjonen å favne alle dimensjoner i et menneske, og har ikke kun fokus på sykdom og diagnose. Et mer helhetlig psykososialt syn på helse fremmer viktigheten av å se hvilken innvirkning samfunn og miljø har på mennesket, og interaksjonen mellom disse (Naidoo & Wills 2000).

Salutogenese kan beskrives som prosesser som fremmer, produserer og beskytter god helse, og bidrar til å holde mennesker friske i betydning fravær av sykdom og opplevelse av overskudd. Dette er det motsatte av patogenese som er prosesser som bryter ned helsen (Clift & Jensen 2005). I dagens samfunn er det fokus på å forebygge sykdom og tap av helse, noe som gjenspeiles i Folkehelsemeldingen (St.meld. nr 16 2002 - 2003). Livsstilssykdommer som hjerte- og karlidelser, muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, fedme, kreftsykdommer og psykiatriske lidelser gir store utfordringer for samfunnet. Forebygging av

disse er hovedfokus i den ovenfornevnte stortingsmeldingen. Det er vanskelig å definere begrepet forebygging, da betydningen varierer etter fag og tradisjon. I et helseperspektiv skilles det mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Ved sykdomsforebygging prøver en å hindre at sykdom oppstår og begrense risiko for skade og død. Helsefremmende arbeid defineres som: "..den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse" (Naidoo & Wills 2000; WHO 1986). Tertiærforebygging tar sikte på å hindre eller redusere følger som kan oppstå etter skade eller sykdom (Iversen 2010). Personer med de ovenfornevnte livsstilssykdommene har ofte behov for rehabilitering for å komme tilbake til hverdagen og oppleve funksjonsfriske år etter sykdom. Rehabilitering er prosesser som søker å "*oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet etter sykdom eller skade*"(Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

Både i Folkehelsemeldingen og i andre offentlige rapporter fremheves viktigheten av fysisk aktivitet, samt fordeler ved aktiviteter i naturen og friluftsliv. Fysisk aktivitet kan forebygge en rekke sykdommer og helseplager. Ifølge folkehelseinstituttet (2009a) kan moderat fysisk aktivitet blant annet redusere risikoen for hjerte – kar lidelser, forebygge tykktarms kreft og brystkreft, redusere risiko for å utvikle diabetes, styrke skjelettet og redusere muskel og skjelettplager samt forebygge og redusere overvekt og fedme. Helsemessig har friluftsliv lenge blitt sett på som en sunn kilde til økt mosjon og frisk luft. Samtidig som denne formen for aktivitet har sterk kulturell forankring i Norge, har opplevelser i natur for helsens skyld også hatt fokus i lang tid. Sanatorier for lungesyke ble for eksempel bygget i naturen med tanke på luftforandring og aktivitet i naturen (Mytting & Bischoff 2001). Hvilke aspekter i naturen som gjør at mennesker erverver og opplever god helse har vært gjenstand for økende forskning de siste 30 årene. Vi vet at fysisk aktivitet i seg selv er helsefremmende, men spørsmålet er om det å være i, eller utføre aktiviteter i naturen gir økt helsemessig gevinst. Det er vanskelig å vite om det er slik at friluftsliv i seg selv gir god helse, eller om det er personer med opplevelse av god helse som velger å bedrive friluftsliv. Forskere har forsøkt å komme nærmere hvilke komponenter det er ved friluftsliv som gir oss helsemessige fordeler. Er det aktiviteten i seg selv som er det utslagsgivende, eller er det hvordan naturen motvirker negative miljøpåvirkninger som gir oss helsegevinst? Er det samholdet med andre, sollys, luftforandringer, opplevelse av ro og sammenheng, frisk luft eller det vi lærer i naturen som er viktig? Sannsynligvis vil en kombinasjon av disse faktorene kunne gi en positiv opplevelse og gi positive helseeffekter.

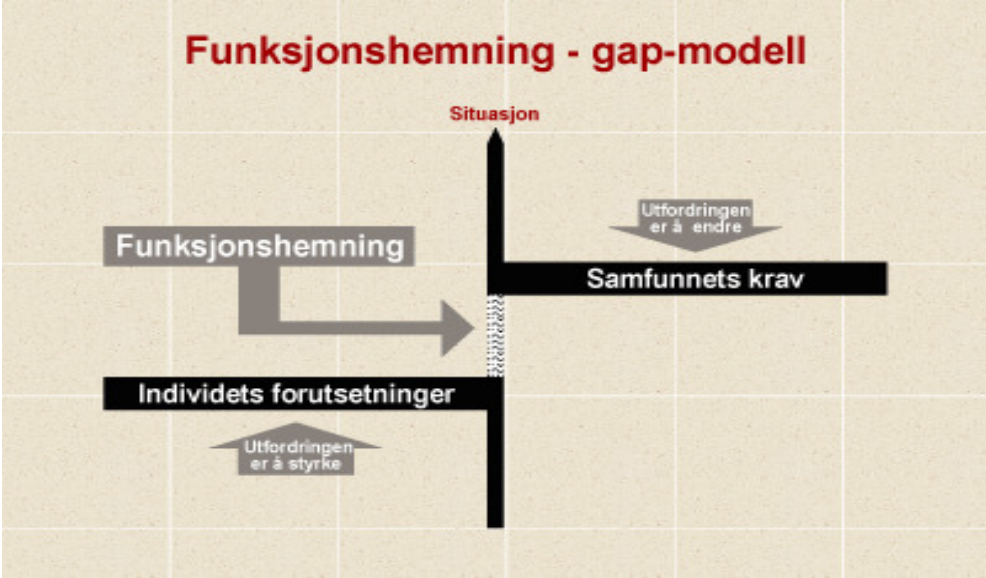
Ifølge Bischoff et. al (2007) brukes aktiviteter i naturen som del av rehabiliteringsprosesser ved enkelte rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Evaluering av aktiviteter i naturen har ved disse institusjonene vist seg å være positive. Friluftsliv brukes også i behandling av enkelte psykiatriske og psykososiale lidelser, samt ved rusavhengighet. I denne oppgaven presenteres teorier som forsøker å forklare hvorfor vi mennesker har en tilbøyelighet til å foretrekke naturen, og hvorfor aktivitet i naturen kan være positivt for vår helse. Sammen med teori om rehabilitering, og omgivelsenes betydning for helse og helseutfall av behandlingsprosesser, forsøkes det å legge et grunnlag for forståelsen av hvorfor aktiviteter i naturen kan være viktig i en rehabiliteringsprosess.

## 1.2 Rehabilitering

Dette kapittelet vil ta for seg teori knyttet til rehabilitering. Først forklares hva som ligger i begrepene funksjon, funksjonsnedsettelse og rehabilitering. Videre følger en del om hvem som har behov for rehabilitering og hvorfor dette behovet er økende. Så følger en del om rehabiliteringstilbud og tjenester, før dette kapittelet avsluttes med teori om omgivelsene og miljøets betydning for mennesker og vår helse.

### 1.2.1 Begrepsavklaring

En persons **funksjon** kan beskrives som evnen til å utføre oppgaver og hvordan en fungerer i dagliglivet. **Funksjonsnedsettelse** er følgelig en redusert evne til å utføre disse oppgavene, og kan innebære medisinske, fysiske, intellektuelle, psykiske eller sosiale problemer. Slike funksjonsnedsettelser kan være medfødt eller ervervet (Johansson & Skärgren 2006; St.prp. nr. 1 2007-2008). En **funksjonshemming** oppstår først når gapet mellom det samfunnet forventer og individets forutsetninger blir for stort, noe modellen i figur1 illustrerer (St.meld. nr 40 (2002-2003)). Modellen viser at både individuelle faktorer og ytre forhold har betydning for menneskers funksjonsnivå, og at det er nødvendig å foreta tiltak på begge plan. For å styrke individets forutsetninger, muligheten til å gjenopprette eller bedre vedkommendes situasjon, vil det være nødvendig med rehabilitering (Johansson & Skärgren 2006).




Figur 1. Illustrasjon av begrepet funksjonshemning (St.meld. nr 40 (2002-2003))
Samfunnets krav har betydning for individets forutsetninger, hvor størrelsen på dette "gapet" utgjør grad av funksjonshemning.

I *Forskrift om habilitering og rehabilitering*(2001) defineres **habilitering** og **rehabilitering** som;

"(…) tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

Denne definisjonen inkluderer både habilitering og rehabilitering, hvor habilitering retter seg spesielt mot helse og funksjonsproblemer som er medfødt. Det er i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) foreslått at en ikke skiller mellom disse, og at rehabiliteringsbegrepet brukes som en samlebetegnelse på disse gruppene. I denne forskriften benyttes betegnelsen **pasient** om mennesker som gjennomgår rehabilitering, noe det også er valgt å gjøre i denne oppgaven.

Rehabilitering, i ordets betydning, betyr å reintegrere (Johansson & Skärgren 2006) eller å "gjeninnsette i verdighet" (Bautz-Holter et al. 2007). Begrepet brukes ofte om gjenopptrening og behandling, men inneholder også et spekter av andre faktorer som må være tilstede for å dekke hele betydningen (Johansson & Skärgren 2006). Definisjonen i forskrift om habilitering og rehabilitering viser at en nå har utvidet begrepet fra å kun ha et medisinsk fokus til å omfatte flere faktorer som har betydning for menneskers selvstendighet og deltakelse.

Rehabiliteringsprosessen skal medføre at den enkelte fungerer så optimalt som mulig i de rammer som samfunnet setter (Bautz-Holter et al. 2007). Fokuset skal ikke kun være på å trene opp igjen tapte fysiske, psykologiske og sosiale funksjoner, men også være en prosess som går igjennom hele brukerens livssituasjon. Rehabilitering handler om å mestre en ny situasjon, hvor mennesket opplever motivasjon og håp om at det er mulig å leve godt i den nye situasjonen (Johansson & Skärgren 2006).

### 1.2.2 Behov for rehabilitering

Antall rehabiliteringsopphold varierer mellom de ulike helseregionene, men det har skjedd en generell økning på landsbasis. Fra 2004 - 2006 var denne økningen på 25 %. Ifølge nasjonal strategi for rehabilitering (St.prp. nr. 1 2007-2008) vil følgende personer kunne ha behov for rehabilitering:

- Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse. Eks. autisme og cerebral parese (CP).
- Personer med akutt oppstått sykdom eller skade med langvarig eller varig funksjonsnedsettelse. Eks. multitraume, ryggmargsskader, brannskader, hjerneslag og amputasjoner.
- Personer med medfødte og kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse. Eks. lungesykdommer, MS, nevrologiske og revmatiske sykdommer.
- Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes. Eks. hofteproteseopererte pga. slitasjegikt, enkelte hjerteopererte og personer med visse former for kreft.

En mulig forklaring på hvorfor det er et økende antall personer med behov for rehabilitering kan ligge i teknologi og forskning som bedrer overlevelsesevnen ved alvorlig sykdom og skade, samt i dårlige livsstilsvalg og levevaner. Stadig flere barn født med misdannelser og funksjonshemninger vokser opp, og har tilnærmet lik levealder som funksjonsfriske. Mange av disse vil imidlertid ha behov for habilitering og rehabilitering gjennom store deler av livet (St.prp. nr. 1 2007-2008). I Norge, som i store deler av verden, står vi ovenfor utfordringer når det kommer til sykdomsgruppene hjerte- kar, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og

Diabetes type 2 (St.meld. nr 16 2002 - 2003). Muskel- og skjelettlidelser er i tillegg veldig vanlig, noe som kan føre til redusert livskvalitet, smerter og vansker med å fungere normalt i hverdagen. Disse plagene er hovedårsak til sykemeldinger og uføretrygdede i Norge(Ihlebæk & Lærum 2010). Samtidig er en økende andel av befolkningen overvektige, noe som i tillegg til økt risiko for Diabetes type 2, også fører med seg andre sykdommer og belastningsskader (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). I tillegg får i gjennomsnitt hver tredje nordmann kreft (St.prp. nr. 1 2007-2008), hvor nye behandlingsmetoder bedrer muligheten til å overleve. Allikevel vil både psykiske og fysiske følger av sykdom og behandling påvirke individet, og mange opplever ulik grad av funksjonsnedsettelse etter å ha gjennomgått en slik belastning. Antall eldre med sykdom og funksjonsnedsettelse er økende, og denne trenden vil fortsette (Bautz-Holter et al. 2007). For eksempel antas det at antall personer med demens vil fordobles innen 2040. Økning av antall eldre vil videre medføre at forekomsten av hjerneslag, hoftebrudd, kreft og depresjon øker, samt at antall personer med sansetap vil stige som følge av høy alder (St.prp. nr. 1 2007-2008).

### 1.2.3 Rehabilitering og aktivitet

Rehabiliteringsprosessene skal "..bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse" (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Videre skal tjenestene i henhold til St. prp. 1 (2007-2008) være virkningsfulle, trygge og sikre, samt ha fokus på brukermedvirkning.

Funksjonstrening og aktiviteter er metoder som ofte benyttes i rehabiliteringsprosesser (Bautz-Holter et al. 2007). Fysisk aktivitet er viktig både for den psykiske og fysiske helsen og kan defineres som "*enhver kroppslig bevegelse skapt av skjelettmuskelatur som resulterer i bruk av energi*" (Folkehelseinstituttet 2009a). Toronto-charteret for fysisk aktivitet hevder at fysisk aktivitet også "fremmer velvære, fysisk og mental helse, virker sykdomsforebyggende, øker fellesskapsfølelsen og livskvaliteten, gir økonomiske fordeler og bidrar til et bærekraftig miljø"(Helsedirektoratet 2010). I tillegg til å trene opp igjen kroppen kan fysisk aktivitet altså gi mer energi, påvirke humøret positivt, gi nye mestringsopplevelser, samt økt samhold med andre.

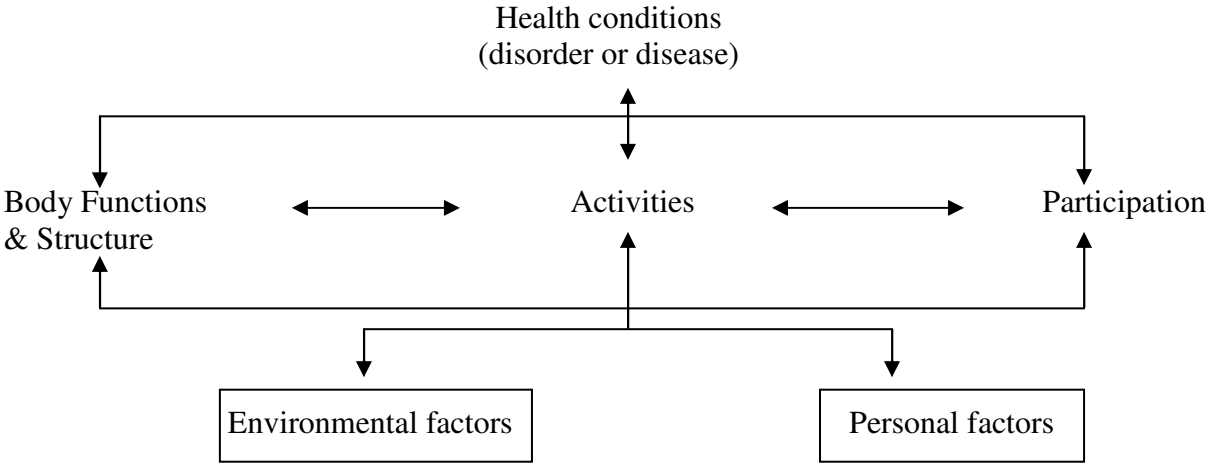
Fysisk aktivitet er spesielt gunstig for å forebygge overvekt og fedme, samt for å hindre ny vektøkning etter slanking (Folkehelseinstituttet 2009a). Inaktive har dobbelt så stor risiko for å dø av hjerte- kar sykdommer enn de som er moderat aktive. Også risikoen for Diabetes type

2 kan halveres ved 30 minutter moderat fysisk aktivitet daglig, kombinert med gode kostholdsvaner (ibid). Jevnlig fysisk aktivitet kan også styrke skjelettet, redusere tapet av beinmasse og motvirke fall ved at balanse og muskelstyrke opprettholdes. Personer med psykiske lidelser isolerer seg ofte fra sosiale sammenhenger, og sliter med å finne mening i hverdagen. Aktiviteter med andre i sosialt fellesskap kan styrke følelsen av å være en del av noe og gi økt mestringsfølelse. Den naturlige avslapningen en opplever etter fysisk aktivitet kan ifølge Helsedirektoratet (2009) føre til mindre bruk av beroligende medikamenter. Bruk av fysisk aktivitet som virkningsfull behandlingsmetode for pasienter med depresjoner, angstlidelser og rusavhengighet er godt dokumentert.

### 1.2.4 Omgivelsenes betydning for helse

World Health Organization (WHO) har satt fokus på betydningen av individets samspill med sine omgivelser, ved å utfylle "International Classification of Diseases" (ICD -10)[1]. WHO (WHO 2001) implementerte i 2001 "The International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF), som vil "..sette det enkelte mennesket inn i en større sammenheng hvor hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer" (Helsedirektoratet 2008). Denne modellen søker å knytte sykdom og funksjon sammen i et større bilde, hvor konteksten vedkommende lever i også spiller inn. Manglende evne, eller uførhet, er svært sammensatt. Individets manglende evne til å utføre visse handlinger kan enten forsterkes eller reduseres ut i fra de omgivelser mennesket lever i. Som gap- modellen illustrerer (se fig. 1), avhenger altså grad av funksjonshemning ikke bare av individets forutsetninger, men også av samfunnets krav. Hvordan samfunnet er utformet har derfor stor betydning for deltakelse i samfunnet og hvor hemmet den enkelte blir av sitt funksjonstap. Prinsippene for universell utforming er derfor svært viktige for å sikre lik tilgjengelighet og mulighet for deltakelse, slik at funksjonshemningen reduseres for det enkelte individ. ICF bygger på en modell som integrerer det sosiale aspektet (samfunnet) med det medisinske (individet), noe som gir et helhetlig syn på helse både biologisk, individuelt og sosialt. Modell i figur 2 viser de sammensatte faktorene som har betydning for helsen (WHO 2001).

[1] ICD-10 er et diagnoseklassifiserings verktøy for registrering og kunnskap om forekomst av sykdom (Helsedirektoratet 2008)




Figur 2 (WHO 2002) Faktorer som har betydning for helsen, og hvordan disse påvirker hverandre.

Flere som jobber med rehabilitering i Norge ønsker å bygge opp rehabiliteringen rundt ICF. For å tette gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav er det nødvendig å fokusere både individ og samfunn. Våre individuelle egenskaper og miljøfaktorer har betydning for vår deltakelse i samfunnet, kroppsfunksjon og aktivitet som igjen har betydning for vår helsetilstand. Likeledes har vår helsetilstand betydning for vår kroppsfunksjon, aktivitet og deltakelse, som igjen påvirker våre individuelle forutsetninger og vårt miljø.

Rubin (1998) hevder at omgivelser kan påvirke helseutfallet for pasienter. Omstendighetene behandlingen skjer i kan derfor enten forstørre eller redusere effekten av et tiltak. Mennesker som gjennomgår en rehabiliteringsprosess er i en krevende og vanskelig situasjon (Johansson & Skärgren 2006). Et opphold på en rehabiliteringsinstitusjon, hvor en kommer bort fra hverdagens krav samtidig som en møter andre i lignende situasjon kan være betydningsfullt. Et flertall av rehabiliteringsinstitusjonene i Norge holder til i naturskjønne omgivelser. I løpet av de siste 30 årene har forskning vist at omgivelser med naturelementer kan virke mer helsefremmende enn menneskeskapte omgivelser. Når mennesket er i en vanskelig livssituasjon, vil det trolig være nyttig å oppholde seg i omgivelser som ikke stiller krav, men gir rom for restitusjon og innhenting av krefter (Kaplan & Kaplan 1989; Kaplan & Kaplan 1995; Ulrich et al. 1991; Ulrich 1993).

## 1.3 Natur

### 1.3.1 Mennesket og natur

Ordene natur og miljø finnes ofte i samme setning, men det er mye som skiller disse begrepene. **Miljø** brukes ofte som en betegnelse på det vi har rundt oss, våre **omgivelser**. Natur betegnes som et element i disse omgivelsene. Begrepet **natur** vil i denne oppgaven ikke bare innebefatte den ville, utemmede naturen rundt oss, men også mer strukturerte områder i form av for eksempel hage, parker og kulturlandskap. Tidligere ville det kanskje være riktig å sette et likhetstegn mellom natur og miljø, da natur var en essensiell del av alle menneskers liv og naturen *var* omgivelsene for de fleste. Gjennom de siste århundrene har mennesket derimot blitt mindre avhengige av naturen enn noen gang. Med industrialiseringen på slutten av 1800-tallet kom også urbaniseringen. Folk flyttet inn til byene for å få arbeid, og flyttet seg dermed også i en viss grad bort fra naturen. Et menneskes miljø kan derfor i stor grad bestå av asfalt, høye bygninger og tett befolkede områder (Tellnes 2008).

Forskere har gjennom systematiske studier prøvd å finne frem til hvilke landskap vi foretrekker, for så å kunne si noe om hvorfor vi liker eller misliker ulike typer miljø. Ifølge Strumse og Aarø (Strumse & Aarø 1999; Strumse 2007) viser en oppsummering av forskning innen dette feltet at de mest foretrukne landskapene er de som domineres av natur, eller der hvor menneskeskapte elementer harmonerer med det naturlige miljøet. Korpela & Hartig (1996) fant i sin undersøkelse blant finske studenter, at de fleste nevner naturelementer når de skal beskrive omgivelser de foretrekker. Det samme fant Hartig & Staats (2004) i en studie med nederlandske studenter. Studentene oppga at de foretrakk naturlige fremfor urbane omgivelser når de skulle gå tur, samt at omgivelser med natur ga høyere grad av restitusjon enn urbane omgivelser. Generelt ser det altså ut som at våre preferanser for omgivelsene synker med økende grad av påvirkning fra mennesker. Omgivelser som er åpne, men definerte, er mest likt (Strumse & Aarø 1999; Strumse 2007).

Det har lenge vært kjent at naturen innehar spesielle kvaliteter som er viktig for menneskers helse. Romerne så det positive ved å legge sine feltsykehus i naturen for at rehabiliteringen skulle skje på en optimal måte (Grahn 2005). Mange av dagens sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner ble bygd på slutten av 1800-tallet, en tid hvor en hadde stor tiltro til naturens helende og velgjørende egenskaper. Hagebruk, arbeid og opphold i hagen ble sett

på som verdifullt. I England og USA så en at soldater med posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og skader etter Vietnam krigen hadde stor nytte av aktiviteter i naturen. Tanken var at en gjennom arbeid i hagen kunne få en opplevelse av å styre sitt eget liv, sin utvikling og gjøre en forandring i tilværelsen som kunne føre til økt livskvalitet (Grahn 2005). Hagebruks terapi (horticultural therapy) og terapeutisk hagebruk (therapeutic horticulture) er betegnelser på slik behandling, og brukes ofte om hverandre. Det som skiller disse to formene, er at det i hagebruks – terapi bygger på en noe mer strukturert og målrettet fremgangsmåte. Her benyttes også profesjonelle terapeuter. I terapeutisk hagebruk brukes planterelaterte aktiviteter enten passivt eller aktivt, slik at deltakerne skal oppleve ”well-being”(trivsel)(Gonzalez et al. 2009).

Ved begynnelsen av 1900-tallet vokste det frem en rekke sanatorier i Norge, som ofte hadde fokus på viktigheten av luftforandring. De syke måtte bort fra byene hvor luften ofte var forurenset. Pasienter med tuberkulose ble sendt til disse sanatoriene som skulle gi de ”trangbrystede og trangpustende” helse gjennom spesiell type luft, som for eksempel sjøluft eller fjelluft (Tordson 2006).

### 1.3.2 Naturens betydning for helsen

Ifølge Fugelli & Ingstad (2001) har naturen også stor betydning for folks oppfatning av egen kropp og helse. De siste 30 årene er det utført forskning som viser at det å være i eller se omgivelser med natur kan gjøre at vi kommer oss raskere etter sykdom og skade. En av de mer kjente studiene er Roger S. Ulrichs ”View through a window”. Her fant Ulrich at pasienter som hadde gjennomgått galleblæreoperasjon kom seg raskere hvis de hadde utsikt til grøntområder. Nilsen & Elstad (2008) fant i sin studie at mennesker med kroniske og langvarige smerter opplevde at de i naturen fikk tankene over på noe annet og dermed fikk en smertelindrende effekt. effekt. Det er også vist at pasienter med klinisk depresjon opplevde bedring etter en intervensjon med terapeutisk hagebruk (Gonzalez et al. 2009).

Ulike teorier forsøker å forklare hvorfor vi blir påvirket av å være i naturen, og hvorfor disse omgivelsene kan ha en helsefremmende effekt. I Stortingsmelding 39 (2000-2001) legges det vekt på at opplevelser i naturen gjør oss glade og at vi opplever trivsel. En kartlegging av nordmenns friluftslivsvaner viste at 87 % oppsøkte naturen for å ”oppleve naturens stillhet og fred”, 85 % ville ”komme vekk fra støy og forurensing”, 71 % ville ”bort fra mas og stress”,

mens 71 % ønsket å ”få trim og bedre fysisk form”. Det var også 41 % som ønsket å ”komme i kontakt med naturens sjel og mystikk” (Helsedirektoratet 2009). De mest anerkjente innfallsvinklene på dette, er gjennom et helse- eller evolusjonært og miljøpsykologiskperspektiv.

**Helseperspektivet** fokuserer på at grøntområder kan ha positiv innvirkning på befolkningens helse ved at de motvirker negative miljøfaktorer, ved å redusere spredning og omfanget av helseskadelige stoffer som for eksempel svevestøv. Grøntområder kan også virke støydempende og redusere den helseskadelige effekten av for eksempel støy fra trafikk (Waaseth 2006). Ifølge dette perspektivet kan grøntområder også motivere til fysisk aktivitet.

Det er vist at det å være fysisk aktiv utendørs styrker immunsystemet og gir bedre hormonregulering (Helsedirektoratet 2009). Det hevdes også her at fysisk i aktivitet i natur gir fordeler utover det en kun ville fått fra fysisk aktivitet alene, både på grunn av variasjon i underlag, varierte opplevelser samt effekter av dagslys og frisk luft (St. meld. nr. 39 2000-2001). I en undersøkelse gjort av Townsend i Townsend & Ebden (2009)viste pulsmålere at en i tillegg trente hardere utendørs enn innendørs, selv om deltakerne ved egenrapportering opplevde at de trente like hardt både inne og ute. I St. meld. Nr. 39 (2000-2001) hevdes det at friluftsliv er svært nyttig for mennesker. **Friluftsliv** er her definert som ”opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse”. Denne definisjonen spesifiserer at friluftsliv er noe som skjer i fritiden. Ifølge Folkehelseinstituttet innehar begrepet friluftsliv ulike aspekter som fysisk aktivitet, naturopplevelse og miljøforandring, som hver for seg eller samlet kan ha positiv betydning i forhold til livskvalitet og helse (Folkehelseinstituttet 2009b). I denne oppgaven vil det legges vekt på fordelen ved å integrere friluftsliv også i et mer terapeutiske henseende. Haugen & Tangen (2010) utførte en intervensjon, hvor pasienter med sykelig fedme deltok i en friluftsøkt. Gjennom de etterfølgende intervjuene fant de at pasientene opplevde økten som avslappende og at den virket restituerende. Selv om pasientene hadde vært i fysisk aktivitet, opplevdes ikke dette slitsom og krevende. Haugen & Tangen (2010) mener at friluftslivsaktivitetene førte fokus vekk fra trening og vektreduksjon, og dermed ga en positiv opplevelse. Deltakerne oppga også at sanseinntrykkene ute i naturen var mer positive enn det de opplevde innendørs. Dette antyder at aktiviteter i naturen gir helsegevinster utover det en får ved aktivitet i andre, innendørs aktiviteter. I løpet av de siste 30 årene har det blitt utviklet ulike teorier som

omhandler hvordan vi mennesker påvirkes psykologisk av naturen, hvor noen av de mest betydningsfulle har vært de miljøpsykologisk og evolusjonære teoriene.

### 1.3.3 Evolusjonære teorier.

De **evolusjonære teoriene** tar utgangspunkt i at vi mennesker har en evolusjonær tilbøyelighet til å foretrekke naturen. Ulrichs (1993) *psykofysiologiske stressrestitusjon* teori og Kaplan & Kaplans (1989) *attention restoration theory* er de viktigste bidragsytere til forståelsen av menneskets forhold til naturen. Disse teoriene tar utgangspunkt i det Kellert & Wilson (1993) beskriver i Biofili- hypotesen. Denne hypotesen foreslår at mennesker har en medfødt biologisk tilknytning til naturen og at vi har et sterkt behov for å være i kontakt med andre levende organismer (Waaseth 2006). Dette hevdes å være resultat av tilpasning, en atferd som er formet av naturlig utvalg.

Tilpasning defineres av Tooby & Comides som:
”Mekanismer eller systemer av egenskaper formet av naturlig seleksjon for å løse et spesifikt problem framkommet av regelmessigheten i miljøet som forgjengerpopulasjoner har stått overfor i løpet av artens eller populasjonens evolusjon” (Mysterud 2005).

Disse tilpasningene er et sett av egenskaper som nedarves eller har en tendens til å utvikle seg mellom medlemmer i en art. Våre forfedre levde som jegere og sankere i naturen, og ifølge Kellert & Wilson (1993) vil mennesker fungere best under de forhold og den livsstil som våre forfedre ble utviklet under. Ifølge hypotesen er det ni aspekter i menneskets biologi som gjør at vi knyttes til og verdsetter den naturlige verden; et nytte-, naturalistisk-, økologisk vitenskapelig-, estetisk-, symbolsk-, humanistisk-, moralistisk-, dominion- og negativistiskperspektiv. Av disse vil det naturalistiske og estetiske perspektivet spesielt ha betydning for naturens restituerende effekt. Det naturalistiske perspektivet kan beskrives som den tilfredsstillelsen mennesket opplever ved å være i naturen. En følelse av fasinasjon, undring og respekt for naturens mangfold og kompleksitet, gir oss et ønske om å utforske disse omgivelsene (Kellert 1993). Videre foreslår denne hypotesen at mennesker tiltrekkes av naturens fysiske skjønnhet. Det antas at vi som art har oppnådd ulike biologiske fordeler ved å være opptatt av det estetiske ved naturen. Vår interesse for naturens kompleksitet kan ha ført til et ønske om å oppnå samme harmoni, symmetri og orden. Dette kan igjen ha spilt en rolle som modell for menneskelig atferd. Hva som vekker vår interesse for spesielle typer landskap

og arter kan også henge sammen med steder vi kunne finne mat og trygghet (Kellert 1993). Den fasinasjonen vi opplever i ulike landskap og i kontakt med andre levende organismer, kan være med på å avlede tankene og gi en følelse av ro, stillhet og velvære. Ifølge det humanistiske perspektivet i biofili- hypotesen har mennesker en genetisk tilbøyelighet til å ville være i kontakt med og tiltrekkes andre levende organismer, spesielt store virveldyr. Dette perspektivet går ut på at menneskers har en følelsesmessig tilknytning til individuelle elementer i naturlige miljø. Dette kan for eksempel være trær og landskap, men er som oftest ulike typer dyr(ibid). En kartleggingsstudie gjort av Myren (2010) viser at mange norske sykehjem (80) har eller får besøk av dyr ved sin institusjon. Katt, akvariefisk og burfugl er de mest vanlige dyreartene, og et flertall av respondentene oppgir at de bruker dyret som sosial miljøskaper.

Ifølge Ulrichs (1993) teorier har vi som art blitt formet på de øst- afrikanske savannene gjennom millioner av år. Menneskers mer siviliserte omgangsform har derimot kun eksistert i rundt titusen år. Ifølge Ulrich er det derfor rimelig å anta at vår mer moderne levemåte ikke har hatt tid til å forme hvordan vår kropp fungerer. Med dette som utgangspunkt har Ulrich utformet en teori om naturens stressreduserende effekt.

I menneskeartens tidlige år, var reaksjoner på stress en stor fordel når det kom til overlevelse. Det var nødvendig med rask reaksjon i truende situasjoner, og et velutviklet system av kroppslige reaksjoner bedret evnen til å flykte eller kjempe mot farene (Eriksen & Ursin 2005). I vår tid opplever de fleste daglig stressende situasjoner, selv om dette er av en annen art og skala enn det våre forfedre opplevde. Kilder til vår tids stressbelastning kan for eksempel være støy og folkevrimmel som vi daglig møter i vår moderne verden (Hartig 2004). I forhold til farer våre forfedre kunne støte på ute på savannene, er våre ”farer” i dag mer langvarige og diffuse, og kan være vanskeligere å takle. Ved en stressreaksjon skjer det en generell aktivering i hjernen som gjør at vi blir mer skjerpet, våkne og oppmerksomme. En alarm går av - en aktivering som gir økt metabolisme, økt blodgjennomstrømning, økt aktivitet i både det sympatiske og parasympatiske nervesystemet, musklene spennenes og ulike hormoner skilles ut. Alarmresponsen som oppstår ved ulike stimuli, er i seg selv ikke farlig. Problemer kan derimot oppstå hvis denne alarmaktiveringen ikke avtar, men forblir aktiv. Dette kan skje hvis en person ikke klarer å mestre eller komme seg ut av en vanskelig eller farlig situasjon. Dette vil ha konsekvenser for søvn, hvile, samt for ulike fysiologiske og

biologiske prosesser i kroppen. Hvis disse fysiologiske stressreaksjonene pågår over tid, vil dette kunne medføre sykdom og skade for vedkommende (Eriksen & Ursin 2005).

Kjernen i Ulrichs teori er nettopp dette med gjeninnhenting. Han mener at bare det å se bilder av ulike landskap kan virke avstressende, og har gjort gjentatte studier for å støtte denne teorien. Han forklarer dette med det motsatte av biofili, nemlig biofobi (Ulrich 1993). Fortsatt reagerer de fleste med ubehag eller redsel når de møter på ulike typer dyr som for eksempel ormer og edderkopper. Dette kan ses på som en nedarvet egenskap til å frykte farer i naturen som har gitt oss overlevelsesfordeler (Kellert & Wilson 1993). Ulrich mener at vi derfor også har arvet preferanser for hva som gir en følelse av harmoni og trygghet. Når vi da ser natur som ligner på våre forfedres hjem, enten i virkeligheten eller på bilder og film, vil dette virke avkoplende og avstressende (Ulrich 1993). I en av sine studier utførte Ulrich et. al (1991) et forsøk hvor forsøkspersonene først fikk se en stressende film. I etterkant ble de vist filmer med enten urbane eller naturlige scener. Under hele forsøket ble ulike fysiologiske reaksjoner målt, samtidig som forsøkspersonene skåret grad av stress og restitusjon på et eget skjema. Funnene viste at naturlige scener hadde en stressdempende effekt og at en raskere ble restituert etter å ha sett disse filmene mot de urbane scenene. Det samme fant Laumann et. al (2003) i en lignende studie. Ut i fra dette foreslår Ulrich (1993) at mennesker som opplever psykofysiologisk stress kan redusere dette, ved å observere noe som lokker frem mild til moderat interesse, som igjen gir behagelige følelser.

Psykologene Stephen og Rachel Kaplan har utviklet teorier som samsvarer med perspektivene i biofili- hypotesen. Kaplan & Kaplan (1989) mener at naturen kan gi oss en mulighet til å rekreere fra mental tretthet. I vår moderne verden stilles det stadig større krav til styrt eller frivillig oppmerksomhet. Begrepet oppmerksomhet kan beskrives som en prosess som leder til bevissthet. Disse kognitive mekanismene i hjernen lar oss ta inn og behandle relevante tanker, handlinger og data, samtidig som vi kan luke ut og ignorere det som ikke er relevant. Med frivillig eller rettet oppmerksomhet menes vår evne til å rette vår oppmerksomhet mot noe, mens refleksiv eller ufrivillig oppmerksomhet er det som skjer når noe fanger vår oppmerksomhet (Gazzaniga et al. 2002). Menneskeskapte urbane miljøer krever at vi bruker vår rettede oppmerksomhet stadig oftere. Hverdagen består av stadig mer spesialisering, som krever høy mental anstrengelse. Etter hvert kan det at vi styrer oppmerksomheten mot noe som er uinteressant, føre til mental tretthet. Refleksiv, eller ufrivillig, oppmerksomhet krever derimot liten grad av mental anstrengelse. Oppholder vi oss i miljøer som krever lite rettet

oppmerksomhet og fremmer ufrivillig oppmerksomhet, vil vi kunne oppnå ny mental energi. Kaplan & Kaplan(1989) har funnet frem til fire aspekter omgivelser bør inneholde for å motvirke mental tretthet:

- Opplevelse av å komme seg vekk. (Det er viktig å komme seg vekk, eller få en psykologisk avstand, fra tidligere situasjoner som krevde rettet/frivillig oppmerksomhet for å oppleve restitusjon.)
- Fasinasjon. (Når en person opplever fasinasjon i en pågående aktivitet, vil en gjenopprette kapasitet og evne til rettet oppmerksomhet.)
- Opplevelse av omfang og sammenheng. (Det må være rom for utforskning, samtidig som det finnes koherens slik at en forstår det som skjer rundt seg og kan relatere dette til en større sammenheng).
- Forenlighet mellom det en ønsker å gjøre, dersom du var i dette miljøet, og hva du kan gjøre. (Jo høyere forenlighet, jo dypere nivå av restitusjon).

Kaplan & Kaplan (1989) mener at omgivelser med natur som oppfyller deres prinsipper, vil være de optimale omgivelsene for restituering og gjeninnhenting av mental kapasitet.

### 1.4 Problemstilling

Bruk at natur i rehabilitering vil trolig kunne gi gode opplevelser og raskere fremgang. Dette kartleggingsarbeidet gjøres med det formål å få en oversikt over i hvilken grad, samt hvilke faktorer som eventuelt har betydning for å velge natur og friluftsliv som en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Videre vil denne undersøkelsen kanskje kunne bidra til refleksjon ved de ulike rehabiliteringsinstitusjonene, rundt omgivelsenes betydning for helsen. Det å kartlegge hvor mye og eventuelt hvordan naturen brukes som arena, vil kunne bidra til grunnlaget for videre forskning på naturens rolle i rehabilitering. Videre vil det kunne gi et bilde av hvor mulige tiltak kan settes inn og hvilke faktorer som har betydning for at opplevelser i naturen er del av behandlingen/opptreningen.

Hovedproblemstilling for oppgaven er følgende:

> ”I hvilken grad og hvordan benyttes natur og friluftsliv i rehabilitering ved norske rehabiliteringssentre/institusjoner?”

På bakgrunn av dette er det utarbeidet tre underproblemstillinger:

1. I hvilket omfang - og hvordan brukes natur som arena ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge?
2. Hva kjennetegner institusjoner som benytter seg systematisk av natur i sitt rehabiliteringstilbud?
3. Hva kjennetegner institusjoner som mener at naturen innehar kvaliteter som gjør at den egner seg bedre for rehabilitering enn andre arenaer?

# 2. Metode

I dette kapittelet legges valg av metode frem, sammen med en beskrivelse av fremgangsmåten i kartleggingsarbeidet. Type design som er valgt, deltakere og representativitet blir presentert først. Videre følger en beskrivelse av spørreskjemaet og prosedyre for gjennomføring. Databehandling og forklaring på valg av statistiske analyser følger så, hvor noen etiske refleksjoner avslutter dette kapittelet.

## 2.1 Studiedesign

Kvantitativ metode benyttes ofte for å måle mengder og frekvenser. Det legges vekt på en objektiv framstilling og tallfesting av et fenomen, og går ikke inn på subjektive tanker og meninger. Ofte vil den kvalitative forskningen være beskrivende og den kvantitative analyserende (Lødrup Carlsen et al. 2009). Det er derfor valgt en kvantitativ, deskriptiv tilnærming. Spørreskjema er valgt som metodeinstrument for å kartlegge bruk av natur og friluftsliv i tilbudet ved norske rehabiliteringsinstitusjoner. Spørreskjema er ofte å foretrekke som metode i kartlegging (Bjørndal & Hofoss 2008), også med tanke på avstanden til institusjonene, masteroppgavens omfang og kostnader. Ved hjelp av tjenesten Questback, en internettbasert plattform for distribusjon og innsamling av spørreskjema, ble undersøkelsen sendt ut til institusjonsledernes e- post. Der dette ikke var mulig ble den sendt til felles postmottak ved hver enkelt institusjon.

## 2.2 Deltakere og representativitet

Det var ønskelig å sende ut spørreundersøkelsen til alle rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Med institusjoner menes de virksomheter som etter *Forskrift om habilitering og rehabilitering* (2001) oppfyller kravene for å bedrive rehabilitering og habilitering, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og i det private. Spørreskjemaet ble sendt ut til de institusjoner (N=132) det har vært mulig å lokalisere via ”sentral enhet – rehabilitering” (http://www.rehabinfo.no/), samt de ulike helseforetakenes hjemmesider (for eksempel; www.helse-nord.no). Kriteriene for inklusjon har vært rehabiliteringsinstitusjoner med virksomhet og brukergrupper definert i Nasjonal strategi for rehabilitering (St.prp. nr. 1 2007-2008). Institusjoner med tilbud innen psykiatri og rusavhengige er inkludert, da disse også er

en del av ovenfornevnte strategi. Under kommentarfeltet på slutten av spørreskjemaet har enkelte respondenter med tilbud innen psykiatri, rus og avhengighet problematikk, oppgitt at de definerer segs selv mer som behandlings- enn rehabiliteringsinstitusjon. I nasjonal strategi for rehabilitering (St.prp. nr. 1 2007-2008) står det imidlertid at det innenfor denne sektoren er vanskelig å sette et skille mellom behandling og rehabilitering. Det er derfor valgt å beholde disse respondentene i oppgaven. Rehabilitering av straffedømte er derimot utelatt, da dette tilhører en annen sektor, samt har en annen tilnærming og virksomhet.

### 2.3 Beskrivelse av spørreskjemaet

Spørreskjemaet inneholder til sammen 34 spørsmål (se vedlegg 2). Disse er utformet av meg som masterstudent, samt diskutert med fagpersoner for best mulig å få svar på problemstillingen.

Spørreskjemaet er hovedsakelige bygget opp med lukkede spørsmål og svaralternativer. Dette er valgt for å lettere kunne sammenligne institusjonene, samt øke muligheten for å generalisere funnene. Der hvor det synes relevant med ytterligere forklaringer eller synspunkter, er det lagt til rette for åpne svaralternativer i fritekst (spørsmål 1, 3, 5, 6, 9,12, 16 17 og 19). Siden et lignende type kartleggingsarbeid ikke er gjort tidligere, vil supplerende mulighet til å komme med egne synspunkter og alternativer være verdifullt for å se om det er en tendens til at enkelte fenomen går igjen hos de ulike institusjonene. Der hvor det var gjentakelse i hva institusjonene oppga i ”annet” feltene, ble disse kodet inn under nye variabler.

Spørreskjemaet er utformet i følgende rekkefølge:

- Spørsmål 1-9 kartlegger navn på institusjonen, hvilket foretak den tilhører og dermed hvor i landet institusjonen ligger, pasientgruppe, størrelse og kapasitet, samt type ansatte.
- Spørsmål 10-11 kartlegger omgivelsene rundt institusjonene, samt om disse er universelt utformet.
- Spørsmål 12-17 kartlegger type aktivitet i natur, utvalgte terapiformer, hvilke ansatte som deltar og hvordan aktivitet i naturen foregår.

- Spørsmål 18-19 kartlegger bakgrunn for valg av aktiviteter i naturen, samt holdninger blant lederne og hvordan de mener aktiviteter i naturen blir tatt i mot av pasientene. Her er det også mulig å komme med utfyllende kommentarer til bruk av natur i rehabilitering.

Det **første spørsmålet** i spørreskjemaet er navn på institusjonene. Dette er tatt med for videre kontakt, samt for eventuell oppfølging og forskning på enkelte av institusjonene, etter type svar. Det er i **spørsmål to** kartlagt hvilken helseregion (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst) de ulike institusjonene tilhører.

I **spørsmål tre** er det tatt i bruk ferdigdefinerte svaralternativer over de vanligste lidelser/brukergrupper for å kartlegge hvilke pasienter de ulike institusjonene har tilbud til. I tillegg er det tatt med et ”annet” felt for å spesifisere type brukere. Der hvor flere respondenter oppga lik type lidelse under dette feltet, ble disse samlet og den nye variabelen ble lagt til under analysene. Oppga institusjonene sjeldne brukergrupper eller lidelser, ble disse samlet under kategorien ”annet”. Institusjoner med kun somatiske lidelser ble i analysene samlet inn under ”somatikk”, institusjoner med tilbud innen både somatiske og psykiatriske lidelser under ”begge” og institusjoner med rus- avhengighet og psykiatri under ”psykiatri”. Pasientgruppen ”ME/CFS” ligger under ”somatikk”, da ICD – 10 klassifiserer dette som en nevrologisk forstyrrelse. Gruppen ”arbeidsrettet rehabilitering” ligger under kategori ”begge”.

Videre, i **spørsmål fire** blir rehabiliteringsoppholdets varighet kartlagt. Her er det fem svaralternativ, fra ”< 1 uke” og til ”>6 uker”. I analysene ble disse slått sammen til tre kategorier, ”<2 uker”, ”3-4 uker” og ”>5 uker”. Under **spørsmål fem** var svaralternativene delt inn i ”døgnpasienter”, ”dagpasienter”, ”poliklinikk”, med mulighet til å spesifisere. En feil i spørreskjemaet medførte at det ikke var mulig å velge flere alternativ, men dette ble det informert om via e-post. Det ble da oppfordret til å spesifisere om institusjonen tilbød flere typer opphold under ”annet” feltet. Videre ble respondentene i **spørsmål seks** spurt om å oppgi hvordan behandlingen foregår. Alternativene under dette spørsmålet var ”individbasert” eller ”gruppebasert”, igjen med mulighet for å spesifisere. Både for spørsmålet fem og seks ble det i analysene opprettet en ”begge” variabel, hvor de som oppga dette i ”annet” feltet ble kodet inn under. Hvor mange brukere institusjonene har kapasitet til av gangen ble kartlagt i

**spørsmål sju** ved seks svaralternativ, fra ”<10”, ”10-25”, ”26-50” (…) videre opp til >100. I analysene ble disse delt inn som ”< 26”, ”26-75” og ”> 75”. Antall brukere i året ble kartlagt på samme måte under **spørsmål åtte** med svaralternativ fra ”<100”, ”100-200”, (…) videre opp til ”> 500”. I analysene ble dette delt inn etter følgende: ”<200”, ”200-500” og ”> 500”.

I **spørsmål ni** ble faggrupper som arbeid med rehabilitering kartlagt med ferdigdefinerte svaralternativ, igjen med mulighet for å spesifisere under ”annet” feltet. Der hvor flere oppga lignende faggrupper under dette feltet, ble det i analysen opprettet en ny variabel for denne. Under ”annet” variabelen i analysene, ble de mer sjeldne faggruppene kodet inn under.

Hva slags type omgivelser institusjonene ligger i ble kartlagt i **spørsmål 10** med ferdigdefinerte svaralternativ. Her kunne respondentene krysse av for flere alternativ, hvor åtte av ni alternativene beskriver naturlige omgivelser. ”Bymiljø uten park” var det eneste alternativet hvor natur ikke forekommer i omgivelsene. I analysene er det gjort en inndeling i dikotome grupperinger, mellom ”urbane omgivelser” og ”natur i omgivelsene”. Der hvor respondentene har krysset av for både ”bymiljø uten park” og et av de andre alternativene med natur i omgivelsene, er disse fjernet fra kategorien ”urbane omgivelser” under analysene. **Spørsmål 11** om universell utforming er delt inn i svaralternativene: ”ja”, ja, delvis”, ”nei” og ” ikke aktuelt”. Dette spørsmålet var i utgangspunktet rettet kun mot de institusjonene som ligger i omgivelser med natur. Da det er usikkert om det er oppfattet slik av institusjonene som har svart, er alle institusjonene inkludert i analysene.

Bruk av dyr og type dyr ble i **spørsmål 12** kartlagt ved ferdigdefinerte svaralternativ, samt et felt for å spesifisere. Her var det samtidig mulighet for å krysse av på flere alternativer. I analysen ble disse alternativene delt inn i grupper, henholdsvis ”benytter ikke dyr i rehabiliteringen”, ”leier inn/besøker dyr” eller ”har dyr ved institusjonen”. Under **spørsmål 13** og **14** om bruk av terapeutisk hagebruk, i spørreskjemaet referert til som hageterapi, og sansehage, er det kun dikotome ja/ nei svaralternativ.

Under **spørsmål 15**, som omhandler aktiviteter i naturen, har respondentene tatt stilling til sju ulike påstander om bakgrunn for bruk av aktiviteter i naturen med svaralternativ fra ”aldri” (1), ”sjelden” (2), ”ofte” (3) og ”alltid” (4), med mulighet for å velge ”ikke aktuelt” (5). Videre blir institusjonene i **spørsmål 16** bedt, i et åpent felt, å nevne de yrkesgrupper som deltar i aktiviteter i naturen. Hvilke type aktiviteter som forekommer i naturen, ble kartlagt i

**spørsmål 17** ved ferdigdefinerte svaralternativ, samtidig som det også her er mulig å spesifisere. Der hvor flere oppgir samme type aktivitet, blir disse kodet inn under samme variabel, slik det tidligere er beskrevet.

Respondentene tar i **spørsmål 18** stilling til åtte ulike påstander om ulike holdninger og begrunnelse for bruk av natur på en sekspunktsskala med alternativ fra ”helt enig” (1), ”enig” (2), ”uenig”(3) og ”helt uenig” (5), med mulighet til å velge ”Ikke aktuelt” (6). I **spørsmål 19** kunne institusjonene komme med egne kommentarer til bruk av natur eller til spørreskjemaet i et åpent felt.

## 2.4 Prosedyre

En pilot- undersøkelse ble gjennomført i begynnelsen av januar 2010. Dette er anbefalt som en generalprøve for å vise hva som fungerer og hva som kan gjøres bedre. Et utkast av spørreundersøkelsen ble sendt ut til fem ulike institusjoner via tjenesten Questback per e-post. To av disse institusjonene ble bevisst valgt da de tillegger aktivitet i natur en relevant del av sitt tilbud. De andre tre ble tilfeldig valgt ut fra de resterende 130 institusjonene. Av disse fem var det tre som valgte å svare, hvorav to av disse var de overnevnte som benytter seg av natur som arena. Tilbakemeldingene fra de som deltok i pilot- undersøkelsen var at skjemaet var enkelt å forstå og at det var relevante spørsmål, og det ble derfor ikke gjort endringer i spørreskjemaet etter dette.Da det ikke ble gjort endringer etter pilotundersøkelsen ble de tre som besvarte denne tatt med i hovedmaterialet.

Spørreundersøkelsen ble så sendt ut til de 129 resterende rehabiliteringsinstitusjonene med forespørsel om å delta i undersøkelsen. De to som ikke besvarte pilotundersøkelsen fikk en ny forespørsel om å delta i hovedundersøkelsen. Vedlagt informasjonsbrevet (se vedlegg 1) lå en link til undersøkelsen. Informasjonsbrevet inneholdt en kort beskrivelse av bakgrunn og formålet med undersøkelsen, samt oppfordring til å ta kontakt ved spørsmål eller kommentarer. Etter en uke ble det sendt ut en automatisk påminnelse fra Questback til de som ikke hadde svart. Responsloggen til Questback viser at de fleste svarte de tre første dagene, samtidig som det var en topp i antall svar de to påfølgende dagene etter påminnelsen.

## 2.5 Databehandling og statistiske analyser

Alle data fra materialet som er samlet inn ble eksportert inn i PASW Statistics 18[2] for videre analyser. Da dette er en kartlegging og en deskriptiv studie, er dataen organisert i frekvensfordelinger. For å se på enkelte sammenhenger mellom ulike variabler, fordeles noe av materialet i krysstabeller. Sammenhengen mellom disse utvalgsresultatene testes så for statistisk signifikans. I kryssfordelte data på nominalt nivå er den mest benyttede testen Pearson Chi- Square (Bjørndal & Hofoss 2008). Denne testen sammenligner de observerte verdiene i hver kategori med den verdien som ville vært forventet hvis det ikke var noen sammenheng mellom de to variablene. Ved 2 x 2 tabeller, altså hvor hver kategori har to variabler, er det benyttet Yates' Correction for Continuity. Denne kompenserer nemlig for en overestimering av Pearsons Chi Square som kan oppstå ved 2 x 2 tabeller. Der hvor det er få undersøkelsesenheter, eller fordelingen av variablene er skjeve, brukes Fishers Exact Propability Test (Pallant 2007). Denne testen "bygger på den nøyaktige utregnede sannsynligheten for tilfeldig å observere den fordelingen en har funnet, eller en som innebærer en enda sterkere sammenheng, dersom nullhypotesen var sann (…)" (Bjørndal & Hofoss 2008). Fishers Exact Propability Test er benyttet der mer enn 20 % av de forventede verdiene i en av cellene er mindre enn fem (Pallant 2007). I grafene er fordelingene presentert i antall eller i prosenter uten desimal. Antall *missing values* er tatt med i fremstillingene der dette synes relevant.

## 2.6 Etikk

Det å finne balansen mellom forskerens frihet til å utvikle kunnskap som kommer samfunnet til gode, og samtidig beskytte det mot uønskede og negative konsekvenser gjennom prosess og resultat, er en stor utfordring (St.meld. nr. 30 (2008 - 2009)). I Norge er det opprettet *de nasjonale forskningsetiske komiteer*, som skal være en rådgivende og retningsgivende instans for forskere og forskersamfunnet. Deres internettsider ble benyttet for å finne ut hvilke etiske retningslinjer det var nødvendig å følge i dette studiet.

[2] Predictive Analytics SoftWare

Personopplysningsloven (Justis- og politidepartementet 2000) gjelder opplysninger av personlig karakter som skjer med elektroniske hjelpemidler, samt annen behandling av personopplysninger som plasseres i et register. Ifølge denne loven skal alle forskningsprosjekter som omhandler personopplysninger meldes inn til Datatilsynet. Denne undersøkelsen innhenter ingen personidentifiserbare eller sensitive data fra enkeltpersoner, men opplysninger fra ledere om virksomhetens tilbud. Det er derfor valgt å ikke melde fra til Datatilsynet. I spørreskjemaet oppgis imidlertid institusjonenes navn og tilholdssted, og det er derfor valgt å følge retningslinjene for personopplysninger.

Ifølge lov om personopplysning (Justis- og politidepartementet 2000) og Helsinikideklarasjonen (WMA 2000) skal alle personopplysninger behandles anonymt og konfidensielt. Questback vil sikre trygg oppbevaring av det innsamlede materialet, da et personlig brukernavn og passord benyttes for å få tilgang. I alle analyser er navnet på institusjonen kodet om til et tall, og denne kodenøkkelen og annet materiale er oppbevart på en personlig passordbeskyttet data.

Sammen med det utsendte spørreskjemaet var det vedlagt et informasjonsskriv (se vedlegg 1). I henhold til Helsinkideklarasjonen (WMA 2000) og personopplysningsloven (Justis- og politidepartementet 2000) må alle som inngår i et forskningsprosjekt være godt informert om prosjektets hensikt. I dette skrivet ble det informert om bakgrunn for kartleggingen, samt hva det innsamlede datamaterialet skulle brukes til.

# 3. Resultater

I denne delen legges undersøkelsens resultater frem. Først presenteres institusjonene og prosentfordeling fortløpende, med antall (n) i parentes. Videre følger én del om utbredelse av bruk av aktiviteter i natur og hvordan dette foregår på institusjonene. I den påfølgende delen presenteres hva som kjennetegner institusjoner som benytter seg av aktiviteter i natur på en systematisk måte. Resultatdelen avsluttes med et kapittel vedrørende påstanden om naturens spesielle kvaliteter, og hva som kjennetegner institusjoner som er enige i dette. Resultatene i de tre sistenevnte delene vil presenteres i form av grafiske fremstillinger.

## 3.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt svarte 73 av 132 rehabiliteringsinstitusjoner på henvendelsen om å delta i undersøkelsen, noe som gir en oppslutning på 55 %. Av disse hører 56 % (41) av institusjonene inn under Helse Sør - Øst, 19 % (14) under Helse Midt-Norge, 14 % (10) under Helse Nord, og 11 % (8) inn under Helse Vest. Responsraten fra de ulike helseregionene viser høyest svarprosent fra Helse-Nord med 83 %. Så fulgte Helse Midt - Norge med 64 % og Helse Sør – Øst og Helse Vest med 50 %. Av institusjonene er 32 % (23) spesialiserte mot kun én brukergruppe, mens 68 % (50) har tilbud til fra to og opp til 20 brukergrupper. Det er 38 % (28) med tilbud innen somatikk, 33 % (24) innen både psykiatri og somatikk (”begge”), og 26 % (19) innen psykiatri. Flest institusjoner har tilbud til pasienter med ortopedilidelser 36 % (26), muskel- og skjelettlidelser 33 % (24), arbeidsrettet rehabilitering 30 % (22), samt slagrammede 29 % (21). I dette materialet har de færreste tilbud til pasienter med cerebral parese 4 % (3), hørselshemminger 4 % (3), sykdommer i nervesystemet (5 %) (4), synshemminger 7 % (5) og ME / CFS 7 % (5).

I dette materialet har 47 % (34) av institusjonene kapasitet til mellom 26 og 75 pasienter av gangen. Videre har 36 % (26) plass til under 26 pasienter og 18 % (13) har plass til over 75 pasienter. I løpet av et år har 37 % (27) av institusjonene kapasitet opp til 200 pasienter, 25 % (18) har kapasitet til 200-500 pasienter, og 37 % (27) til over 500.

Videre har 15 % (11) av institusjonene tilbud på dagtid og / eller som poliklinikk, mens 64 % (47) svarer at de baserer seg på døgnopphold. 12 % (9) oppgir at de har tilbud både på dag- og

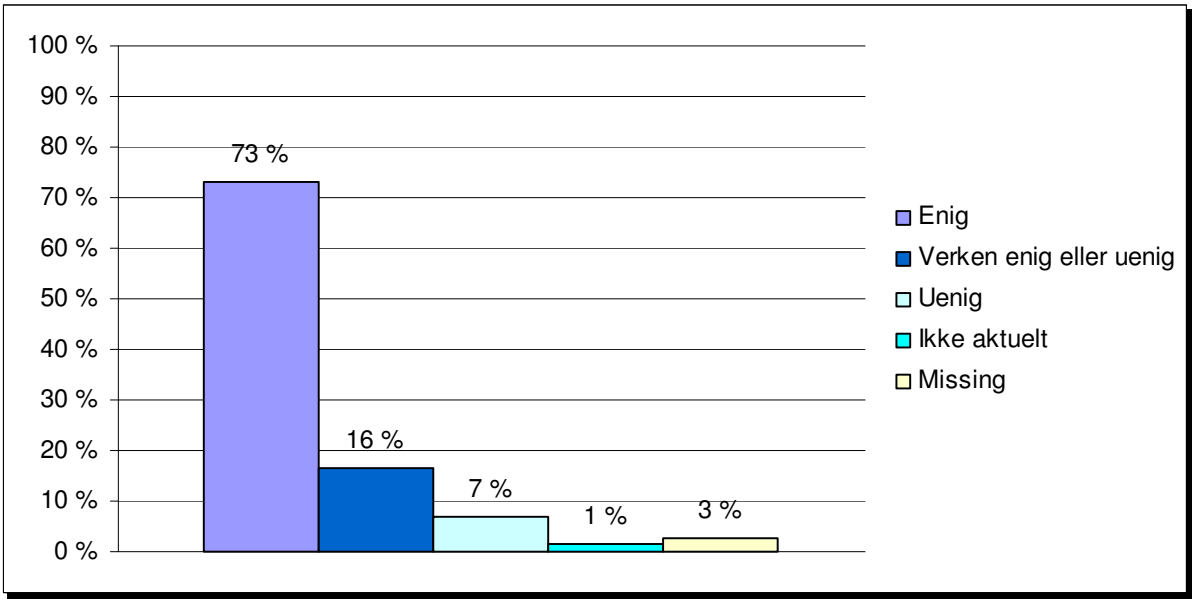
døgnbasis. Rehabiliteringsoppholdets varighet varierer innad ved den enkelte institusjon, avhengig av type pasientgruppe. 56 % (41) av institusjonene har opphold fra under en til to ukers varighet, 59 % (43) svarer at de har opphold fra tre til fire uker, og 52 % (38) av institusjonene har opphold som varer lengre enn fem uker.

Behandlingen foregår både individ og gruppebasert, hvor 38 % (28) svarer at de benytter en kombinasjon av disse. Type ansatte ved institusjonene varierer, men 92 % (67) oppgir at de har sykepleiere. Videre har 88 % (64) leger 85 % (62) har attføringskonsulenter, 71 % (52) har fysioterapeuter og 67 % (49) av institusjonene har sosionomer. I gjennomsnitt har institusjonene åtte ulike faggrupper ansatt.

## 3.2 Bruk av natur

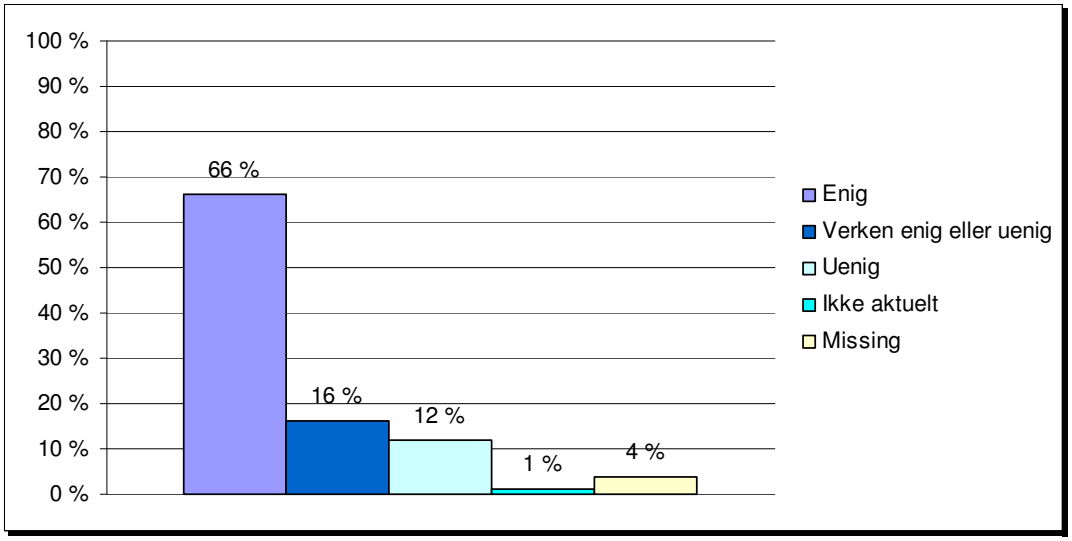
### 3.2.1 Natur som arena

Et flertall av rehabiliteringsinstitusjonene oppgir at de benytter seg av aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt rehabiliteringstilbud (se fig. 3). Enkelte velger å ikke ta noe klart standpunkt til om de bruker denne type aktiviteter systematisk, mens det er få som oppgir at de ikke gjør det.



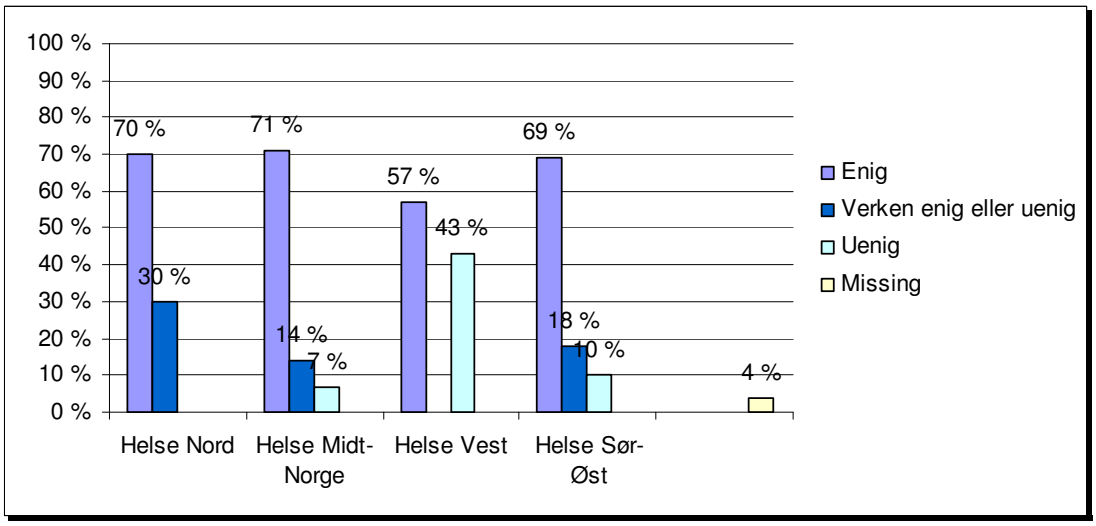

Figur 3. Systematisk bruk av aktiviteter i natur, park eller hage. Prosentvis fordeling av de som var helt enige og enige (enig), verken enige eller uenige, uenige og helt uenige (uenige), og de som mente dette ikke var aktuelt. N=73

Videre mener også de fleste institusjonene at aktivitet i natur, park eller hage er en vesentlig del av deres tilbud (se fig. 4). Også her velger enkelte å ikke ta noe klart standpunkt til hvor vesentlig del natur har i deres tilbud, mens få er helt uenige.




Figur 4. Bruk av aktiviteter i natur, park eller hage som vesentlig del av rehabiliteringstilbudet. Prosentvis fordeling av de som var helt enige og enige (enig), verken enige eller uenige, uenige og helt uenige (uenige), og de som mente dette ikke var aktuelt. N = 73

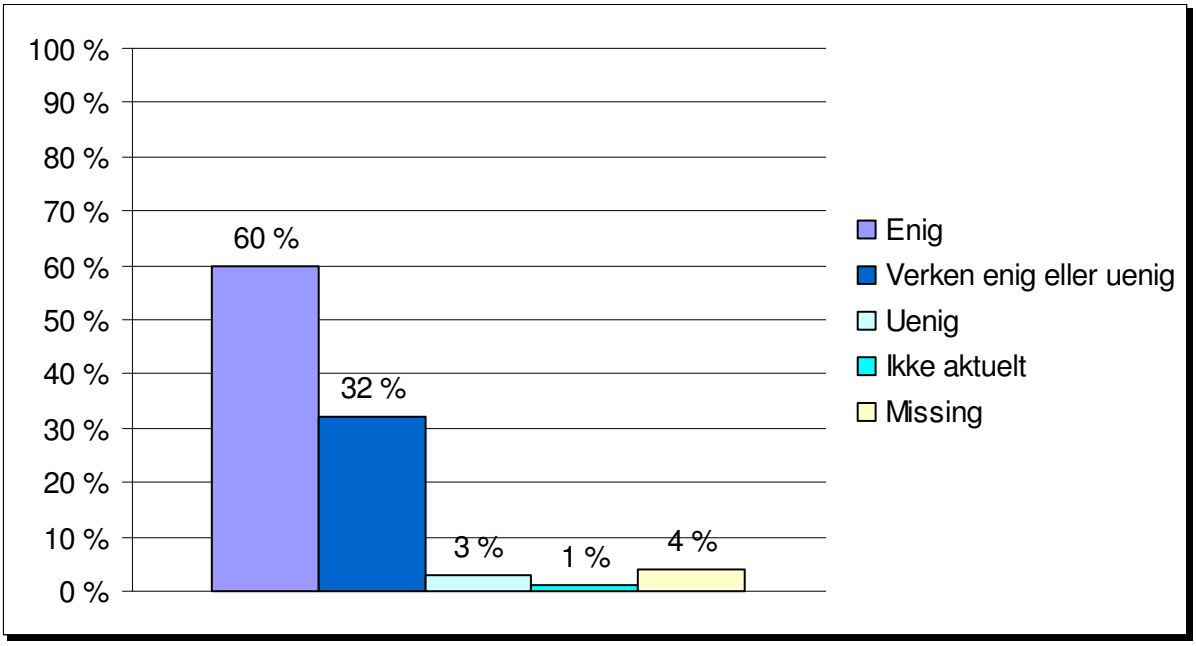
Vesentlig bruk av aktivitet i natur, park eller hage var forholdsvis likt i alle helseforetakene (se fig. 5). I Helse Vest oppga litt over halvparten at aktivitet var en vesentlig del av tilbudet, mens det ved de andre helseforetakene var noe høyere enighet. Det er usikkert om dette er representativt for institusjonene i regionene, da svarprosenten etter helseforetak for undersøkelsen som helhet er ujevn, og fordeler seg fra 50 % i Helse Sør- Øst og Helse Vest, til 64 % i Helse Midt-Norge og 83 % i Helse Nord.




Figur 5. Bruk av aktiviteter i natur, park eller hage som vesentlig del av rehabiliteringstilbudet, etter hvilket helseforetak institusjonene hører til. Prosentvis fordeling av de som var helt enige og enige (enig), verken enige eller uenige, uenige og helt uenige (uenige), og de som mente dette ikke var aktuelt. Helse Nord (n=10), Helse Midt Norge (n=14), Helse Vest (n=14), Helse Sør- Øst (n=41).

Flere studier viser at pasienter i behandlings- og rehabiliteringsprosesser setter pris på aktivitet i naturen, og mener at de får noe spesielt ut av denne type aktivitet. Pasientene var godt fornøyde med aktiviteter i naturen. Hele 79 % (58) av institusjonene oppga at de fikk gode tilbakemeldinger fra pasientene på bruk av aktiviteter i natur, og 63 % (46) av institusjonen ønsket å benytte seg av aktiviteter i natur, park eller hage i enda større grad i sitt tilbud.

Et flertall av institusjonene benyttet seg av aktiviteter i natur, park eller hage systematisk og mange mente dette var en vesentlig del av deres tilbud. Det ble videre undersøkt om valg av natur som arena var bevisst. At naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser er det et flertall av institusjonene som mener (se fig. 6). Her er det få som er helt uenig, mens en del av institusjonene er usikre på hva de mener om påstanden.

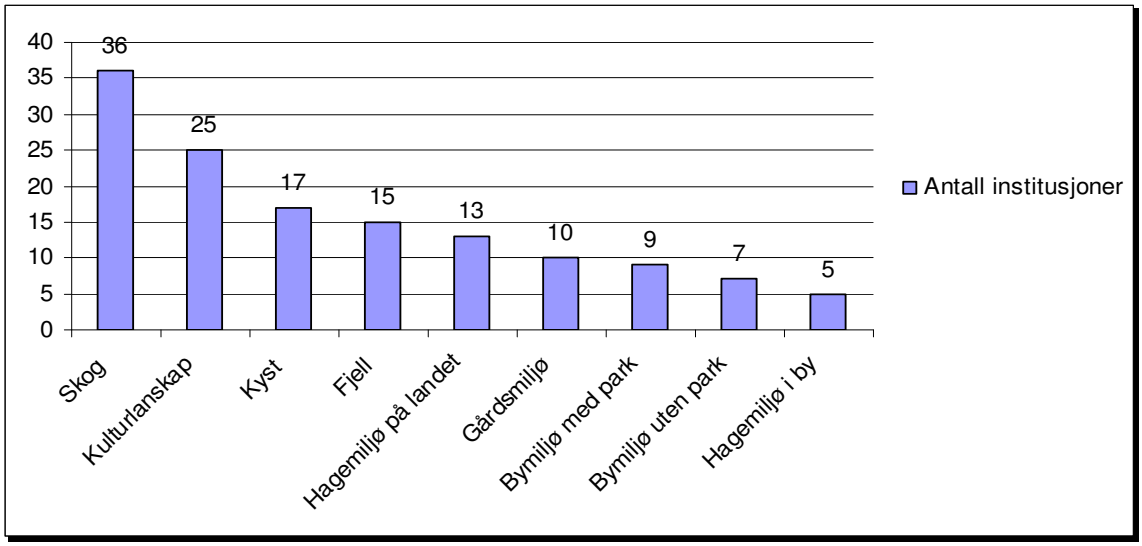



Figur 6. Synet på naturens kvaliteter – om naturen er bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentvis fordeling av de som var helt enige og enige (enig), verken enige eller uenige, uenige og helt uenige (uenige), og de som mente dette ikke var aktuelt. N = 73

### 3.2.2 Omgivelser

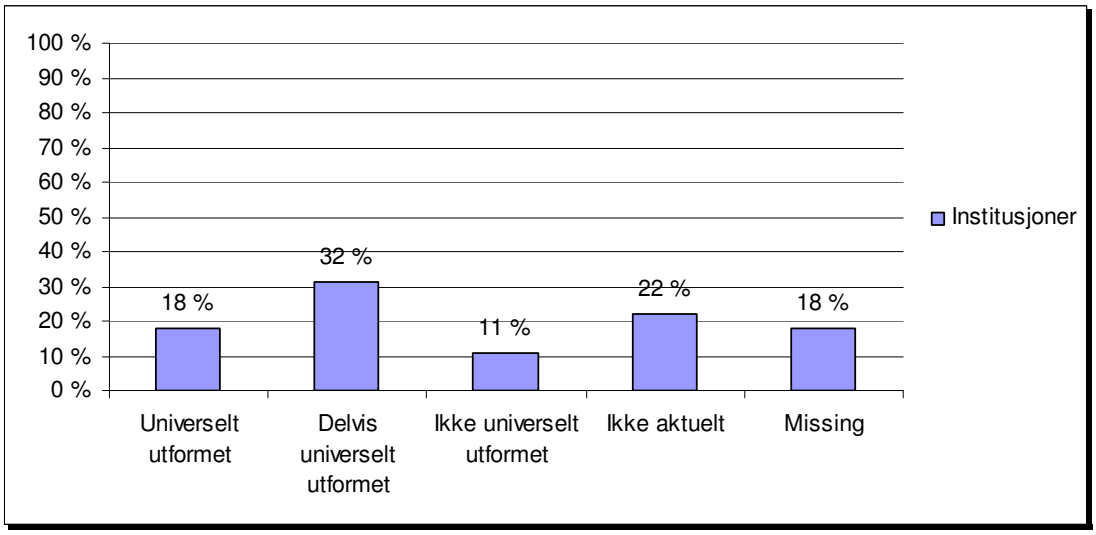
Rehabiliterings- og behandlingsinstitusjoner er tradisjonelt blitt oppført i naturskjønne landskap. Et flertall av rehabiliteringsinstitusjonene i dette materialet lå i omgivelser med

natur (se fig 7). Kun 10 % oppgir at de ligger i ”bymiljø uten park”, og dermed uten natur. De fleste institusjonene lå i omgivelser med skog og / eller kulturlandskap. Enkelte institusjoner lå i omgivelser med ulike naturelementer, og har krysset av for flere alternativ.




Figur 7. Antall institusjoner som oppgir å ha de ulike omgivelsene. Figur 5. En del institusjoner har krysset av for flere alternativ. N = 73

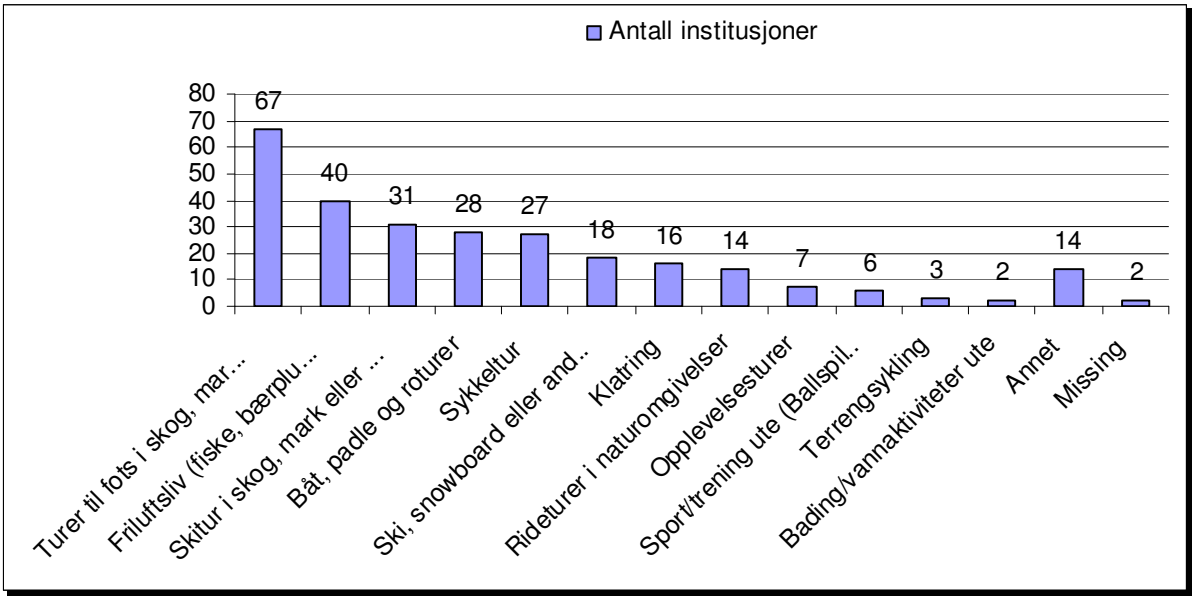
Universell utforming er et lovpålagt krav til utforming av omgivelser for å sikre lik fremkommelighet for alle, uavhengig av funksjonsevne. Kun en liten andel oppga at deres omgivelser er universelt utformet, mens en noe større del oppga at omgivelsene var delvis universelt utformet (se fig. 8). En del institusjoner har svart at universell utforming ikke er aktuelt for deres institusjon, og en nesten like stor del har valgt å ikke svare.




Figur 8. Universell utforming av omgivelsene. Prosentvis fordeling av i hvilken grad institusjonene mener omgivelsene rundt deres virksomhet er universelt utformet. Prosentene er regnet ut fra N = 73.

### 3.2.3 Aktiviteter

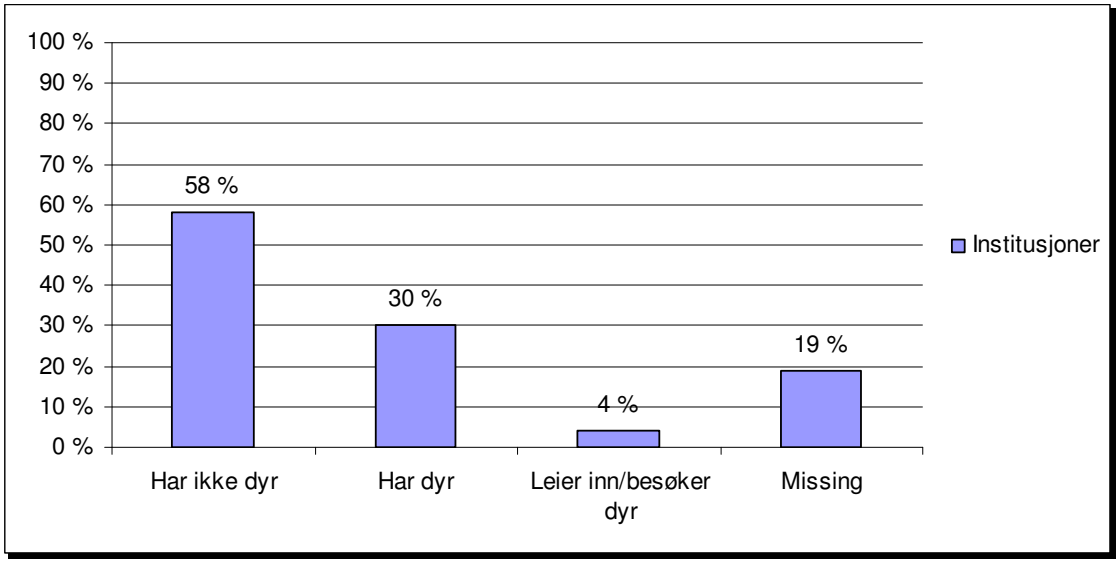
For å få en forståelse av hvordan naturen benyttes i rehabilitering er det kartlagt hvilke aktiviteter rehabiliteringsinstitusjonene benytter. ”Turer til fots i skog, mark eller fjell” (92 %) er aktiviteter som et flertall benytter seg av. Videre er ”friluftsliv” (55 %), ”skiturer i skog og mark eller fjell” (42 %), samt ”båt, padle og roturer” (38 %) populære aktiviteter (se fig. 9). Under ”annet” kategorien ligger aktiviteter som for eksempel ”lesing ute i naturen”, ”matlaging i naturen” og samt andre aktiviteter som kun opptrådte enkeltvis.




Figur 9. Type aktivitet i naturen institusjonene benytter seg av. Kategoriene opplevelsesturer, sport/trening, bading/vannaktiviteter er lagt til. En del av institusjonene har krysset av for flere alternativ. N = 73

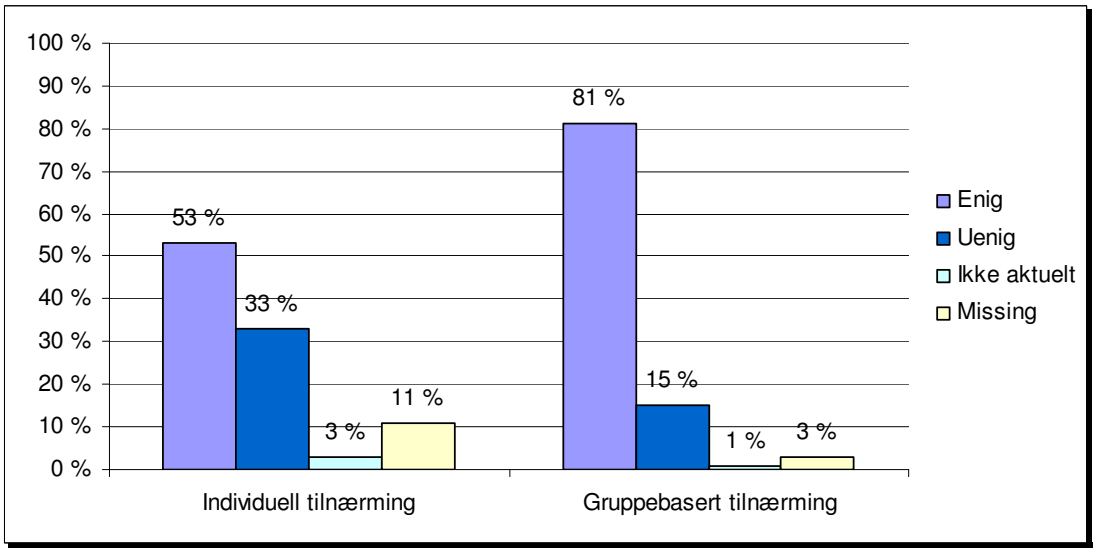
Opphold, opplevelser og arbeid i hager kan gi mennesker en følelse av ro og velvære. Sansehager og terapeutisk hagebruk har derfor i lang tid blitt brukt som terapiform ved ulike behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner. I dette materialet var det kun 4 % (3) institusjoner som hadde tilbud om sansehage, og 5 % (4) som hadde tilbud om terapeutisk hagebruk. Av disse var institusjoner med tilbud til pasientgruppene ”MS”, ”slag og skadde etter ulykker” hyppigst representert under både sansehage og terapeutisk hagebruk.

Et annet vesentlig naturelement er dyr. Et flertall av institusjonene oppga at de ikke hadde dyr (se fig. 10). Av de som hadde dyr fast på institusjonen, hadde de fleste ”hund” og/eller ”hest”.



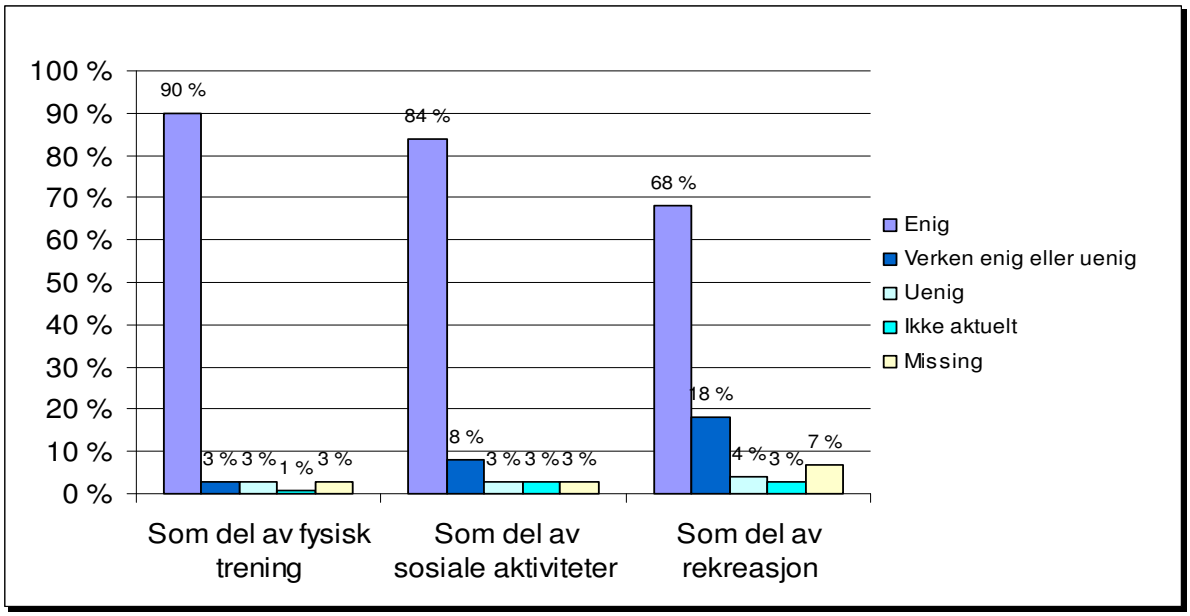

Figur 10. Dyrehold ved institusjonene. Prosentvis fordeling regnet ut fra N = 73.

Det veksles ofte mellom individuelle og gruppebaserte opplegg. Hoveddelen av institusjonene hadde en gruppebasert tilnærming ved aktiviteter i natur (se fig 11). Samtidig benyttet også mange seg av aktiviteter i natur, park eller hage som del av individuelt opplegg for pasientene.



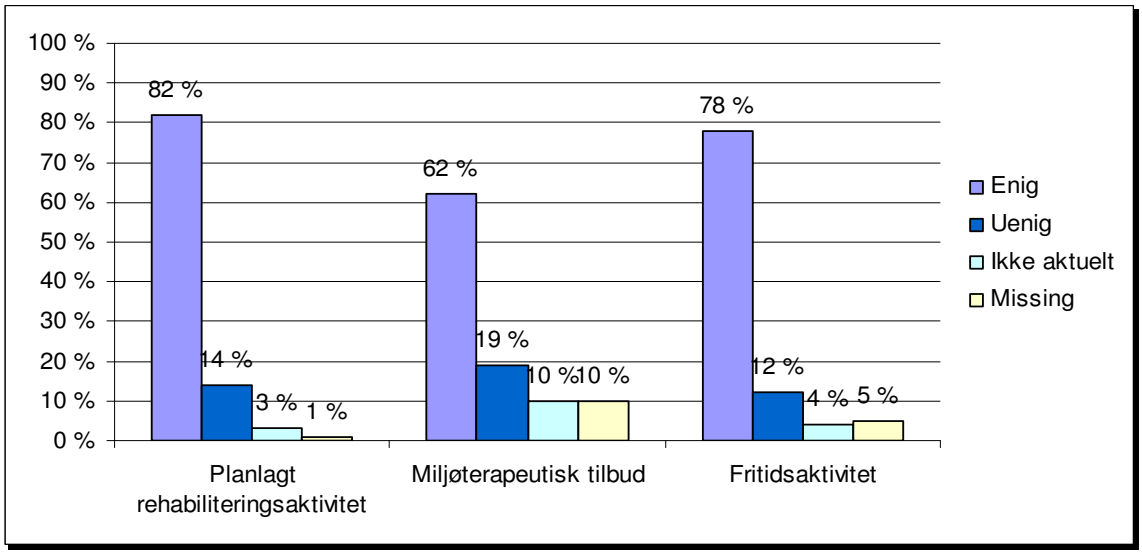

Figur 11. Tilnærmingsmåte ved bruk av aktiviteter i natur. Prosentvisfordeling av de som mente de ofte eller alltid (enig), sjelden eller aldri (uenig) bruker aktiviteter i natur henholdsvis individuell og/eller gruppebasert, og de som mener dette ikke er aktuelt. Prosentene er regnet ut fra N=73

Pasientene bor på institusjonene i ulike tidslengder. I tillegg til rehabiliteringsopplegget har mange derfor mye fritid og sosiale samlinger. Det er undersøkt om aktiviteter i natur benyttes med ulike formål. Kartleggingen viste at de ulike aktivitetene ble benyttet både som del av fysisk trening, sosiale aktiviteter og som del av rekreasjon. Ved de fleste institusjonene ble aktiviteter i natur, park eller hage benyttet som del av fysisk trening og sosiale aktiviteter for pasientene. Det var i noe mindre grad institusjoner som benyttet naturen som del av rekreasjon (se fig.12).




Figur 12. I hvilke settinger aktiviteter i naturen skjer. Prosentvisfordeling av de som mente de ofte eller alltid (enig); sjelden eller aldri (uenig) bruker aktiviteter i natur som del av fysisk trening, sosiale aktiviteter og/eller rekreasjon, og de som mener dette ikke er aktuelt. Prosentene er regnet ut fra N=73

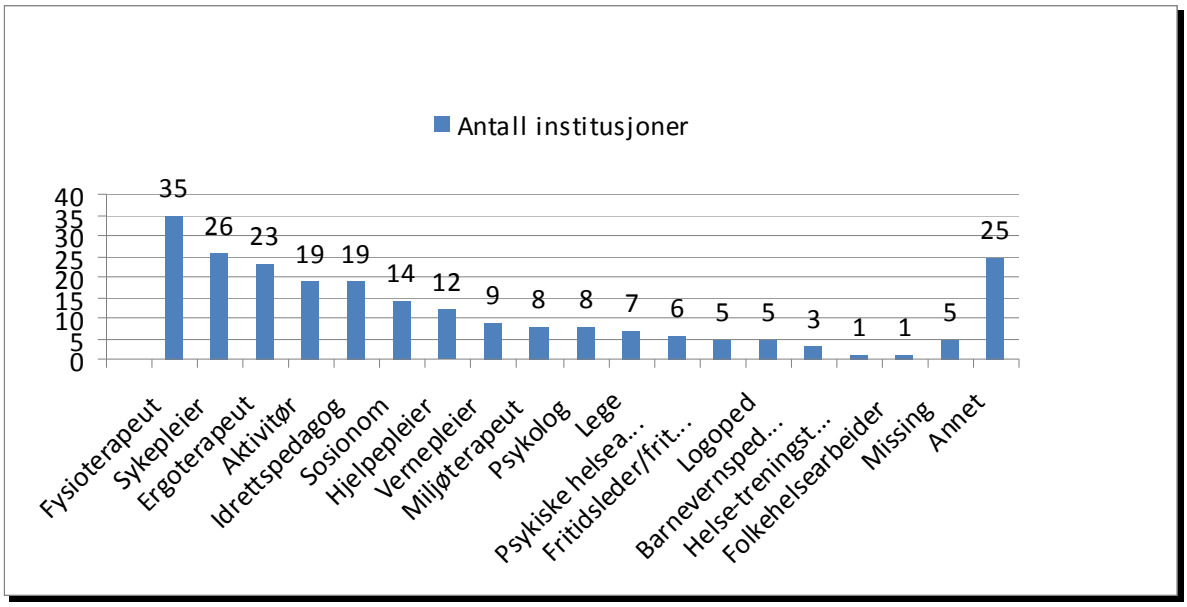
Videre viste det seg at aktiviteter i natur, park eller hage oftest foregikk som del av planlagt rehabiliteringsaktivitet. Mange benyttet seg også av disse omgivelsene under fritidsaktiviteter, mens det ikke var like mange institusjoner som benytter seg av disse i miljøterapi (se fig 13).




Figur 13. Hvordan aktivitet i naturen foregår. Prosentvisfordeling av de som mente de ofte eller alltid (enig), sjelden eller aldri (uenig) bruker aktiviteter i natur som planlagt rehabiliteringsaktivitet, miljøterapeutisk tilbud og/ eller fritidsaktivitet, og de som mener dette ikke er aktuelt. Prosentene er regnet ut fra N=73

Pasientenes medvirkning er svært viktig i rehabiliteringsprosessen, og det er interessant om aktiviteter i natur er noe pasientene selv tar initiativ til. Hvem som tok initiativ til aktiviteter i naturen varierte. Av institusjonene oppga 79 % (58) at personalet tok initiativ til aktiviteter i naturen, og 60 % (44) oppga at pasientene tok initiativ.

Ikke alle yrkesgrupper deltok på aktivitet i naturen. Hyppigst deltok fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter (se fig. 14). Dette var også hyppigst forekommende yrkesgrupper ved institusjonene i helhet, men der en hadde idrettspedagog, aktivitør og sosionom deltok også disse i stor grad. Under variabelen ”annet”, ligger yrkesgrupper som for eksempel kokk, renholdspersonalet og ufaglærte.



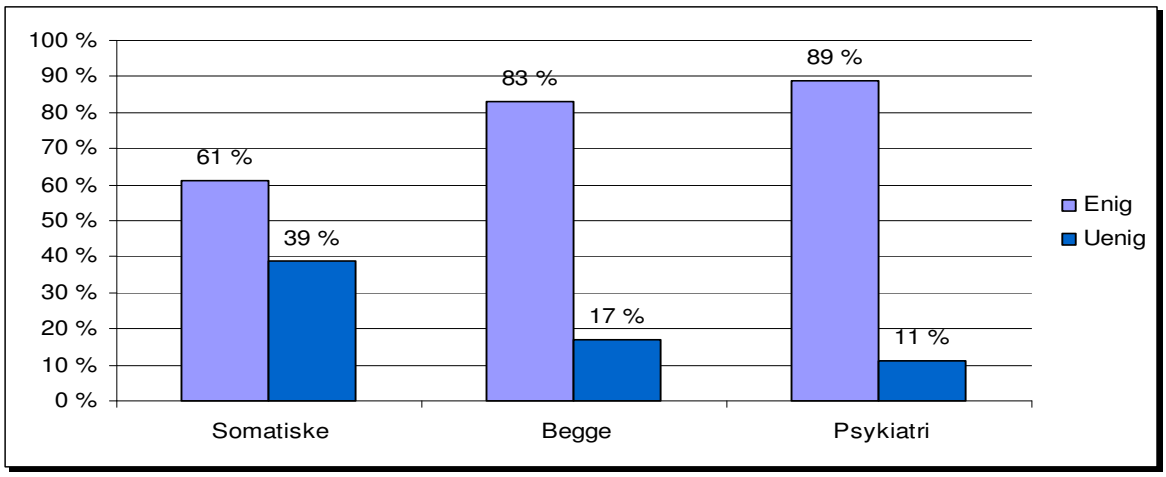

Figur 14. Faggrupper som er involvert i aktivitet i naturen. Antall institusjoner som oppgir at de ulike faggruppene deltar i aktivitet i naturen.

## 3.3 Systematisk bruk av natur

I denne delen presenteres grafer over hva som kjennetegner institusjoner som benytter seg systematisk av aktiviteter i natur, park eller hage i sitt rehabiliteringstilbud.

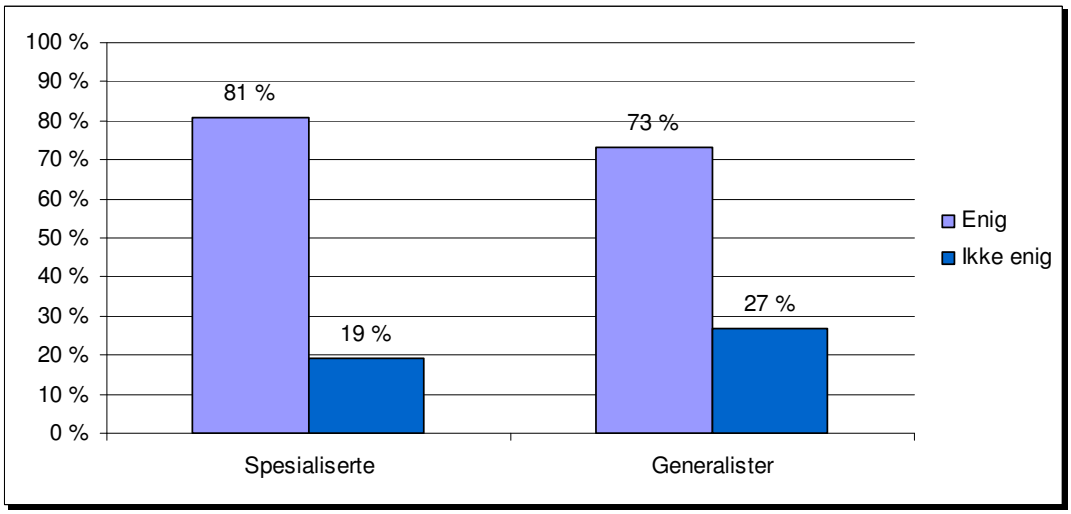
### 3.3.1 Institusjonene

Institusjoner med tilbud innen psykiatri og rusavhengighet benyttet seg hyppigst av aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt rehabiliteringstilbud (se fig. 15). Institusjoner under ”begge”- kategorien benyttet seg også i høy grad systematisk av aktivitet i disse omgivelsene. Ved institusjonene med tilbud til pasienter med somatiske lidelser, var forekomsten noe mindre. Denne forskjellen i bruk var tilnærmet signifikant.




Figur 15. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter type tilbud. Prosentvisfordeling av de som mente de som er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (uenig). Prosentene er regnet ut fra somatiske institusjoner (n =28), begge tilbud(n= 24) og psykiatri (n = 19).

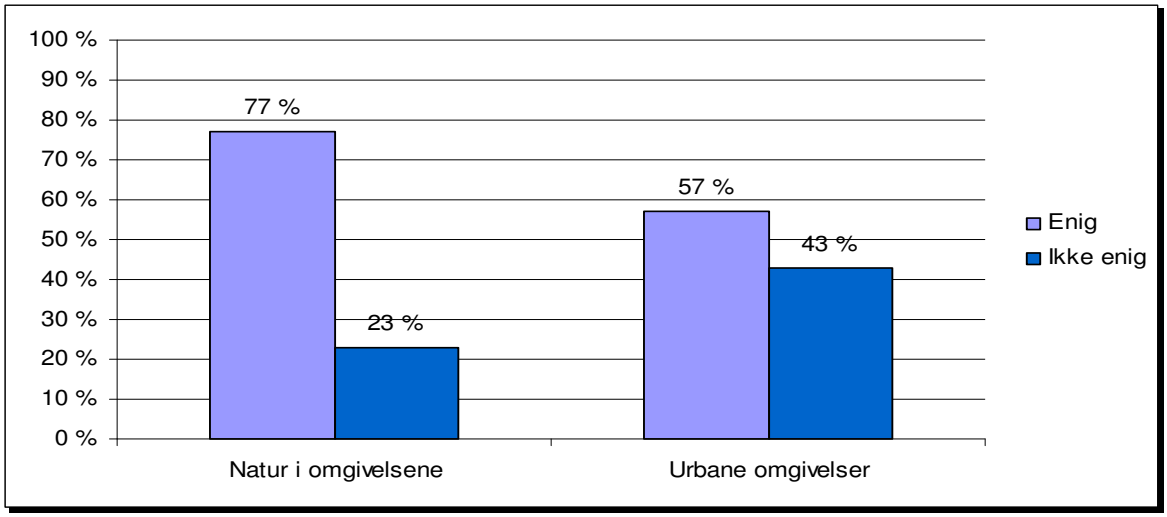
Videre ble institusjonene delt inn i generalister eller spesialister, etter antall pasientgrupper de hadde et tilbud til. De med tilbud til kun én pasientgruppe er spesialister, hvor de med tilbud til fra to til 20 pasientgrupper er generalister. De spesialiserte institusjonene benyttet seg systematisk av aktiviteter i natur, park eller hage i noe større grad enn institusjonene som hadde tilbud til flere ulike pasientgrupper (se fig. 16). Det er ikke signifikante sammenhenger mellom antall pasientgrupper og systematisk bruk av aktivitet i ovenfornevnte omgivelser. Det er usikkert om dette er representativt da gruppen med spesialiserte institusjoner var mindre enn gruppen med generalister.




Figur 16. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter om institusjonene har en brukergruppe (spesialister) eller to eller flere (generalister). Prosentvisfordeling av de som mente de som er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra spesialister (n = 21) og generalister (n=49).

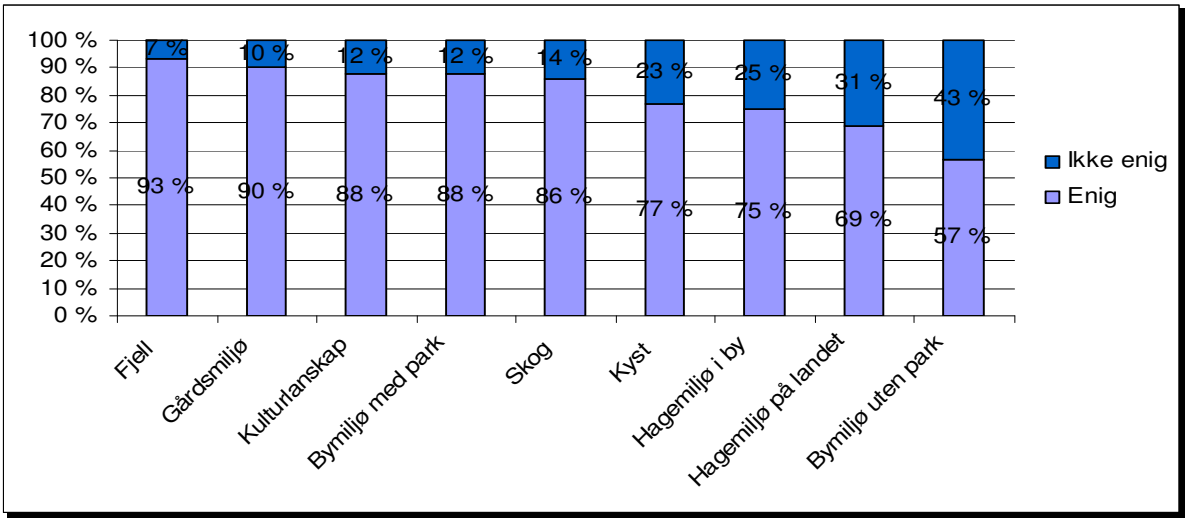
### 3.3.2 Omgivelser

Det var ikke signifikante sammenhenger mellom det å ha natur i omgivelsene eller ikke, og om institusjonene benyttet seg systematisk av aktiviteter i natur, park eller hage. Både blant institusjoner i natur, og institusjoner i urbane omgivelser, var det et flertall som benyttet natur systematisk (se fig 17). Institusjoner i omgivelser med natur benyttet seg oftere systematisk av aktivitet i natur, park eller hage enn institusjoner som lå i urbane omgivelser uten natur. Antall institusjoner i urbane omgivelser var imidlertid få, og det er usikkert om dette er representativt.




Figur 17. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter om institusjonene har natur i omgivelsene eller har urbane omgivelser (uten natur). Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra natur i omgivelsene (n = 64) og urbane omgivelser (n=7).

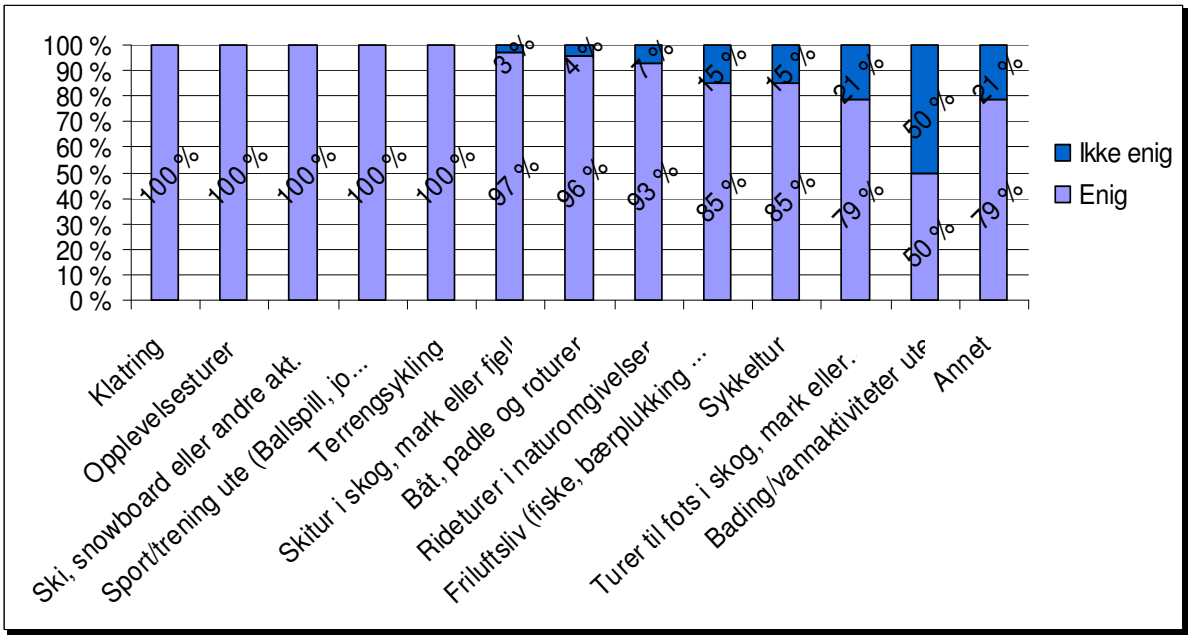
Systematisk bruk av aktiviteter i natur, park eller hage forekom hyppigst ved institusjoner med fjell og gårdsmiljø i omgivelsene. Institusjoner i bymiljø uten park eller i hagemiljø på landet var de institusjonene som i noe mindre grad benytter seg av natur som arena (se fig 18).




Figur 18. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter om institusjonene har spesifisert naturlige element i omgivelsene. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra antall som har type element i omgivelsene, se fig. 5 i dette materialet.

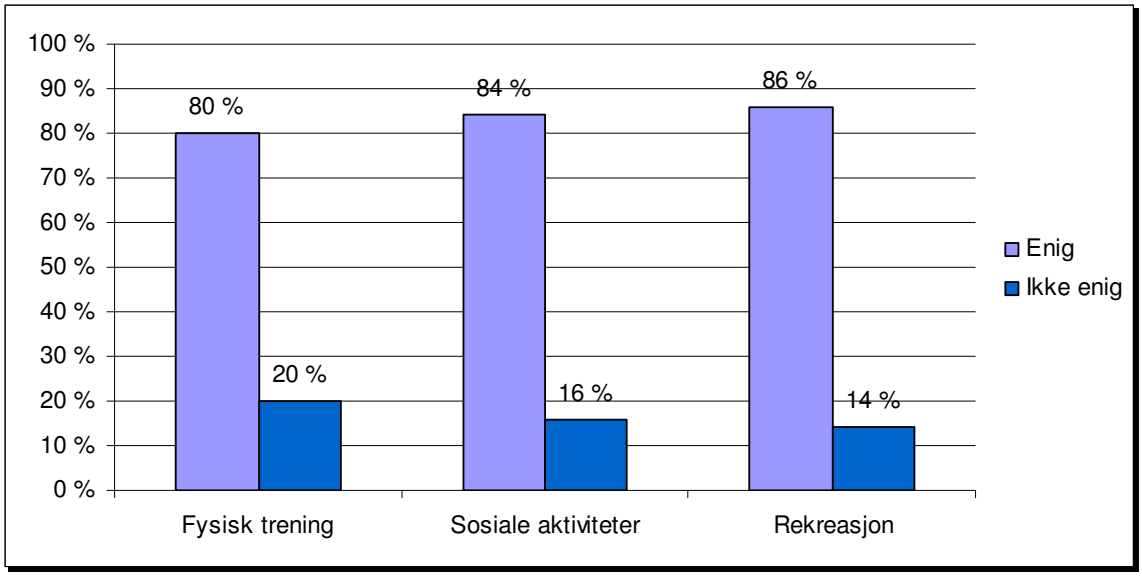
### 3.3.3 Aktiviteter og ansatte som deltar

Alle institusjoner som tilbød ”klatring” og / eller ”opplevelsesturer” og/eller ”ski, snowboard eller andre aktiviteter i alpinanlegg” og / eller ”terrengsykling” oppga at de benyttet aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt tilbud (se fig 19). Institusjoner som benyttet seg av aktiviteter som ”bading / vannaktiviteter ute” og / eller ”turer til fots i skog, mark eller fjell” og / eller ”sykkelturer” og / eller ”friluftsliv” oppga i noe mindre grad å benytte seg av aktiviteter i disse omgivelsene.



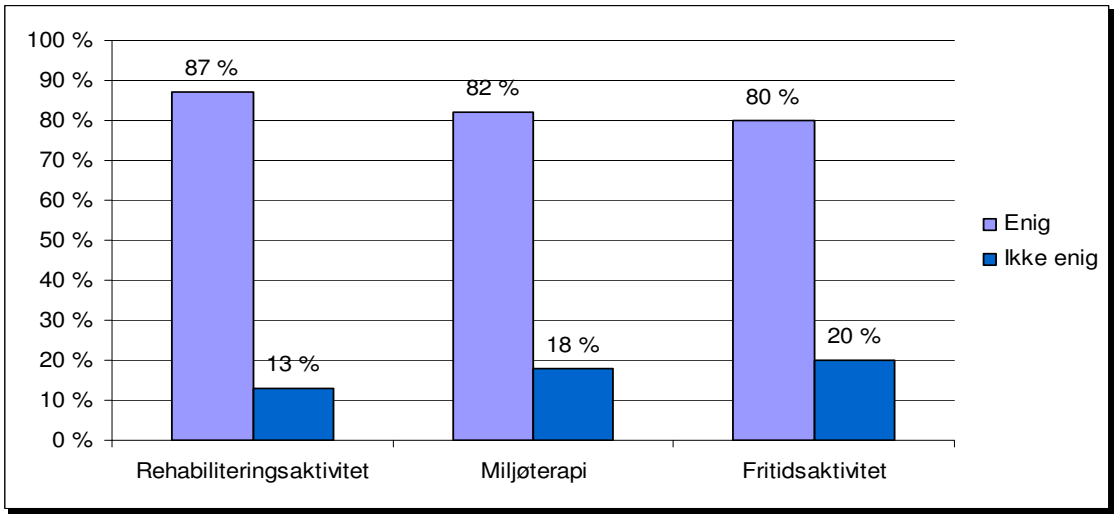

Figur 19. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter om institusjonene benytter seg av spesifisert type aktivitet i naturen. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra antall som har type element i omgivelsene, se fig. 9 i dette materialet.

Institusjoner som benytter seg av aktiviteter i natur som del av fysisk trening, benyttet seg i stor grad systematisk av aktiviteter i natur, park eller hage i sitt rehabiliteringstilbud ($p = 0,003$). Det samme gjelder for institusjoner som benytter seg av aktiviteter i naturen som del av sosiale aktiviteter ($p < 0,001$) og institusjoner som benytter seg av aktiviteter som del av rekreasjon ($p = 0,002$) (se fig 20).



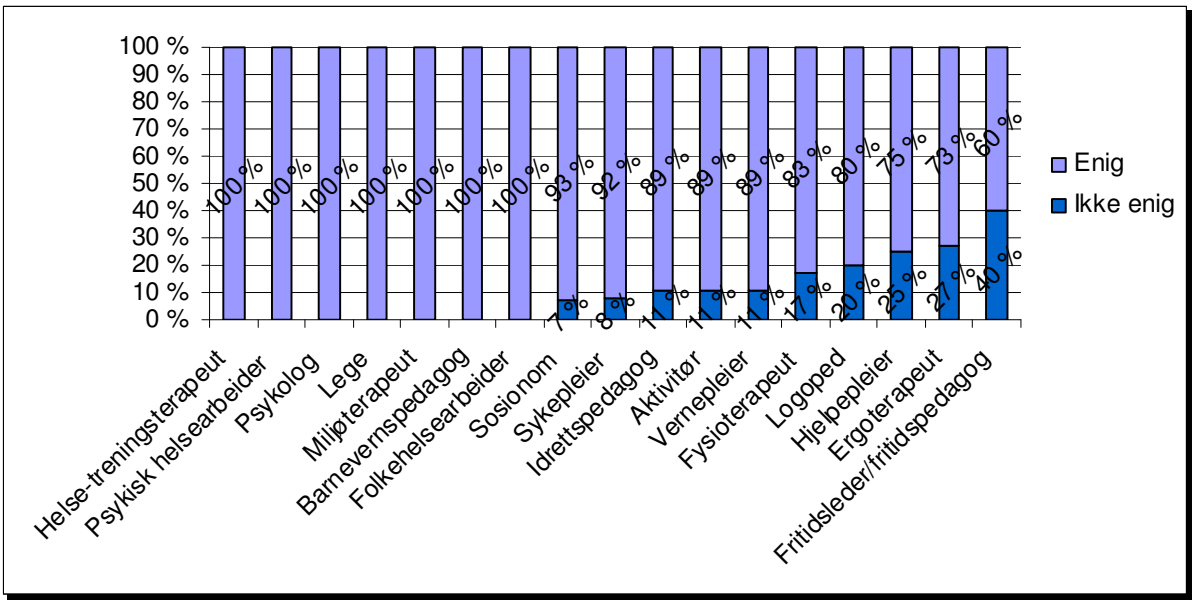

Figur 20. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter hvilken setting aktivitetene foregår. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra de som benytter aktiviteter i naturen som fysisk trening (n=66), sosiale aktiviteter (n=61) og rekreasjon (n=50)

Institusjonene benyttet aktiviteter i natur med ulike formål. Det var signifikante sammenhenger ($p<0.001$) mellom institusjoner som bruker aktiviteter i naturen som del av rehabiliteringsaktivitet og bruk av aktiviteter i natur, park eller hage som en systematisk del av sitt tilbud. Det var ikke signifikante sammenhenger mellom de som benyttet aktiviteter i naturen som del av miljøterapi ($p=0,130$) og de som benyttet aktiviteter som fritidsaktivitet ($p=0,085$) og om de benyttet aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte (se fig. 21).



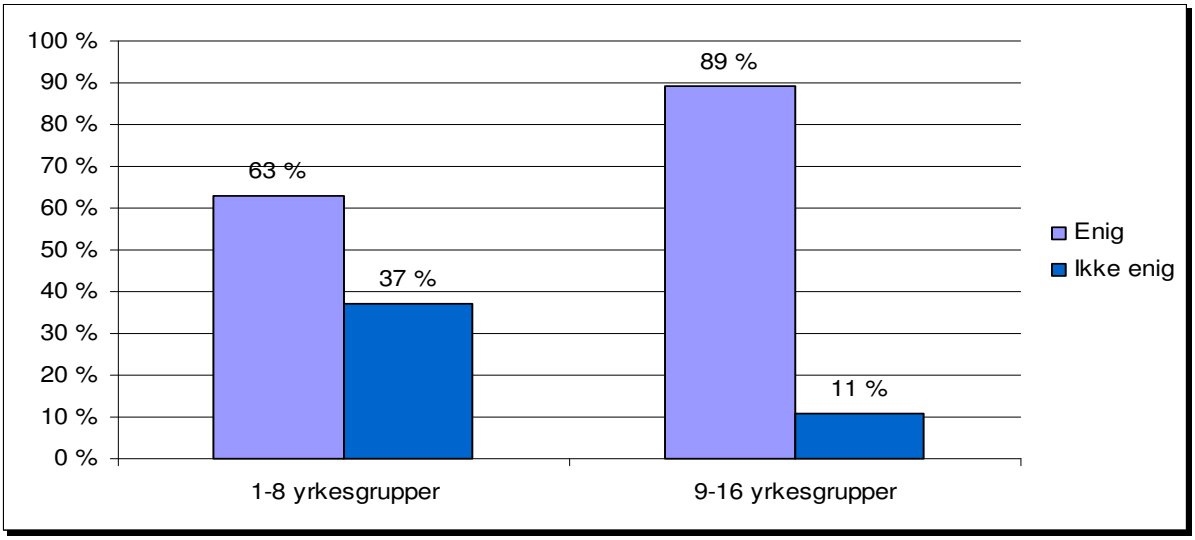

Figur 21. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter hva aktivitetene i natur foregår som del av. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig). Prosentene er regnet ut fra de som benytter aktiviteter i naturen som del av rehabiliteringsaktivitet (n=60), miljøterapi (n=51) og fritidsaktivitet (n=59)

Institusjoner hvor ”helse og treningsterapeut” og/eller ”psykisk helsearbeidere” og/eller ”psykolog” og/eller ”lege” og/eller ”miljøterapeuter” og/eller ”barnevernspedagoger” og/eller ”folkehelsearbeider” deltok i aktivitet i naturen, oppga samtlige å benytte seg av aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte. Institusjoner som oppga å ha ”hjelpepleiere”, ”ergoterapeuter” og ”fritidsleder/ fritidspedagog” benyttet seg sjeldnere av aktivitet i disse omgivelsene (se fig. 22).



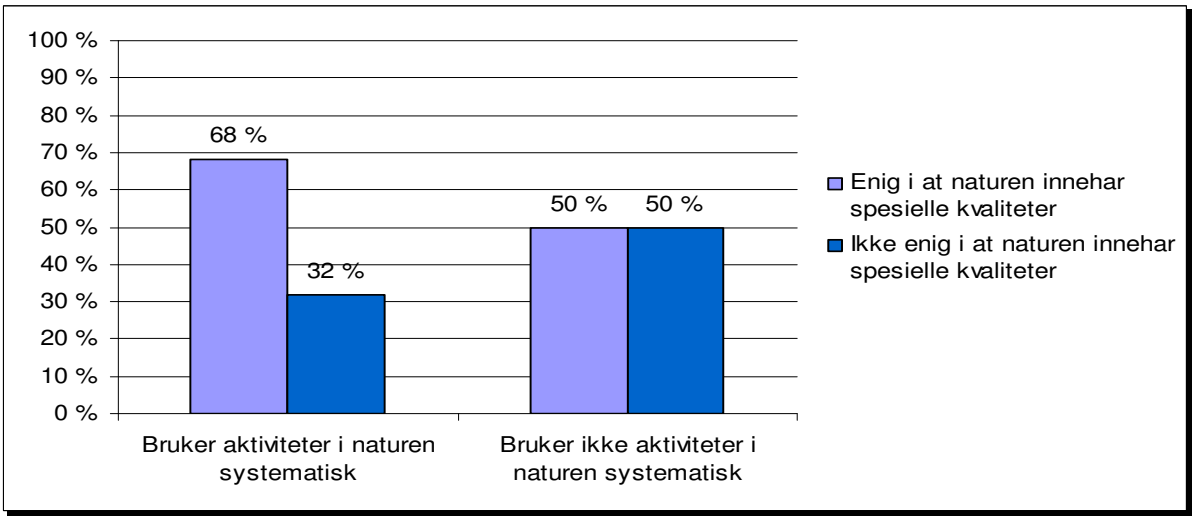

Figur 22 Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter hvilke yrkesgrupper som deltar. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at de benytter aktiviteter systematisk. Prosentene er regnet ut fra antall som har de ulike yrkesgruppene i deltakelse i aktiviteter i naturen, se fig. 11 i dette materialet.

Institusjonene ble delt inn etter grad av tverrfaglighet. Det var signifikant sammenheng (p= 0,026) mellom grad av tverrfaglighet og om institusjonene benyttet seg av aktivitet i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt rehabiliteringstilbud. Fordelingen av liten (1-8 ansatte) og høy (9-16 ansatte) grad av tverrfaglighet er like store (n = 35). Vi ser at institusjonene med mange ulike faggrupper, altså de med høy grad av tverrfaglighet, er de som i høyest grad benytter seg av aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt tilbud (se fig. 23).




Figur 23. Systematisk bruk av aktiviteter i natur etter grad av tverrfaglighet. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at de benytter aktiviteter systematisk. Prosentene er regnet ut fra 1-8 yrkesgrupper (n=35) og 9-16 yrkesgrupper (35)

Et flertall av de som benyttet seg av aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte, mente også at naturen inneholdt kvaliteter som gjør den bedre egent som arena for rehabiliteringsprosesser enn andre omgivelser (se fig. 24). Det var imidlertid ikke signifikante sammenhenger mellom bruk av aktiviteter i natur, park eller hage og om en mente at naturen inneholder kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser (p = 0,312). Det er i påfølgende kapittel derfor undersøkt hva som kjennetegner institusjoner som er enige i påstanden om naturens kvaliteter, og hva som skiller disse fra institusjonene som benytter naturen systematisk.



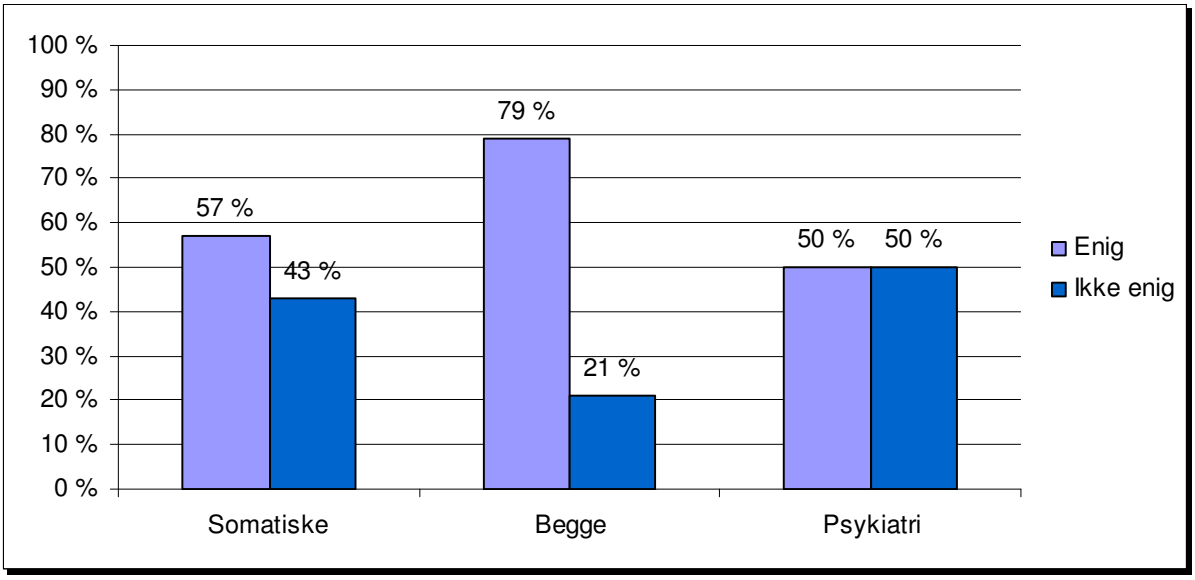

Figur 24. Holdning til naturen inneholder spesielle kvaliteter etter systematisk bruk av aktiviteter i natur. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig i at naturen innehar spesielle kvaliteter), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig i at naturen innehar spesielle kvaliteter). Prosentene er regnet ut fra: bruker naturen systematisk (n=53) og bruker ikke naturen systematisk (n= 16)

## 3.4 Naturens spesielle kvaliteter

I denne delen presenteres hva som kjennetegner institusjoner som mener at naturen innehar kvaliteter som gjør at den egner seg bedre for rehabilitering enn andre arenaer.

### 3.4.1 Institusjoner

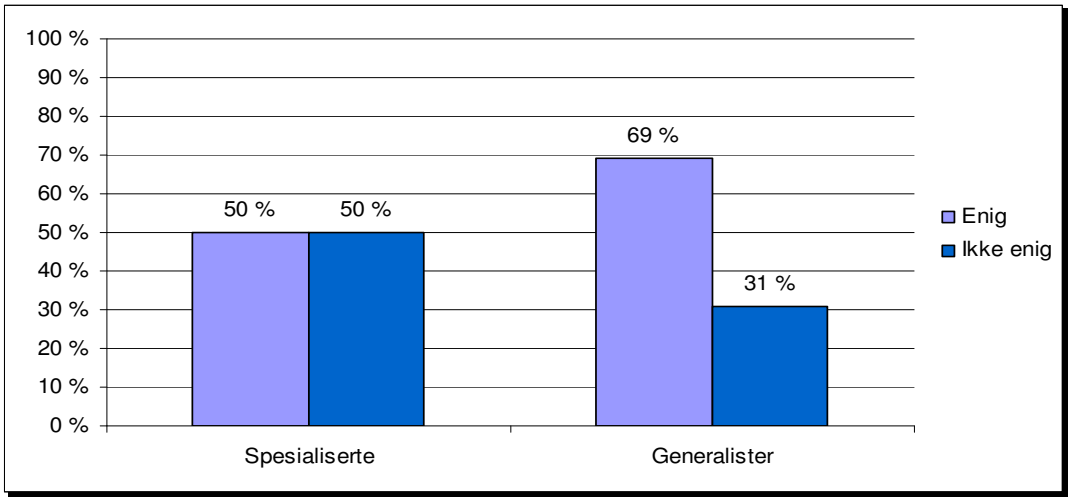
Institusjoner som både hadde tilbud innen somatikk og psykiatri mente hyppigst at naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den bedre egnet som rehabiliteringsarena enn andre omgivelser. Ved de somatiske institusjonene var det et flertall som mente at naturen innehar spesielle kvaliteter, mens det for institusjoner med tilbud innen psykiatri og rusavhengighet var det halvparten som mente det samme (se fig. 25). Det var imidlertid ikke signifikante sammenhenger mellom type pasienttilbud og hvordan institusjonene stilte seg til påstanden om at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser (p = 0,111).




Figur 25. Synet på naturens spesielle kvaliteter etter type tilbud. Prosentvisfordeling av de som var helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (uenig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra somatiske institusjoner (n =28), begge tilbud(n= 24) og psykiatri (n = 19)

Institusjoner med flere enn én pasientgruppe oppga i større grad enighet i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering sammenlignet med hva spesialiserte institusjoner oppga (se fig. 26). Det er usikkert om dette er representativt da gruppen med spesialiserte institusjoner er mye mindre enn gruppen med generalister.

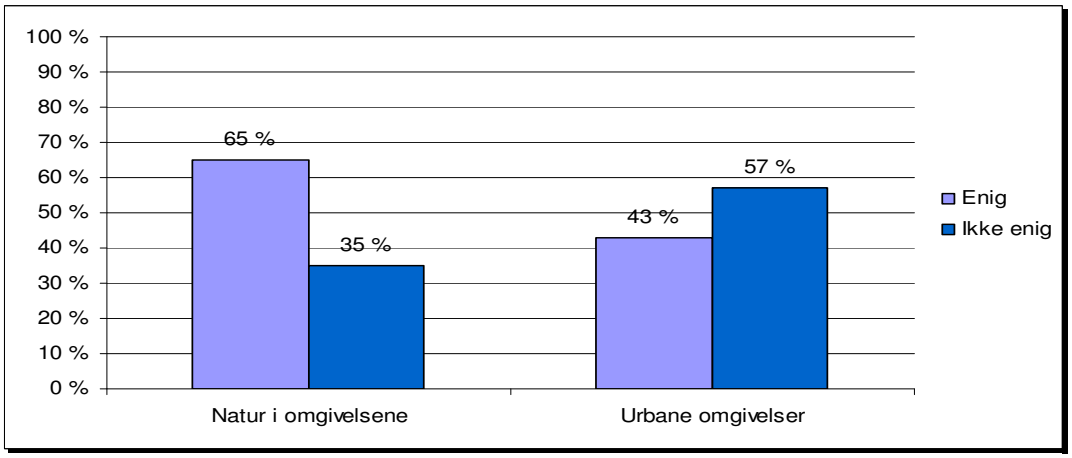
Sammenhengen mellom antall pasientgrupper ved institusjonen og hvordan en stilte seg til påstanden om naturens kvaliteter, er ikke signifikant (p = 0,215)




Figur 26. Synet på naturens spesielle kvaliteter etter om institusjonene har en pasientgruppe (spesialister) eller to eller flere (generalister). Prosentvisfordeling av de som mente de som er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra spesialister (n = 21) og generalister (n=49).

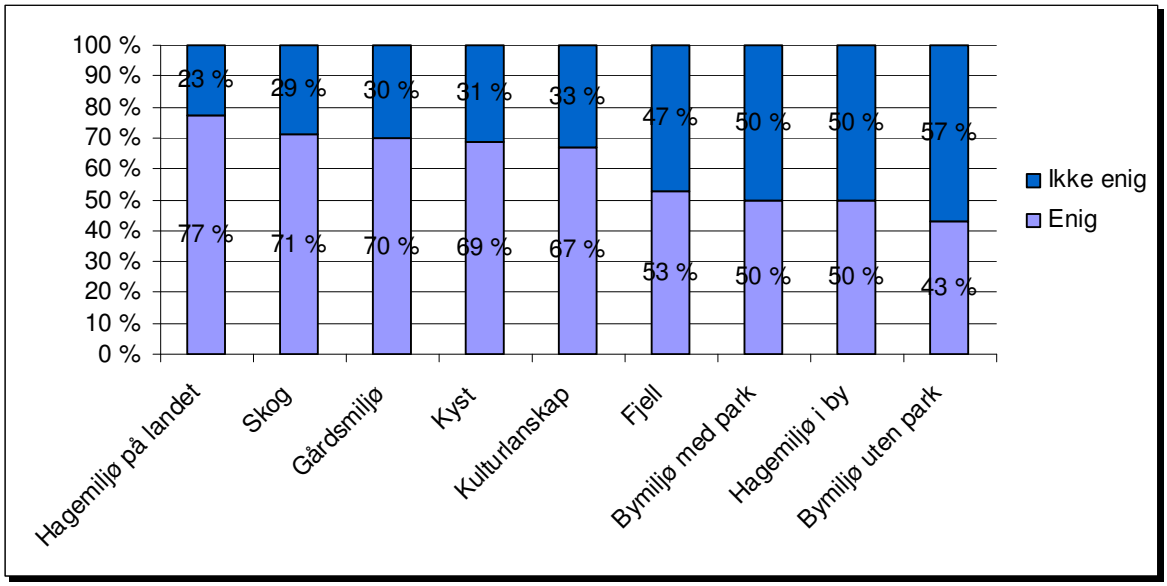
### 3.4.2 Omgivelser

Et flertall av institusjonene i omgivelser med natur mente at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Ved institusjoner som ligger i urbane omgivelser, mente et mindretall det samme (se fig. 27). Disse sammenhengene er imidlertid ikke signifikante (p = 0,458). Antall institusjoner i urbane omgivelser var få, og det er usikkert om dette er representativt.




Figur 27. Synet på naturens kvaliteter etter om institusjonene har natur i omgivelsene eller har urbane omgivelser (uten natur). Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra natur i omgivelsene (n = 64) og urbane omgivelser (n=7).

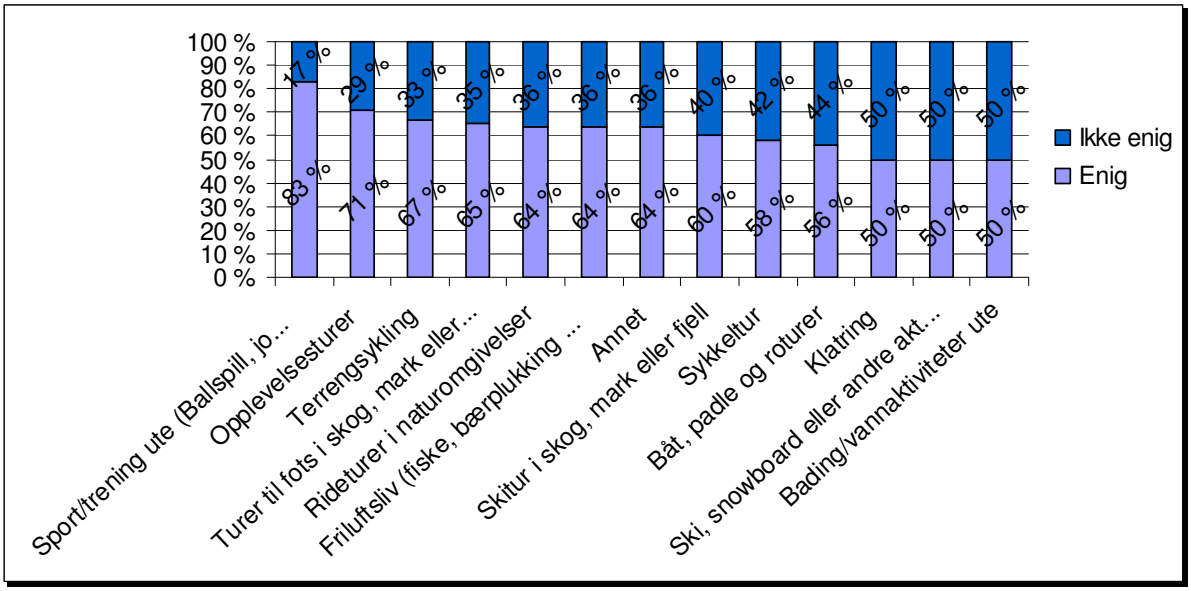
Institusjoner som lå i hagemiljø på landet, i skog, gårdmiljø, kyst og/ eller kulturlandskap stilte seg mest positive til at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Institusjoner som lå i bymiljø uten park og bymiljø med park, og/ eller hagemiljø i park er i noe mindre grad enige i dette (se fig 28).




Figur 28. Synet på naturens kvaliteter etter om institusjonene har spesifisert naturlige element i omgivelsene. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig)i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra antall som har type element i omgivelsene, se fig. 5 i dette materialet.

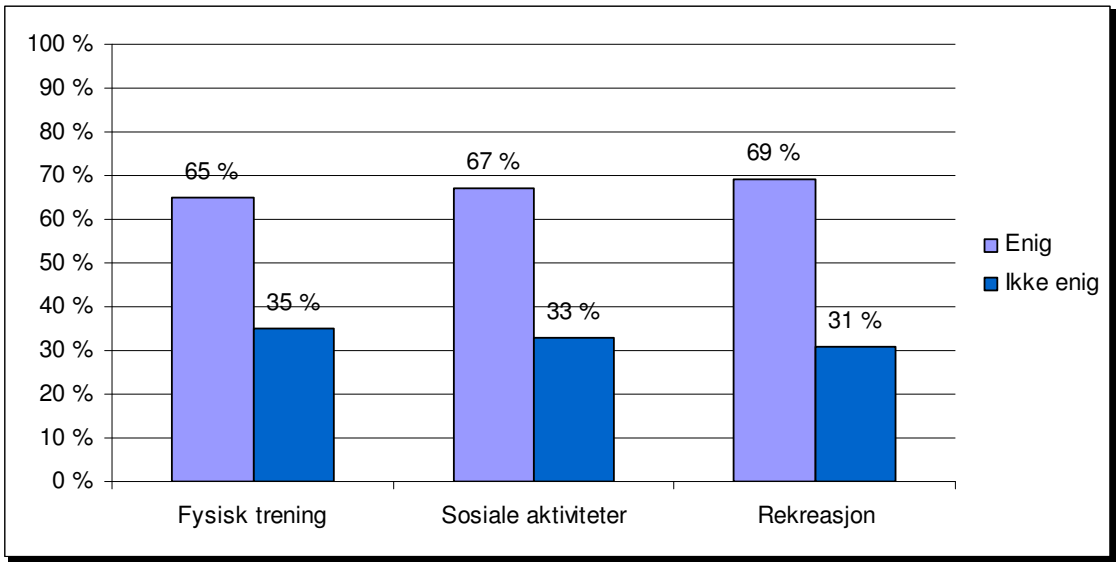
### 3.4.3 Aktiviteter og ansatte som deltar

Blant institusjoner som tilbød ”sport/trening ute” og/eller ”opplevelsesturer” og / eller ”terrengsykling” var det stor enighet i at naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Institusjoner som tilbød ”klatring” og / eller ”ski, snowboard eller andre aktiviteter i alpinanlegg” og/eller ”bading/vannaktiviteter ute”, var mer delt i synet på om naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering (se fig. 29).



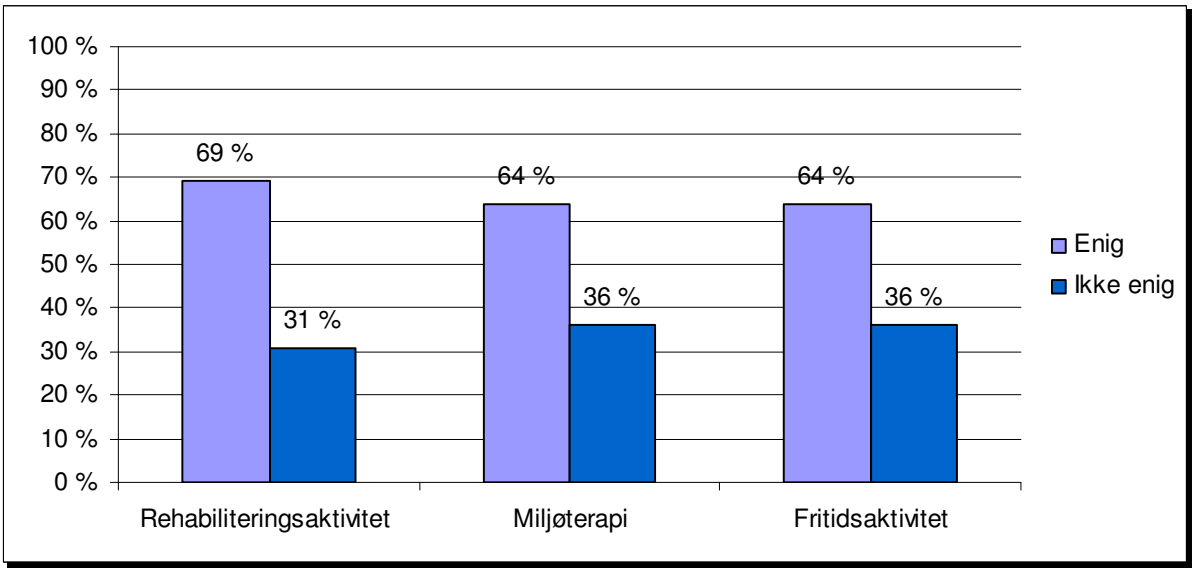

Figur 29. Synet på naturens kvaliteter etter om institusjonene benytter seg av spesifisert type aktivitet i naturen. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre arenaer. Prosentene er regnet ut fra antall som har type element i omgivelsene, se fig. 9 i dette materialet.

Både ved institusjoner som tilbød aktiviteter i naturen som del av fysisk trening og/eller sosiale aktiviteter og/eller rekreasjon oppga et flertall at de mente naturen innehar spesielle kvaliteter (se fig 30). Institusjoner som benyttet aktiviteter i naturen som del av rekreasjon oppga i noe høyere grad enighet i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Det var ikke signifikante sammenhenger mellom det å bruke aktiviteter i naturen som del av fysisk trening ($p = 0,353$) og sosiale aktiviteter ($p = 0,158$), og synet på naturens kvaliteter. Signifikante sammenhenger var det imidlertid mellom bruk av aktiviteter i naturen som del av rekreasjon ($p = 0,047$) og om en mente at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser.



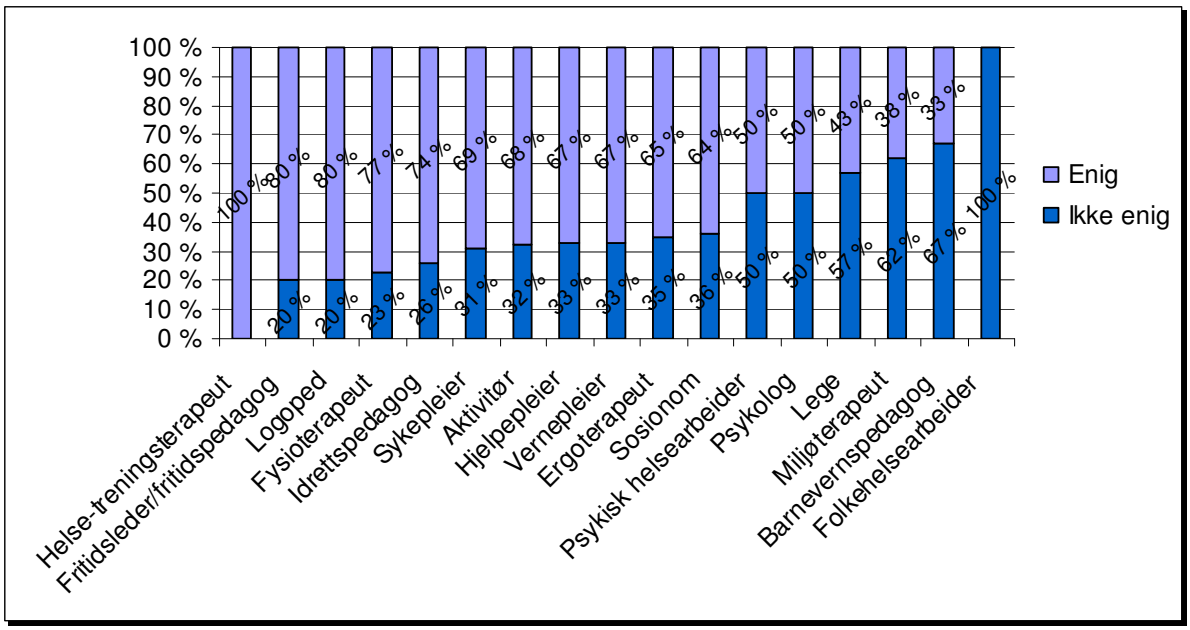

Figur 30 Synet på naturens kvaliteter etter hvilken setting aktivitetene foregår. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra de som benytter aktiviteter i naturen som fysisk trening (n=66), sosiale aktiviteter (n=61) og rekreasjon (n=50)

Institusjoner som hadde aktiviteter i naturen som del av planlagt rehabiliteringsaktivitet oppga hyppigst at de var enige i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser (se fig. 31), og det var her signifikante sammenhenger (p = 0,005). Det var ikke signifikante sammenhenger mellom institusjoner som benytter aktiviteter i natur som del av miljøterapi (p = 0,264) eller fritidsaktivitet (p = 0,294).



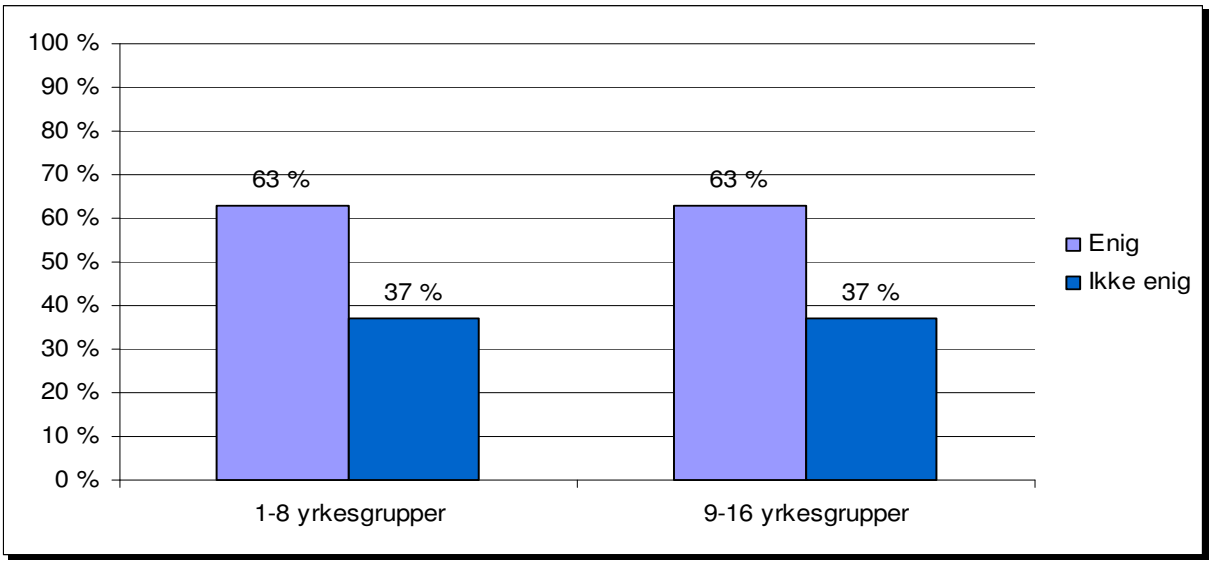

Figur 31. Synet på naturens kvaliteter etter hva aktivitetene i natur foregår som del av. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra de som benytter aktiviteter i naturen som del av rehabiliteringsaktivitet (n=59), miljøterapi (n=50) og fritidsaktivitet (n=58)

Av institusjonene var det de med ”helse og treningsveileder” og/ eller ”fritidsleder/fritidspedagog” og/ eller ”logoped” og/eller ”fysioterapeut”, og/eller ”idrettspedagog” som hyppigst oppga å være enige i påstanden om at naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser (se fig. 32). Institusjoner med ”folkehelsearbeider” og/eller ”barnevernspedagog” og/eller ”miljøterapeuter” og/eller ”lege” i aktivitet i naturen, oppga sjeldnere at de er enige i denne påstanden. Ellers fordeler det seg forholdsvis jevnt mellom de ulike yrkesgruppene.




Figur 32 Synet på naturens kvaliteter etter grad av tverrfaglighet. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra 1-8 yrkesgrupper (n=35) og 9-16 yrkesgrupper (35)

Det er ingen forskjell mellom de med grad av tverrfaglighet ved institusjonen og hvordan de stilte seg til påstanden om at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser (se fig. 33).




Figur 33. Synet på naturens kvaliteter etter grad av tverrfaglighet. Prosentvisfordeling av de som mente de er helt enige eller enige (enig), verken enige eller uenige, uenige eller helt uenige (ikke enig) i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Prosentene er regnet ut fra 1-8 yrkesgrupper (n = 35) og 9-16 yrkesgrupper (n = 35)

# 4. Diskusjon

I dette kapittelet følger en diskusjon vedrørende studiens metode og resultater, hovedsakelig basert på teori og forskning beskrevet i oppgavens innledning. Noe supplerende litteratur er imidlertid lagt til der det synes hensiktsmessig.

Det var et betydelig flertall (73 %) som oppga å benytte seg systematisk av aktiviteter i natur, hvor 68 % av disse mente at naturens kvaliteter gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Av alle institusjonene stilte 60 % seg enige til denne påstanden. Institusjoner med tilbud innen psykiatri oppga oftest å benytte seg systematisk av natur, mens de somatiske institusjonene var mest tilbøyelige til å være enige i påstanden om naturens kvaliteter. Hele 9 av 10 institusjoner lå i omgivelser med natur, men dette var verken av betydning for om naturen ble benyttet eller synet på naturen som arena for rehabilitering. Videre var det slik at en betydelig andel lå i omgivelser med skog, mens det var institusjoner som lå i eller ved fjell som i størst grad benyttet seg systematisk av aktiviteter i naturen. Turer til fots i skog, mark eller fjell var den aktiviteten flest benyttet seg av. Institusjoner med systematikk i bruk av aktiviteter i natur benyttet seg oftere av mer spesielle aktiviteter som klatring og opplevelsesturer. Fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter deltok hyppigst i aktiviteter i naturen. Tverrfaglighet var av betydning for om naturen ble benyttet systematisk, hvor høy grad av tverrfaglighet bidro til økt bruk av aktiviteter i natur.

## 4.1 Diskusjon av metode

I denne delen diskuteres oppgavens studiedesign, så følger en refleksjon rundt validitet og reliabilitet, hvor en diskusjon vedrørende representativitet og statistiske analyser runder av denne delen.

### 4.1.1 Studiedesign

Det er valgt et deskriptivt, kvantitativt design i denne kartleggingsstudien. I dette studiet var målgruppen ledere ved rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Formålet var å kartlegge om institusjonene benyttet seg av aktiviteter i natur i sitt tilbud, samt hva ledere ved institusjonene

mente om å benytte natur som arena for rehabiliteringsprosesser. Siden det var ønskelig å favne så mange institusjoner som mulig, og avstanden mellom de ulike institusjonene var stor, syntes det mest hensiktsmessig å sende ut et spørreskjema. Dette er en datainnsamlingsmetode som ofte benyttes i kvantitativ forskning (Bjørndal & Hofoss 2008).

I spørreskjemaet tok respondentene stilling til ulike påstander som sa noe om deres holdninger til natur som arena, ved gradering på en skala. Et spørreskjema gir ikke mulighet til utdyping og refleksjon over meninger og holdninger, noe som gjør at ledernes meninger og holdninger muligens ikke kommer godt nok frem. På slutten av spørreskjemaet var det imidlertid et åpent felt hvor det ble oppfordret til utdyping av tanker rundt bruk av aktiviteter i natur. Optimalt ville det vært lurt å dybdeintervjue enkelte av respondentene for å få en bredere og større forståelse av deres holdninger. I henhold til studiens formål og omfang ble dette allikevel ikke vurdert som hensiktsmessig i denne omgang.

### 4.1.2 Validitet og reliabilitet

Med validitet menes at vi er sikre på at vi måler det vi vil måle, og at vi bruker rette og gyldige metoder for forsøket. Man må vite at indikasjonene man bruker virkelig er et uttrykk for det man ønsker å måle. Reliabilitet betyr at metodene man har brukt må være til å stole på, slik at resultatet man har fått er avlest, fortolket og oversatt riktig (Wormnæs 2004).

Det var som oftest mulig å finne e post adresse direkte til ledere, men der dette ikke var tilgjengelig, ble spørreskjemaet sendt ut til felles postmottak med spørsmål om videresending. En svakhet ved spørreskjemaet er at det ikke ble spurt om hvem som besvarte skjemaet. Selv om e-posten i hovedsak ble sendt ut til ledere ved institusjonene, ligger det en usikkerhet i hvem som har svart, som igjen kan svekke validiteten.

Det er en styrke for en undersøkelse å kunne sammenlignes med andre studier. Siden det ikke er gjort lignende kartleggingsarbeid av rehabiliteringsinstitusjoner tidligere, har ikke dette vært mulig. Det er alltid lurt å bruke standardiserte spørreskjema, for å sikre at en i virkelighet måler det en vil måle. Igjen, siden det ikke er gjort lignende kartlegging, er det ikke tatt

utgangspunkt i andre skjemaer i utformingen av spørreskjemaet, noe som kan svekke resultatenes validitet. Pilotundersøkelsen som ble utført er imidlertid en styrke da det ga mulighet for å rette opp i misforståelser. Institusjonene kunne også komme med tilbakemelding på hva som kunne blitt gjort mer hensiktsmessig. Det er viktig å teste ut spørreskjemaet på representanter fra målgruppen (Magnus & Bakketeig 2007), noe som styrker studiens reliabilitet.

Sett i ettertid kunne et mer utfyllende spørsmål vært verdifullt for bedre å kunne besvare studiens problemstillinger. Det hadde for eksempel vært interessant å i dybden på hvorfor natur brukes som arena, og hvilke kvaliteter ved naturen institusjonene verdsetter. Selv om en pilotundersøkelse ble gjennomført, er det allikevel ikke mulig å kontrollere hvordan hver enkelt respondent oppfattet spørsmålene. Mitt navn, e-post adresse og telefonnummer ble sendt i informasjonsskrivet, slik at det var mulig å ta kontakt ved uklarheter. Det kom enkelte henvendelser via e-post, hvor det for eksempel ble opplyst om en feil i utsendte spørreskjema (se vedlegg 2, spørsmål 5). På bakgrunn av dette ble det sendt ut en e post til alle institusjonene med opplysning om feilen og hvordan en skulle forholde seg til dette.

Resultatene ble samlet inn ved hjelp av Questback, og konvertert over i PASW Statistics 18 automatisk. Det at resultatene ikke ble skrevet inn manuelt, kan styrke reliabiliteten, da det ikke er like stor fare for feiltasting og andre overføringsfeil.

### 4.1.3 Representativitet

Gjennom forskning ønsker en ofte å trekke allmenngyldige konklusjoner (Bjørndal & Hofoss 2008). Siden en sjelden kan studere alle de en er interessert i, populasjonen, velges ofte et utvalg. Svarprosenten i dette studiet var på 55 %, som er noe lav i forhold til det som er ønskelig for å kunne generalisere svarene fra et utvalg fra en populasjon. En tverrsnittstudie er følsom for seleksjonsfeil (kun de som bruker naturen som svarer), slik at det er viktig å sikre høy oppslutning (Magnus & Bakketeig 2007). Det ble gjort et forsøk på å heve svarprosenten ved å sende ut en påminnelse syv dager etter første utsending av spørreskjemaet. Responsloggen i Questback viste at dette ga resultater, da det var en oppsving i antall besvarte skjemaer i de to påfølgende dagene etter purringen. I dette kartleggingsstudiet var

rehabiliteringsinstitusjoner i Norge den ”populasjonen” det var ønskelig å studere. Det finnes imidlertid ingen fullstendig nasjonal oversikt over hvilke rehabiliteringstilbud som finnes i Norge. Gjennom *sentral enhet for rehabilitering* og helseforetakenes nettsider ble det funnet 132 virksomheter med tilbud innen rehabilitering. Ifølge St.prp. nr 1 (2007-2008) er det vanskelig å ha oversikt over hvilke rehabiliteringstilbud det finnes i kommunene. Det er derfor usikkert om alle rehabiliteringsinstitusjoner her i landet er fanget opp. Etter gjentatte søk på internett gjennom helseforetakenes nettsider og *sentral enhet for rehabilitering* er det imidlertid trolig at en stor del av rehabiliteringsinstitusjonene er fanget opp. Siden utvalgspopulasjonen ikke er tallfestet, er det allikevel vanskelig å vite om resultatene er representative for rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

I tverrsnittstudier trekker en et utvalg fra den befolkningen en er interessert i, og finner prevalenser for de ulike variablene. Fordeler ved en slik type studie er at den er forholdsvis enkle å gjennomføre. Ulemper er at det er stor fare for seleksjonsskjevhet i hvem som velger å delta i undersøkelsen (Magnus & Bakketeig 2007). De fleste rehabiliteringsinstitusjonene i Norge ligger under Helse Sør- Øst. Dette regionale helseforetaket har, sammen med Helse Vest allikevel den laveste svarprosenten. I Helse Sør - Øst er en større andel av institusjonene sentrert i eller rundt byer, sammenlignet med resten av landet. Det at institusjonene ligger i urbane miljøer og ikke i naturen, kan medføre at deltakelse i studien ikke har blitt oppfattet som like relevant, og at interessen for å delta derfor har vært mindre i denne regionen. Dette kan underbygges ved at svarprosenten i Helse Nord, hvor institusjonene i stor grad lå i landskap dominert av natur, var 83 %. På den annen side viser dette kartleggingsarbeidet at det å ha natur rundt institusjonen ikke nødvendigvis er avgjørende for om aktiviteter i naturen benyttes. Det kan allikevel være slik at institusjoner som benytter seg av aktiviteter i natur var de som i størst grad fant det relevant å delta i studien.

De fleste institusjonene var sentrert inn under Helse Sør – Øst. Dette kan gjøre at meningene til institusjonene i denne delen av landet kommer tydeligst frem. På den annen side er befolkningsandelen større i region Helse Sør – Øst enn i de andre regionene, noe som også medfører et større behov for rehabilitering og institusjoner med slike tilbud. Tall fra Helsedirektoratet (2007-2008), viste for eksempel at det i Helse Sør – Øst var 18 838 opphold på private institusjoner, og henholdsvis 5670 opphold i Helse Midt – Norge, 3849 i Helse

Nord og 3570 i Helse Vest. Dette er imidlertid kun private institusjoner, og selv om det gir et bilde på rehabiliteringsbehovet, viser ikke dette fullstendig antall rehabiliteringsopphold.

Det var ledere ved institusjonene som var målgruppen for spørreskjemaet, og det er ikke sikkert at deres meninger er representative for holdninger blant de andre ansatte. For eksempel i figur 32 fra resultatdelen er det viktig å presisere at det ikke er de enkelte yrkesgruppene som har fremmet sin mening. Resultatene kunne muligens blitt annerledes hvis det var de som faktisk deltok i uteaktivitetene som besvarte skjemaet. Allikevel er det rimelige å anta at der hvor aktiviteter i naturen ikke er del av overordnet strategi, vil dette gjenspeiles i lederens holdninger.

### 4.1.4 Statistiske analyser

I en tverrsnittstudie kan en fordele prevalenser i krysstabeller, og en kan se om det er sammenhenger mellom to eller flere variabler. En får imidlertid vite lite om årsakssammenhenger fordi påvirkningsfaktor og effekt måles samtidig. På grunn av det manglende tidsperspektivet er det vanskelig å vite hva som påvirker hva, altså hva som er årsak og hva som er effekt (NOU 2010). Er det for eksempel slik at institusjoner bruker naturen systematisk fordi de har helse/treningsterapeuter, eller har denne blitt ansatt for å delta i aktivitet i naturen? Videre er det viktig å kun trekke slutninger ved statistisk signifikans, der $p < 0,05$. På grunn av stor skjevhet under enkelte av variablene, samt forskjell i antall variabler, er det vekslet mellom ”Pearsons Chi– square test”, ”Yates’ Correction for Continuity” og ”Fishers Exact test”. Allikevel er det viktig å ikke trekke for bastante slutninger siden det er respondentenes subjektive holdninger og meninger som legges til grunn.

## 4.2 Diskusjon av resultatene

I denne delen følger en diskusjon av studiens resultater. Denne er inndelt slik at utbredelsen av bruk av natur diskuteres først. Så følger tre underkapitler med fokus på henholdsvis institusjonene, omgivelser og aktiviteter. I disse kapitlene diskuteres disse faktorene i forhold til systematisk bruk av aktiviteter i natur, samt synet på naturens kvaliteter og dens rolle i rehabilitering.

### 4.2.1 Natur som arena i rehabilitering

Et flertall av institusjonene som brukte aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i sitt rehabiliteringstilbud. Av alle institusjonene var det en liten andel som ikke tok noe klart standpunkt til dette. En grunn til dette kan være at det er vanskelig å gradere hvor systematisk en benytter denne type aktivitet. Siden de ikke svarte at de var uenige, kan det tenkes at de benytter seg av aktiviteter i natur, men ikke har noe systematikk i bruken. Institusjonene oppgir i noe mindre grad at aktiviteter i natur er en vesentlig del av deres tilbud. Dette kan tyde på at enkelte av de som har systematikk i bruk av natur, ikke mener dette er en vesentlig del av deres tilbud.

Rubin (1998) hevder at omgivelser kan virke fremmende eller reduserende på menneskers helse. Teoriene til Ulrich (1993) og Kaplan & Kaplan (1989) foreslår at omgivelser med natur virker mere helsefremmende på oss mennesker enn andre omgivelser. I en studie fant Townsend (Townsend & Ebden 2009) at trening ute i naturen gjorde at en hadde høyere intensitet ved trening ute enn innendørs, selv om den subjektive opplevelsen av intensitet var den samme. Av institusjonene som bruker aktiviteter i naturen systematisk, var det ikke alle som var enige i at naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør at den egner seg bedre som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Dette kan bety at det ikke alltid ligger en bevisst vurdering til grunn for valg av natur som arena. Allikevel mente de fleste av institusjonene med systematisk bruk av natur, at naturen innehar spesielle kvaliteter. Det kan virke som om disse institusjonene benytter aktiviteter i naturen bevisst for å få de ekstra fordelene den kan gi, samtidig med gevinstene aktivitetene i seg selv gir. Hvilke kvaliteter lederne ved institusjonene verdsetter som spesielle, er imidlertid ikke undersøkt. Det ville vært interessant å se om disse støtter seg til et helse eller miljøpsykologisk perspektiv.

Det var et flertall av institusjonene med systematikk i bruk av aktiviteter i natur, som gjorde dette som del av en planlagt rehabiliteringsaktivitet. Det var ikke signifikante sammenhenger mellom systematisk bruk, og bruk av aktiviteter som del av miljøterapi eller fritidsaktiviteter. Der hvor aktiviteter i naturen i hovedsak ble brukt som miljøterapi og fritidsaktivitet, og ikke som del av rehabiliteringsaktivitet lå det derfor muligens ikke noe dypere tanke bak valg av arena. Dette underbygges av at institusjoner som mente at naturen innehar spesielle kvaliteter, benyttet seg også oftest av aktiviteter i natur som del av rehabiliteringsaktivitet.

### 4.2.2 Institusjonene

Flest institusjoner hadde tilbud innen somatikk. Deretter hadde mange tilbud innen både psykiatri og somatikk, hvor en noe mindre gruppe hadde tilbud innen kun psykiatri. De vanligste tilbudene representert var til pasienter med ortopedilidelser, muskel- og skjelettlidelser og arbeidsrettet rehabilitering. Ifølge St.prp. nr 1 (2007-2008) er muskel- og skjelettlidelser et stigende problem. I 2010 var 685 000 personer utenfor arbeidslivet, hvor hoveddiagnoser for sykemelding eller uførhet var muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Også på grunn av det økende antall eldre som vil komme i tiden fremover, vil mange oppleve funksjonsnedsettelse som følge av høy alder (St.prp. nr. 1 2007-2008). Fysisk aktivitet og friluftsliv vil være verdifullt for disse ovenfornevnte gruppene (Folkehelseinstituttet 2009a). Pasienter med muskel- og skjelettlidelser har ofte betydelige smerter (Ihlebæk & Lærum 2010). Nilsen & Elstad (2008) fant at personer med smerter ofte oppsøkte naturen for å kople av, og at de fikk en smertestillende effekt i opplevelser i naturen. Det samme fant Ulrich (1983), hvor pasienter etter en galleblæreoperasjon hadde behov for mindre smertestillende medikamenter hvis de hadde utsikt til tær kontra en murvegg. I et folkehelseperspektiv ligger det et stort potensial å finne ikke-medikamentelle og lite ressurskrevende behandlings- og rehabiliteringstiltak for disse lidelsene. Også et flertall av institusjonene med tilbud til pasienter med overvekt/fedme brukte aktiviteter i natur. Pasienter med fedmeproblemer opplevde ifølge Haugen & Tangen (2010) at trening ute ga avslapning og ro, samtidig som de ikke ble like slitne som de opplevde ved aktivitet innendørs.

De psykiatriske institusjonene benyttet oftest aktiviteter i naturen på en systematisk måte, etterfulgt av institusjoner med både tilbud innen psykiatri og somatikk ($p = 0,053$). Sammenhengen mellom type tilbud og bruk av aktiviteter i naturen er ikke signifikant på 5 % nivå, men p – verdien nærmer seg signifikant verdi og bør ikke avskrives. Dette kan tyde på at institusjoner med helt eller delvis tilbud innen psykiatri oftere benytter aktiviteter i natur enn institusjoner med kun tilbud innen somatikk. Ifølge St. meld. Nr 39 (2000-2001) viser forskning til gode resultater i bruk av friluftsliv som del av behandlingen for psykiske lidelser. Aktiviteter i natur har vært brukt, både i Norge og internasjonalt, som virkemiddel i behandlingen av personer med rusmisbruk, kriminell og asosial adferd. Pasienter som har psykiske lidelser sliter ofte med dårlig selvfølelse og opplever ofte at livet kan være meningsløst (St.meld. nr 25 (2005-2006)). Rehabiliteringsprosesser søker å fremme mestring hos pasientene (Johansson & Skärgren 2006). Haugen & Tangen (2010) fant at pasienter som

gjennomgikk en friluftslivsintervensjon opplevde mestring gjennom utendørs aktiviteter. Arbeid i hager har også vist å gi pasienter følelse av å livskvalitet, mening og mestring (Grahn 2005). Gonzalez et. al (2009) fant i tillegg at deprimerte mennesker opplevde nedgang i BDI-score ved å gjennomgå en intervensjon med terapeutisk hagebruk. Pasienter med depresjon kan ofte ha problemer med å rette oppmerksomhet. Evnen til å rette oppmerksomhet kan imidlertid bedres ved å oppleve fasinasjon. Kaplan & Kaplan (1989) hevder at en i natur ofte opplever fasinasjon. Dette er forenelig med det Gonzalez et. al (2009) fant etter sin intervensjon, hvor pasientene opplevde fasinasjon. Hvilken grad pasientene opplevde fasinasjon hadde igjen betydning for hvor stor nedgang den enkelte hadde i BDI skår. Mye tyder på at det i behandlings- og rehabiliteringsprosesser for sykdommer/lidelser beskrevet som del av folkehelseutfordringene, kan være verdifullt å benytte ulike aktiviteter i natur.

Ved de psykiatriske institusjonene var kun halvparten enig i at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Av institusjoner som både har tilbud innen psykiatri og somatikk og kun somatikk var et flertall enig i denne påstanden. Det var imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom type institusjon og synet på naturens kvaliteter og egnethet som arena for rehabilitering. Psykiatriske institusjoner brukte naturen mer systematisk, men somatiske institusjoner mente oftest at naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Det kan være ulike grunner til at de somatiske institusjonene ikke benytter aktiviteter i naturen på en systematisk måte i like stor grad. Kun en liten andel oppga at deres omgivelser er universelt utformet, så fremkommelighet og tilgjengelighet kan være en faktor som begrenset bruken. Pasienter med somatiske lidelser kan ha fysiske funksjonsnedsettelser som gjør det vanskelig å bedrive aktivitet i naturen uten slik tilrettelegging. Enkelte institusjoner oppga dette som bakgrunn for lite bruk av natur, hvor en institusjon oppga følgende kommentar; ”*Det var litt vanskelig å svare på da våre brukere sitter i rullestol og har sterk grad av funksjonshemning. Vi seg likevel at det å være ute er en mental rehabilitering”*. Dette tyder på at ønsket om å bruke natur mer er tilstede, men at det ofte kan være begrensninger i forhold til grad funksjonshemning og liten grad av tilrettelegging for de med redusert fremkommelighet.

Institusjonene har i gjennomsnitt åtte ansatte, hvor de vanligste yrkesgruppene er sykepleiere, leger, attføringskonsulenter og fysioterapeuter. Fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter deltar i størst grad i aktiviteter i natur. Selv om institusjoner med disse yrkesgruppene oppgir høy grad av systematikk i bruk av aktiviteter i naturen, er det ikke like mange som mener at

naturen er bedre egent som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Fysisk aktivitet brukes ofte som del av funksjonsopptrening, og det kan tenkes at disse yrkesgruppene har fokus på hvordan aktiviteten i seg selv bidrar til rehabilitering av tapte funksjoner. Naturen er tilgjengelig areal for slik aktivitet, og kanskje ligger det ikke alltid en helse - eller miljøpsykologisk tanke bak valg av arena. Grad av tverrfaglighet ved institusjonene har imidlertid betydning for systematisk bruk av aktiviteter i naturen. De med høy grad av tverrfaglighet, altså fra 9 – 16 ulike yrkesgrupper, bruker naturen systematisk i større grad enn institusjoner som har lav grad av tverrfaglighet, 1-8 ulike yrkesgrupper. I forskrift for rehabilitering er det et krav til at det skal være tverrfaglighet i gruppen ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Hjort (2004) legger vekt på at tverrfaglighet blir stadig viktigere, og at det er verdifullt for pasientene at profesjoner utfyller og utvikler hverandre. I et folkehelseperspektiv er tverrfaglighet essensielt. Ved at alle har fokus på og har ansvar for sluttresultatet, vil de mest virkningsfulle metodene benyttes for å sikre best mulig resultat for pasienten. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom grad av tverrfaglighet og synet på naturens kvaliteter og egnethet som arena for rehabilitering.

### 4.2.3 Omgivelser

Mange institusjoner har fortid som kurbad og gamle sanatorier (St.prp. nr. 1 2007-2008) som ble bygget på midten av 1800- tallet og begynnelsen av1900- tallet. Dette er forenelig med datidens syn på naturens helende evner, og viktigheten av å være i natur for rekreasjon. På institusjonenes hjemmesider frontes ofte det at de ligger i naturskjønne omgivelser og selv nye rehabiliteringsinstitusjoner bygges i omgivelser med naturelementer. Nesten alle institusjonene i denne undersøkelsen lå i omgivelser med naturelementer. Institusjonene oppga hyppigst å ligge i omgivelser med skog. Dernest lå en betydelig andel i kulturlandskap, ved kyst og/eller fjell. Enkelte institusjoner lå i omgivelser med flere av disse elementene. Kun en liten andel lå i hagemiljø i by og/ eller bymiljø med park.

Begrunnelsene for at så mange av institusjonene lå i omgivelser med natur kan være mange. Allikevel kan det tenkes at noe gjør at vi føler det naturlig å oppsøke, og være i, naturen når vi har behov for rekreasjon eller gjeninnhenting. Mange bruker frasen ”ut og klarne tankene” når de trenger en liten pause. Ulrich (1993) foreslår at vi i naturen, på grunn av vår medfødte forkjærlighet for denne, finner en følelse av harmoni og trygghet som gjør at vi kopler av og stresser ned.

Institusjoner i omgivelser med natur benyttet aktiviteter systematisk i natur hyppigere enn institusjoner som lå i urbane omgivelser, men det er ikke signifikante sammenhenger. De som hadde fjell i sine omgivelser benyttet seg hyppigst av aktiviteter i natur, park eller hage. Ved institusjoner i gårdsmiljø, kulturlandskap og bymiljø med park benyttet de seg også i høy grad av aktiviteter i naturen på en systematisk måte. Det at institusjoner i bymiljø med park i så stor grad oppga at de benyttet seg systematisk av aktiviteter i natur, park eller hage kan ha flere forklaringer. En av disse kan være at mennesker, i henhold til Ulrichs (1993) teorier, kan bli stresset og oppleve utmattelse i urbane, menneskeskapte omgivelser. Parkens egenskaper kan kanskje fremstå fristende og være en mulighet til å komme vekk fra det masete bylivet som ellers omgir institusjonen. Muligens oppleves naturen ekstra forlokkende og fristende som en kontrast til de andre urbane elementene i omgivelsene.

Et flertall av de som omga seg med natur var mer tilbøyelige enn institusjoner i urbane omgivelser til å mene at naturen innehar spesielle kvaliteter, men heller ikke her var sammenhengene signifikante. Av institusjoner som lå i hagemiljø på landet og/ eller gårdsmiljø oppga et flertall at de mente at naturen innehar spesielle kvaliteter som gjør den egnet som arena for rehabilitering. Institusjoner i gårdsmiljø benyttet seg også i stor grad av aktiviteter i natur, noe som ikke er overraskende. Det er naturlig at de ilegger aktiviteter i natur stor betydning, siden de har valgt å plassere institusjonen i disse omgivelsene. Siden det er både ressurskrevende i form av tid og penger å opprettholde slike omgivelser, er det trolig at de har en tanke om at natur egner seg godt som arena for rehabilitering.

### 4.2.4 Aktiviteter

Den vanligste aktiviteten institusjonene benyttet seg av var turer til fots i skog, mark eller fjell. Dette kan komme av at denne type aktivitet krever minimalt med planlegging, samtidig som de aller fleste kan delta, og den kan tilpasses den enkeltes funksjon og behov. I en spørreundersøkelse vedrørende nordmenns friluftslivsvaner oppga 87 % at de gikk turer ”for å oppleve naturens stillhet og fred” (St. meld. nr. 39 2000-2001). Av institusjoner som oppga å gå turer til fots i skog, mark eller fjell var det et flertall som oppga at de bruker naturen systematisk. Det var imidlertid ikke like mange som mente at naturen innehar kvaliteter som gjør den spesielt godt egnet som arena for rehabilitering. Der institusjonene tilbød mer spesielle aktiviteter som ski/ snowboard i alpinanlegg, opplevelsesturer, sport/trening ute og

terrengsykling, oppga imidlertid alle å benytte seg systematisk av aktiviteter i natur. Institusjoner med aktivitetstilbud som sport/trening ute, terrengsykling og opplevelsesturer oppga i tillegg størst grad av enighet i at naturen er bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser. Dette kan bety at institusjoner som legger innsats i å arrangere mer krevende aktiviteter, har en formening om at aktivitet i naturen gir pasientene noe de ikke kan oppnå i aktiviteter i andre omgivelser. Det er imidlertid kun halvparten av de som tilbyr klatring og ski/ snowboard i alpinanlegg som mente at naturen er bedre egnet enn andre omgivelser som arena for rehabilitering.

Det er naturlig å anta at institusjoner som oppga systematikk i bruk av aktiviteter i natur, benytter dette som tiltak i pasientenes rehabiliteringsprosesser. Institusjonene som benyttet seg av aktiviteter i naturen som planlagt rehabiliteringsaktivitet brukte aktiviteter i naturen systematisk. Disse var også i høy grad enige i at naturen er spesielt godt egnet som arena for rehabilitering. Det var ingen sammenheng mellom bruk av aktiviteter i natur som del av miljøterapi eller fritidsaktivitet og systematikk i bruk. Naturen benyttes ofte som del av fysisk trening. Det var 78 % av befolkningen i Norge som oppga dette som begrunnelse for å oppsøke naturen. Videre oppga 67 % at de oppsøkte naturen for å være sammen med venner (St. meld. nr. 39 2000-2001). Ved institusjonene benyttes aktiviteter i naturen systematisk både som del av fysisk trening, del av sosiale aktiviteter og som rekreasjon. Rekreasjon kan beskrives som det å samle krefter etter påkjenninger. Ifølge Ulrich (1993) og Kaplan & Kaplan (1989) kan opplevelser og aktiviteter i naturen virke stressreduserende samt bidra til gjeninnhenting av mental kapasitet. Av den norske befolkning var det hele 87 % som oppsøkte naturen for å oppleve naturens stillhet og fred, mens 79 % ønsket å komme vekk fra stress og mas. Ved institusjonene er det signifikante sammenhenger mellom bruk av aktiviteter i natur som rekreasjon og enighet i påstanden om at naturen er spesielt godt egnet som arena for rehabilitering. Det er imidlertid ingen sammenheng mellom bruk av aktiviteter i naturen som del av fysisk trening og sosiale aktiviteter. Siden det er institusjonene som benytter seg av aktiviteter i naturen som del av rekreasjon som i størst grad mener at naturen innehar spesielle kvaliteter, kan det virke som om disse institusjonene er kjent med naturens stressreduserende kvaliteter og har fokus på disse.

Ifølge Grahn (2005) vil hagebruksterapi og terapeutisk hagebruk kunne bidra til økt livskvalitet og opplevelse av mestring for mennesker i utfordrende livssituasjoner. Gonzalez et. al (2009) fant, som nevnt ovenfor, at deprimerte pasienter opplevde bedring etter

deltakelse i en intervensjon med terapeutisk hagebruk. Få institusjoner hadde imidlertid terapeutisk hagebruk eller sansehage. Dette er overraskende, da det i Sverige de senere årene stadig har blitt mer populært med såkalt ”Grön Rehab”, hvor ulike rehabiliteringsprosesser skjer i hagemiljø (Grönblad 2010). Hartig & Marcus (2006) foreslår at det de kaller ”healing gardens” muligens blir nedprioritert grunnet knappe ressurser. Utforming og opprettholdelse av disse hagene, samt anskaffelse av kvalifisert personell vil utgjøre en økonomisk belastning som muligens ikke blir sett på som viktig nok til å bli prioritert. Det var noen flere som oppga å ha dyr eller at de leide inn dyr ved institusjonene. Dyr er naturelementer som ifølge Myren (2010) kan være en kilde til glede for både beboere og ansatte ved institusjoner. Dyrehold kan imidlertid også kreve økt innsats og behov for ressurser, samt at mange så på dyr som en kilde til smitte og hygieneproblem. I et folkehelseperspektiv vil det være nyttig å opplyse at dyr kan ha positiv innvirkning på menneskers helse, både psykisk, fysisk og sosialt. Samtidig er det viktig å opplyse om at dette krever ressurser og at en må ta forbehold om allergiproblemer.

# 5 Konklusjon

Det er et økende behov for rehabilitering blant befolkningen i Norge, og offentlige dokumenter legger stadig oftere vekt på viktigheten av forebygging, samt det å finne metoder som virker helsefremmende. Flere studier viser at aktivitet og opplevelser i natur kan gi helsemessige fordeler, noe som også fremmes i offentlige dokumenter som viktige bidrag i bekjempelsen av livsstilssykdommer. Denne kartleggingsundersøkelsen har gitt verdifull informasjon om utbredelsen av bruk av aktiviteter i natur ved norske rehabiliteringsinstitusjoner. En kartleggingsstudie som dette er ikke utført tidligere. Dette kan derfor bidra til et grunnlag for videre forskning på omgivelsenes betydning for helsen og hvordan dette kan benyttes som ressurs i behandling og rehabilitering. Kartleggingen viser at mange rehabiliteringsinstitusjoner i Norge benytter seg systematisk av aktiviteter i naturen i sine tilbud. Allikevel må det vises forsiktighet med å generalisere funnene. Utvalgspopulasjonen er ikke tallfestet, og det er derfor usikkert hvor mange av rehabiliteringsinstitusjonene i Norge som er fanget opp og inkludert i undersøkelsen. Siden det i enkelte tilfeller ikke var mulig å finne e- post adresse direkte til ledere ved institusjonene, ligger det også en viss usikkerhet i hvem som har besvart skjemaet. Samtidig er tverrsnittstudier følsomme for seleksjonsfeil, og det kan ikke utelukkes at deltakelse i undersøkelsen er høyere blant institusjoner som er opptatt av friluftsliv og natur. Dette kan gi et skjevt bilde av hvor utbredt bruk det er av aktivitet i natur ved norske rehabiliteringsinstitusjoner.

Det ser ut til at de psykiatriske institusjonene hyppigst benytter aktiviteter i naturen på en systematisk måte. De somatiske institusjonene var imidlertid i større grad enige i at naturen er spesielt godt egnet som omgivelse for rehabiliteringsaktivitet. Det kan virke som at det ved et flertall av institusjonene er gjort bevisste valg i bruk av natur som arena. I enkelte tilfeller blir natur kanskje valgt mer på grunn av at det er tilgjengelig areal med plass til mange, uten at det er noen dypere mening i valg av omgivelse. Denne studien kan ha bidratt til refleksjon blant rehabiliteringsinstitusjonene som har deltatt. Det er trolig at økt kunnskap om naturens effekter på helsen kan muligens bidra til hyppigere og mer systematisk bruk.

Et flertall av institusjonene lå i omgivelser med natur, og det er tydelig at de fleste har tilgang til og mulighet til å bruke omgivelsene som ressurs. Det å ligge i omgivelser med natur førte

til hyppigere bruk av aktiviteter i natur, men dette var ikke av signifikant betydning. Institusjoner med fjell i omgivelsene benyttet seg hyppigst av aktiviteter i natur, hvor institusjoner som ligger i hagemiljø på landet var mest tilbøyelige til å mene at naturens kvaliteter gjør den spesielt godt egnet som arena for rehabilitering.

Fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter deltok oftest i aktivitet i naturen. Ved høy grad av tverrfaglighet var forekomsten av bruk av aktiviteter i natur høyere. Turer til fots i skog, mark eller fjell var den aktiviteten de fleste benyttet seg av. Dette er også den form for friluftsliv resten av befolkningen oppgir som hovedaktivitet i naturen. Institusjoner med systematikk i bruk av natur benyttet seg oftere av mer spesielle aktiviteter som for eksempel klatring, opplevelsesturer og ski/ snowboard. Gjennom denne studien kom det frem at få institusjoner benyttet seg av terapiformer som terapeutisk hagebruk og sansehage. I Sverige benyttes denne form for terapi stadig oftere i rehabilitering, og det vil være gunstig å vite hvorfor dette har fått større gjennomslag der enn det, i henhold til denne studien, har i Norge. Selv om et flertall ikke hadde eller besøkte dyr, var det en betydelig andel som hadde kontakt med dyr som del av sitt tilbud. Både terapeutisk hagebruk og kontakt med dyr har vist seg å være helsefremmende, slik at økt fokus og kunnskap om dette kan være verdifullt. De som brukernaturen som arena for rekreasjon er mer tilbøyelige til å mene at naturens kvaliteter gjør den spesielt godt egnet som arena for rehabilitering. Dette kan tyde på at disse institusjonene er kjent med naturens stressreduserende egenskaper.

## 6. Referanser


Bautz-Holter, E., Sveen, U., Søberg, H. & Røe, C. (2007). Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 127 (3): 304-306.

Bischoff, A., Marcussen, J. & Reiten, T. (2007). Friluftsliv og helse - en kunnskapsoversikt.

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2008). *Statistikk for helse- og sosialfagene*, b. 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.

Clift, S. & Jensen, B. (2005). The health promoting school: Interntional advances in theory, evaluation and practice *Danish university of eduction press*.

Eriksen, H. & Ursin, H. (2005). Kogitiv stressteori. I: Eckman, R. & Arnetz, B. (red.) *Stress. Molekylerna- individen- organisationen- samhället.* , s. 46-55. Stockholm: Lieber.

Folkehelseinstituttet. (2009a). Fysisk aktivitet - faktaark. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4578:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:56857:#eHandbook568570.

Folkehelseinstituttet. (2009b). Miljø og helse - en forskningsbasert kunnskapsbase- Sammenhengen mellom positive miljøfaktorer og helse.

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 121: 3600-4.

Gazzaniga, M., Ivry, R. & Mangun, G. (2002). *Cognitive neuroscience*: W.W. Norton & Company Inc. .

Gonzalez, M., Hartig, T., Patil, G., Martinsen, E. & Kirkevold, M. (2009). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study. *Research and theory for nursing practice: an international journal*, 23 (4).

Grahn, P. (2005). Om trädgårdsterapi och terapeutiska trädgårdar. I: Johansson, M. & Küller, M. (red.) *Svensk milöpsykologi*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Grönblad, F. (2010). Trädgårdsterapi får sjukskrivna tillbaka till jobbet. Tilgjengelig fra: http://www.suntliv.nu/Amnen/Sjukskrivning/Artiklar-om-sjukskrivning-och-rehabilitering/Tradgardsterapi-fick-sjukskrivna-tillbaka-till-jobbet/.

Hartig, T. (2004). Restorative enivironments. *Encyclopedia og Applied Psychology*, 3: 273-279.

Hartig, T. & Staats, H. (2004). Living prefrence for environments with their restorative quality I: Tress, B., Tress, G., Fry, G. & Opdam, P. (red.) *From landscape research to landscape planning aspects of integration, education and application*.

Hartig, T. & Marcus, C. (2006). Healing gardens—places for nature in health care. *The Lancet* 368: 36-37.

Haugen, A. & Tangen, S. (2010). *Friluftsliv som del av behandling for sykelig fedme - opplevelser og meninger fra deltagernes perspektiv*. Ås: Universitetet for miljø- og biovitenskap, UMB, Dept. of Plant and Environmental Sciences (IPM)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering.*: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2008). *Om ICF- Internasjonalt klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.* . omsorgsdepartementet, H.-o. Oslo.

Helsedirektoratet. (2009). *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. omsorgsdepartementet, H.-o. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet. (2010). *Toronto-charteret for fysisk aktivitet: Et globalt opprop om handling.*: Global Advocacy Council for Physical Activity,.

Hjort, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning*. Oslo.

Ihlebæk, C. & Lærum, E. (2010). Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskr Nor Legeforen* 21 (4).

Iversen, E. (2010). *Tertiærforebygging* I: Fauchald, K. (red.). forebygging.no. Tilgjengelig fra: http://www.forebygging.no/en/Ordbok/Q-A/Tertiarforebygging-G-Caplan/.

Johansson, R. & Skärgren, L. (2006). *Rehabilitering/habilitering* Rune Johansson, Lars Skärgren och Lieber AB. .

Justis- og politidepartementet. (2000). *Personopplysningsloven*.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: a psychological perspective*. Ann Arbor, Mich.: Ulrich's Bookstore. XII, 340 s.

Kaplan, R. & Kaplan, S. (1995). *The experience of nature: a psychological perspective*. Ann Arbor, Mich.: Ulrich's Bookstore. XII, 340 s.

Kellert, S. R. (1993). The biological basis for human values of nature. I: Kellert, S. R. & Wilson, E. O. (red.) *The Biophilia hypothesis*, s. 484 Washington, D.C.: Island Press.

Kellert, S. R. & Wilson, E. O. (red.). (1993). *The biophilia hypothesis*. Washington: Island Press.

Korpela, K. & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favourite places. *Journal of Environmental Psychology*, 16: 221-233.

Laumann, K., Gärling, T. & Stormark, K. M. (2003). Selective attention and heartrate responses to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23: 125-134.

Lødrup Carlsen, K. C., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Flem Jacobsen, A. & Omenaas, E. (2009). *Forskningshåndboken – Fra idé til publikasjon.*, b. 4: Ullevål Universitetssykehus, i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.

Magnus, P. & Bakketeig, L. (2007). *Epidemiologi*, b. 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2003.

Myren, I. (2010). *Terapi - og selskapsdyr i norske sykehjem - en kartleggingstudie*. Ås: Universitetet for miljø - og biovitenskap, Institutt for husdyr - og akvkulturvitenskap.

Mysterud, I. (2005). *Mennesket og moderne evolusjonsteori*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Mytting, I. & Bischoff, A. (2001). *Friluftsliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA

Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundations for Practice*. 2 utg.: Bailliere Tindall.

Nilsen, G. & Elstad, I. (2008). Å sitte på altanen barføttes i snøen. Individuelle strategier for håndtering av langvarige smerter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (1): 49-64.

NOU. (2000). *Behandlingsreiser til utlandet Et offentlig ansvar?* helsedepartementet, S. o.: Sosial og helsedepartementet

NOU. (2010). *Arbeid for helse*
*Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. omsorgsdepartementet, H.-o. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual - a step by step guide to data analysis using SPSS version 15*, b. 1. Berkshire: Open University Press.

Rubin, H. R. (1998). Status report--an investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. *J Healthc Des*, 10: 11-3.

St. meld. nr. 39. (2000-2001). *Friluftsliv - Ein veg til høgare livskvalitet*. Oslo Miljøverndepartementet

St.meld. nr 16. (2002 - 2003). *Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet

St.meld. nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosialdepartementet

St.meld. nr. 30 (2008 - 2009). *Klima for forkning*. Kunnskapsdepartementet. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

St.meld.nr 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

St.prp. nr. 1. (2007-2008). *Kapittel 9 - Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet

Strumse, E. & Aarø, L. E. (1999). Områder for miljø og utvikling. Oslo: Norges forskningsråd.

Strumse, E. (2007). Psykologiske perspektiver på forholdet mellom menneske og natur. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (8): 988-990.

Tellnes, G. (2008). Samspillet Natur- Kultur-Helse i et medisinsk- historisk perspektiv *Michael*, 5: 264-274.

Tordson, B. (2006). Da naturen ble sunn- Et kulturanalytisk perspektiv på natur og helse. *Teora*.

Townsend, M. & Ebden, M. (2009). *Understanding health: a determinants approach*. Nature and health.

Ulrich, R. S. (1983). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224: 420-421.

Ulrich, R. S., Lositi, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A. & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11: 201-230.

Ulrich, R. S. (1993). Biophilia, Biophobia and natural landscapes I: Kellert, S. R. & Wilson, E. O. (red.) *The biophilia hypothesis* Washington: Island press.

WHO. (1986). *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet 1987.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*: World Health Organization Tilgjengelig fra: http://www.who.int/classifications/icf/en/.

WHO. (2002). *ICF-modellen for sammenhengen mellom helse, funksjon og funksjonshemning,* : World Health Organization

WMA. (2000). *Helsinkideklarasjonen*. Association, W. M. (red.): World Medical Association.

Waaseth, G. (2006). Virkning av grøntområder på menneskers helse og trivsel - en litteraturgjennomgang. *Bioforsk FOKUS*, 1 (6).

## Vedlegg 1- Informasjonsbrev

### Bruk av natur og friluftsliv i rehabilitering – en kartlegging av norske rehabiliteringsinstitusjoner

I dette forskningsprosjektet som utføres som en del av en mastergradsoppgave i folkehelsevitenskap ved Universitetet for Miljø – og Biovitenskap (UMB), Ås, ønsker vi å kartlegge om og hvordan natur og friluftsliv benyttes innen rehabilitering i Norge. Forskning viser at miljøet som omgir oss påvirker oss. Naturområder kan påvirke det fysiske og kjemiske miljøet, det estetiske miljøet, oppfordre til fysisk aktivitet, tilrettelegge for rekreasjon og ha restorative effekter. Natur og grønne områder ser derfor ut til å ha en særlig helsemessig betydning. Vi vet imidlertid svært lite om hvordan utemiljø, natur og friluftsliv blir benyttet i rehabilitering i Norge.

For å gjennomføre denne studien, er vi avhengige av informasjon fra dere, og håper dere kan ta dere tid til å besvare denne undersøkelsen. Undersøkelsen tar ca 10 minutter å svare på.

Vi er oppmerksomme på at enkelte foretrekker å benytte begrep som bruker og deltaker fremfor betegnelsen pasient. Da dette varierer, har vi i spørreskjemaet allikevel valgt å benytte begrepet pasient som en betegnelse på individer som gjennomgår rehabilitering. Videre brukes begrepet institusjon som betegnelse, men dette innebefatter også sentre, hjem og andre steder der rehabiliteringsprosessen foregår.

Dersom du har spørsmål eller kommentarer til spørreskjemaet eller dette prosjektet, så ta gjerne kontakt med oss!

På forhånd takk for hjelpen!

Camilla Ihlebæk
Førsteamanuensis UMB
camilla.ihlebak@umb.no

Erle Breimo Morstad
Mastergradsstudent UMB
Tlf: 40232471, erle.morstad@student.umb.no
http://www.questback.com/isa/qbv.dll/SQ?q=9Q3sGftdw0UMBxWSAcPMbjBubjax%2B8cHa6YS0sCBf7aPrw%3D%3D

Vedlegg 2- **Spørreskjema**

**1) Navn på rehabiliteringsinstitusjonen**

---

**2) Hvilket helseforetak hører rehabiliteringsinstitusjonen til?**

- ○ Helse Nord
- ○ Helse Midt-Norge
- ○ Helse Vest
- ○ Helse Sør-Øst

---

**3) Hvilken type lidelser/pasientgrupper rehabiliteres ved deres institusjon? Flere alternativ kan velges**

- ☐ Arbeidsrettet rehabilitering
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsi
- ☐ Geriatri
- ☐ Hjerte/kar
- ☐ Hørselshemmede
- ☐ Kreft
- ☐ Lunge/astma
- ☐ Mage-tarmlidelser
- ☐ ME/CFS
- ☐ MS
- ☐ Muskel og skjelettlidelser
- ☐ Ortopedi
- ☐ Overvekt/fedme
- ☐ Psykiske lidelser
- ☐ Revmatisme
- ☐ Rus og avhengighet

- [ ] Ryggmargslidelser
- [ ] Skadde etter ulykker
- [ ] Slagrammede
- [ ] Smerter
- [ ] Synshemmede
- [ ] Annet, spesifiser her

---

**4) Varighet av rehabiliteringstilbud? (kryss av for flere hvis dette varierer)**

- [ ] < 1 uke
- [ ] 1-2 uker
- [ ] 3-4 uker
- [ ] 5-6 uker
- [ ] > 6 uker

---

**5) Type opphold. Flere alternativ kan velges**

- [ ] Døgnpasienter
- [ ] Dagpasienter
- [ ] Poliklinikk
- [ ] Annet, spesifiser her

---

**6) Type behandling. Flere alternativ kan velges**

- [ ] Individbasert
- [ ] Gruppebasert
- [ ] Annet, spesifiser her

---

**7) Hvor mange pasienter/brukere totalt har dere kapasitet til av gangen?**

- [ ] < 10
- [ ] 10-25
- [ ] 26-50
- [ ] 51-75
- [ ] 76-100
- [ ] >100

---

**8) Hvor mange pasienter har dere i løpet av et år?**

- ☐ < 100
- ☐ 100 – 200
- ☐ 200 – 300
- ☐ 300 – 400
- ☐ 400 – 500
- ☐ > 500

---

**9) Hvilke faggrupper arbeider med rehabilitering ved institusjonen? Flere alternativ kan velges**

- ☐ Aktivitør
- ☐ Arbeidsterapeut
- ☐ Attføringskonsulent
- ☐ Billedterapeut
- ☐ Danseterapeut
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Ernæringsfysiolog
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Gestaltterapeut
- ☐ Hjelepleier
- ☐ Idrettspedagog
- ☐ Kiropraktor
- ☐ Lege
- ☐ Logoped
- ☐ Musikkterapeut
- ☐ Prest
- ☐ Psykiater
- ☐ Psykisk helsearbeider
- ☐ Psykolog
- ☐ Sosionom
- ☐ Spesialpedagog
- ☐ Sykepleier
- ☐ Ufaglærte

- [ ] Vernepleier
- [ ] Annet, spesifiser her

---

**10) I hvilke omgivelser ligger institusjonen?**

- [ ] Fjell
- [ ] Kulturlandskap
- [ ] Kyst
- [ ] Skog
- [ ] Bymiljø uten park
- [ ] Bymiljø med park
- [ ] Hagemiljø i by
- [ ] Hagemiljø på landet
- [ ] Gårdsmiljø

---

**11) Hvis insitusjonen ligger i park eller naturomgivelser, er disse universelt utformet?**

- [x] Ja
- [x] Ja, delvis
- [x] Nei
- [x] Ikke aktuelt

---

**12) Hvis dere har dyr på institusjonen, vennligst spesifiser type dyr:**

- [ ] Har ikke dyr
- [ ] Akvariefisk
- [ ] Burfugl
- [ ] Hest
- [ ] Hund
- [ ] Kanin
- [ ] Katt
- [ ] Annet, spesifiser her

---

**13) Har deres institusjon tilbud om hageterapi?**

- [x] Ikke svart
- Ja
- [x] Nei

**14) Har deres institusjon sansehage?**

- [x] Ja
- [ ] Nei

**15) Aktivitet i naturen skjer (sett ett kryss per påstand)**

| | Aldri | Sjelden | Ofte | Alltid | Ikke aktuelt |
|---|---|---|---|---|---|
| Som en del av planlagt rehabiliteringsaktivitet | | | | | |
| På initiativ fra personalet | | | | | |
| På initiativ fra pasientene | | | | | |
| Som en del av individuell tilnærming | | | | | |
| Som del av gruppebasert tilnærming | | | | | |
| Som del av miljøterapeutisk tilbud | | | | | |
| Som fritidsaktivitet | | | | | |

**16) Hvilke ansatte deltar i aktivitet i naturen?**

**17) Hvilke aktiviteter forekommer i naturen? Flere alternativ kan velges.**

- [ ] Turer til fots i skog og mark
- [ ] Padle og roturer

- ☐ Ridetur i naturomgivelser
- ☐ Skitur i skog og mark eller fjell
- ☐ Ski og snowboard i alpintanlegg
- ☐ Klatring
- ☐ Terrengsykling
- ☐ Sykkeltur
- ☐ Friluftsliv(fiske, bærplukking, overnatting ute osv)
- ☐ Annet, spesifiser her

---

**18) Ta stilling til disse påstandene (sett ett kryss per påstand)**

| | Helt enig | Enig | Verken enig/uenig | Uenig | Helt uenig | Ikke aktuelt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vi bruker aktiviteter i natur, park eller hage som del av fysisk trening | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi bruker aktiviteter i natur, park eller hage som del av sosiale aktiviteter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi bruker aktiviteter i natur, park eller hage som en del av rekreasjon | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi bruker aktiviteter i natur, park eller hage på en systematisk måte i vårt rehabiliteringstilbud | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi mener aktiviteter i natur, park eller hage er en vesentlig del av vårt rehabiliteringstilbud | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi mener naturen innehar kvaliteter som gjør den bedre egnet som arena for rehabilitering enn andre omgivelser | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi får positiv tilbakemelding fra pasientene for bruk av aktiviteter i natur, park eller hage | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vi ønsker å bruke naturen mer aktivt i vårt rehabiliteringstilbud | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

---

**19) Eventuelle kommentarer relatert til dette spørreskjemaet eller vedrørende bruk av natur ved deres rehabiliteringsinstitusjon kan gis her:**