



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Friluftsterapi för ungdomar med psykisk ohälsa

Författare: Christopher Lantz och Lina Wessmark

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats  
Våren 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Friluftsterapi för ungdomar med psykisk ohälsa

Författare: Christopher Lantz och Lina Wessmark

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats  
Våren 2014

## Abstrakt

Psykisk ohälsa är idag ett utbrett problem i samhället och drabbar inte minst ungdomar. En behandlingsform, som är mer vanlig i USA än i Europa och Sverige, är att använda naturen som miljö under vårtdagen. Friluftsterapi ger ungdomarna möjligheten att komma bort från en ibland destruktiv vardag och instituonalisering och utsätta sig för utmaningar i en friluftsmiljö. Friluftsterapi är ingen ersättning för mediciner och är inte heller en ny metod utan ett vedertagen behandlingsform som vuxit sig starkare från 1990 talet och framåt. Syftet med studien var att beskriva olika former av utmanande friluftsmiljö och friluftsterapi, samt att undersöka på vilket sätt omvårdnad i en utmanande friluftsmiljö påverkar ungdomar med psykisk ohälsa. Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Resultatet baserades på både kvalitativa och kvantitativa forskningsresultat. Studien tog även upp kritik mot friluftsterapi. Effekten av friluftsterapi är omdiskuterad. Författarna efterlyser fortsatta studier om ämnet med särskild inriktning på svenska omständigheter.

## Nyckelord

Friluftsterapi, Psykisk ohälsa, Ungdomar

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Introduktion .....	3
Problemområde.....	3
Bakgrund .....	4
Perspektiv och utgångspunkter .....	4
Ord- och termförklaringar.....	5
Syfte .....	6
Metod .....	6
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Dataanalys .....	9
Forskningsetiska avvägningar .....	9
Resultat .....	10
Friluftsterapi i praktiken.....	10
Effekterna av friluftsterapi .....	13
Risker och kritik mot friluftsterapi.....	16
Diskussion.....	19
Diskussion av vald metod .....	19
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Personalens kompetens .....	20
Varför ger friluftsterapi positiva effekter?.....	21
Slutsats och kliniska implikationer .....	21
Författarnas arbetsfördelning.....	22
Referenser .....	23

# Introduktion

## Problemområde

Andelen sjukskrivna människor i Europa ökar, en stor del av sjukskrivningarna handlar om psykisk ohälsa så som utbrändhet, sömnstörningar och depression (Annerstedt & Wahrborg, 2011). Barn och ungdomars psykiska ohälsa i Sverige har under de senaste två decennierna ökat och data från 2011 visar på en fortsatt ökning (Socialstyrelsen, 2013). Den psykiska ohälsan i ungdomsgruppen handlar framför allt om ångestsjukdomar, depressioner och för kvinnor även personlighetsstörningar, också missbruk finns med i problembilden (ibid.). Här finns det anledning att tro att traditionell hälso- och sjukvård till viss del blivit otillräcklig, och utsikterna för framtiden ger oss anledning att tro att dessa problem kommer att fortsätta att öka (Annerstedt & Wahrborg, 2011). Vårt moderna samhälle och livsstil innebär idag många stressbetingade moment såväl på arbetet som hemma vilket ökar risken för att drabbas av psykisk ohälsa i olika former. Det är därför viktigt att vara öppen för nya metoder för att främja hälsa samt nya former av behandling och rehabilitering (ibid.).

En metod för att främja psykisk hälsa är något som på engelska kallas för *wilderness therapy* eller *adventure therapy* vilket skulle kunna översättas till svenska som friluftsterapi. Denna terapiform syftar till att få igenom förändringar genom att gruppen arbetar i en friluftsmiljö med olika inslag av utmanande aktiviteter. Miljön och utmaningarna engagerar och "tvingar" ungdomarna till att tro på sig själva och vara en del av en grupp och på så sätt känna sig önskade och behövda. Allt detta är för att ge dem de bästa förutsättningarna för god rehabilitering och ett fortsatt gott liv (Norton, 2010).

Samtidigt som studier visar att naturen ger en helande effekt på människan så finns det lite bevis på exakt vad det är med naturen som gör det (Annerstedt & Wahrborg, 2011). En naturlig omgivning ses som en hälsofrämjande miljö men lite är utrett om hur kontakten mellan människan och naturen ger positiva hälsoeffekter. Enligt Annerstedt och Wahrborg (2011) måste nya strategier för behandling och

rehabilitering noggrant betraktas och utvärderas vetenskapligt för att undvika snabba lösningar och behandlingar utan vetenskaplig grund och bevis (ibid.).

Behandling genom friluftsterapi är ett tvärvetenskapligt område där ett flertal yrkesgrupper finns representerade, bland annat terapeuter, socionomer och vårdpersonal. De olika yrkesgrupperna har sin specifika roll och arbetar tillsammans i samma miljö utifrån sin egen kompetens (Tucker, 2009).

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Subjektet i denna studie kommer att utgöras av de patienter som deltagit i olika studier om hur friluftsterapi kan främja psykisk hälsa, samt de friluftsterapiprogram som deltagit i diverse studier.

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson delar upp människans miljö i tre delar; det fysiska livsrummet, det psykosociala livsrummet, och det andliga livsrummet (Eriksson, 1987). I denna uppsats kommer det att fokuseras mest på "det fysiska livsrummet" och "det psykosociala livsrummet". I *Vårdandets idé* (1987) skriver Eriksson "I detta livsrum (det fysiska livsrummet) finns förutsättningarna för de primära livsfunktionerna" (s.36). Eriksson menar att det fysiska livsrummet är mycket viktigt för att bibehålla hälsa och att faktorer där kan innebära både positiva och negativa effekter för en persons livsfunktioner. I det psykosociala livsrummet sker det relationsmässiga utbytet med andra människor, och "här utgörs förutsättningarna och krafterna av relationer till andra människor, till den sociala situationen som helhet" (s.36). De olika livsrummen utgör tillsammans en persons totala livsutrymme och här kan hans/hennes gränser för sin potentiella kapacitet och optimala hälsa hittas (ibid.). I föreliggande studie kommer uppmärksamhet riktas mot det fysiska och psykosociala rummet där det fysiska rummet kan ses som naturen och det psykosociala rummet vara situationen där ungdomarna genomför en utmanande aktivitet tillsammans.

Sjuksköterskans huvudskapliga arbetsområden är omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Sjuksköterskan är autonom i sin profession men har ändå ett samarbete med andra yrkesgrupper för att bäst tillgodose patientens behov (ibid.). Denna studie kommer inte gå in på djupet på sjuksköterskans roll i friluftsterapi, utan fokus kommer att ligga på omvårdnad i bred mening rörande psykisk ohälsa hos ungdomar. Studien beskriver dock möjliga roller för sjuksköterskan och lyfter fram det samspelet mellan olika yrkesgrupper kopplade till omvårdnad av psykisk ohälsa.

I ungdomars normala utveckling ingår bland annat umgänge med vänner och att gå i skola (Addington & Addington, 2004). Detta är en viktig del i alla människors liv där individer söker efter sig själva och strävar efter att fastställa sin identitet. För de som drabbas av en psykisk sjukdom kan denna utveckling bli störd eller avstanna. Denna avstannade utveckling som en psykisk sjukdom kan medföra gör att ungdomars självkänsla och självförtroende minskar vilket ytterligare påverkar deras sociala liv. Psykosocial återhämtning är en viktig del i behandlingen för ungdomar med psykisk ohälsa då det ger dem möjligheter att komma tillbaka till ett socialt liv vilket ger möjligheter och verktyg för att utvecklas och komma ifrån sin sjukdom (ibid.). En del i att komma bort från det negativa som sjukdomen gett dem är att återfå goda sociala färdigheter, självförtroende och självkänsla (Tucker, 2009). Detta görs med fördel i en miljö där ungdomarna får arbeta i grupp och engagerar sig i och provar nya aktiviteter samtidigt som de utvecklar sina sociala färdigheter (ibid.).

### *Ord- och termförklaringar*

Inom studiens område finns i huvudsak tre termer som används för att beskriva sin verksamhet, *Wilderness therapy*, *Adventure therapy* och *Outdoor behavioral healthcare*. Dessa tre termer är dock inom vissa avseenden synonyma och respektive definition överlappar varandra i litteraturen (Becker, 2010).

Adventure therapy = Tucker, Javorski, Tracy & Beale (2013) definierar *adventure therapy* som följande “the prescriptive use of adventure experiences provided by mental health professionals... that kinesthetically engage clients on cognitive, affective, and behavioral levels” (s. 157). *Adventure therapy* bedrivs vanligen i

närmiljö (Tucker et al., 2013). Ett exempel på vad *adventure therapy* skulle yttra sig som är klättring (Schell, Cotton & Luxmoore, 2012)

Wilderness therapy = Tucker et. al (2013) skriver att *wilderness therapy* tar med ungdomar ut i naturen på expeditioner. Under dessa expeditioner erbjuds terapi, utbildning, ledarskapsträning etc. Syftet är att främja gemenskap och ömsesidigt beroende, samt ärlighet, öppenhet, medvetenhet och ansvar (ibid.). Ett exempel på *wilderness therapy* är fjällvandringar (Harper, Russell, Cooley & Cupples, 2007).

Outdoor behavioral healthcare (OBH) = OBH kan ses som ett samlingsbegrepp till Wilderness therapy och Adventure therapy (Russell, 2003).

Friluftsterapi = I denna studie kommer *friluftsterapi* att användas som ett samlingsbegrepp för *wilderness therapy* och *adventure therapy*, vilken kan ses som en svensk översättning av termen *outdoor behavioral healthcare*.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva olika former av utmanande friluftsmiljö och friluftsterapi, samt att undersöka på vilket sätt omvårdnad i en utmanande friluftsmiljö påverkar ungdomar med psykisk ohälsa.

## **Metod**

Studien har genomförts genom en litteraturoversikt. I denna studie har både kvantitativa och kvalitativa forskningsresultat sammanställs för att ge en bred översikt, vilket enligt Friberg (2006) är ett sätt att göra en litteraturoversikt. Litteraturoversikt kan vara ett strukturerat arbetssätt för att få en översikt över ett visst område (ibid.). Denna litteraturoversikt baseras på artiklar och rapporter som är valda på ett systematiskt sätt och avgränsat för att passa in i vårdvetenskapen och omvårdnad. Enligt Friberg (2006) kan arbetsgången vid en litteraturoversikt i korthet

vara som följer: 1) Anlägga ett helikopterperspektiv och få en överblick över valt område. 2) Avgränsa ett urval och granska dess kvalitet. 3) De valda studierna läses avseende likheter och skillnader. 4) Göra en sammanställning av resultaten (ibid.). Denna studie har följt Fribergs (2006) mall.

Författarna kommer inte att skilja på de olika formerna av friluftsvistelser, inte heller på olika tillstånd/sjukdomar utan begreppet "psykisk ohälsa" kommer att användas (v.g. se "Ord- och termförklaringar").

## Urval

Författarna har sökt på följande sökord i databaserna Pubmed, PsycINFO och Cinahl: "Wilderness therapy", "Adventure therapy", "Youth" och "Mental health". Exklusionskriterier var om artiklarna inte handlade om psykisk ohälsa eller om ungdomar. Författarna har inte satt en strikt åldersgräns för vad som menas med "youth". Författarna gjorde två urval innan en artikel valdes. Urval 1 innebar att läsa abstrakt och inledning på artiklarna för att förvisa sig om de var relevanta eller ej. Urval 2 innebar att artiklarna lästes igenom i sin helhet för att granska relevansen. Artiklarna med bäst relevans granskades och bedömdes om de hade en dålig, medel eller bra kvalitet (Willman, Stoltz & Bahtesvani, 2011). Artiklarna med dålig kvalitet valdes bort. Resultaten av sökningarna i de tre olika databaserna gav slutligen 4 unika artiklar. Fler artiklar, 12 st., har hittats genom att granska de valda artiklarnas referenslistor.

## Datainsamling

Insamlingen har genomförts genom att de nedanstående tre databaserna (Pubmed, Cinahl och PsycInfo) har sökts igenom på ett strukturerat sätt. Sökorden har varit: *Wilderness therapy*, *Adventure therapy*, *Youth* och *Mental health*. Dessa fyra sökord har kombinerats med varandra på samma sätt i samtliga databassökningar vilket visar sig i tabellerna under.

Från databasen Pubmed valdes två artiklar slutligen ut, se tabell 1 nedan. De två valda artiklarna från sökning #5 och #8 är samma artiklar.



Tabell 1. Sökschema för databasen Pubmed

Search	Query	Items found	Urval1	Urval2	Valda
#10	Search (youth)AND wilderness therapy	101			
#9	Search (youth)AND adventure therapy	49			
#8	Search ((youth) AND mental health) AND adventure therapy	4	3	2	2
#7	Search ((youth) AND mental health) AND wilderness therapy	3	3	0	0
#6	Search (mental health) AND wilderness therapy	12	3	1	0
#5	Search (mental health) AND adventure therapy	10	3	2	2
#4	Search youth	1600729			
#3	Search mental health	197393			
#2	Search adventure therapy	260			
#1	Search wilderness therapy	667			

Från databasen Cinahl valdes två artiklar slutligen ut, se tabell 2 nedan. De valda artiklarna på rad S10-S6 är samma artiklar.

Tabell 2. Sökschema för databasen Cinahl

#	Query	Results	Urval1	Urval2	Valda
S10	S2 AND S3	7	4	2	1
S9	S1 AND S2	8	4	2	1
S8	S2 AND S3 AND S4	2	2	1	1
S7	S1 AND S2 AND S4	3	2	1	1
S6	S3 AND S4	9	2	2	1
S5	S1 AND S4	12	5	3	2
S4	mental health	84,781			
S3	adventure therapy	85			
S2	youth	17,117			
S1	wilderness therapy	104			

Från databasen Cinahl valdes två artiklar slutligen ut, se tabell 3 nedan. Av de valda artiklarna på rad S10 och S9 är två artiklar unika.

Tabell 3. Sökschema för databasen PsycInfo

#	Query	Results	Urval1	Urval2	Valda
S10	S2 AND S3 AND S4	11	5	2	2
S9	S1 AND S3 AND S4	25	7	6	2
S8	S2 AND S4	25			
S7	S1 AND S4	47			
S6	S2 AND S3	79			
S5	S1 AND S3	80			
S4	youth	70,385			
S3	mental health	419,251			
S2	adventure therapy	294			
S1	wilderness therapy	198			

## Dataanalys

Analysen utfördes enligt Friberg (2006), vilket gjordes i tre steg. Steg ett: de valda artiklarna läses flera gånger för att ge en bättre insikt i vad de handlar om. I steg två valdes ett område att fokusera på, således studiens frågeställning, och skillnader samt likheter söktes ut. Det tredje och sista steget innebar att göra en sammanställning av det valda materialet. Liknande resultat från olika studier integrerades och i fall olika resultat framkom ställdes de mot varandra (ibid.). I och med att både kvantitativa och kvalitativa artiklar användes nämns det i den löpande texten vilken typ av studie som åsyftas.

## Forskningsetiska avvägningar

Författarna har analyserat och presenterat artiklarnas resultat på ett objektiva sätt. Med hänsyn till att författarna inte har engelska som modersmål kan dock vissa felaktigheter av artiklar skrivna på engelska förekomma. Enligt Forsberg och Wengström (2008) bör studier som godkänts av en etisk kommitté användas.

Slutligen ska alla funna resultat presenteras oavsett om det stödjer studiens hypotes eller inte (ibid.).

## Resultat

Friluftsterapi är en växande behandlingsmetod för ungdomar med psykisk ohälsa, åtminstone i USA där majoriteten av studierna kommer ifrån (Russell, 2003; Russell, Gillis & Lewis, 2008). Friluftsterapi kompletterar befintliga behandlingsmetoder med en utmanande friluftsmiljö och erbjuder på det sättet ett alternativ till ungdomar som är ovilliga till att fullfölja traditionella behandlingar bland annat på grund utav det stigma som är förenat institutionaliserade tillvägagångsätt (Russell, 2003).

Resultatet sammanställs i tre kategorier: *Friluftsterapi i praktiken*, *Effekterna av friluftsterapi* och *risker och Kritik mot friluftsterapi*. Kategorin *Friluftsterapi i praktiken* svarar i huvudsak på syftet att beskriva olika former av friluftsterapi. Kategorierna *Effekterna av friluftsterapi* och *Risker och kritik mot friluftsterapi* svarar i huvudsak på syftet att undersöka på vilket sätt omvårdnad i en utmanande friluftsmiljö påverkar ungdomar med psykisk ohälsa.

### Friluftsterapi i praktiken

Inom friluftsterapi finns en rad olika inriktningar (Russell, 2003), vilket beskrivs längre ner. En märkbar skillnad är den faktiska tiden som spenderas ute på de olika aktiviteterna. Vanligast är att ungdomarna på programmet bor på ett vårdboende och gör dagsturer eller utfärder på ett fåtal dagar för att sedan komma tillbaka till vårdboendet igen, så kallade *residential expeditions*. En annan inriktning inom friluftsterapi är att programmet i huvudsak är ute och baserade på så kallade *base-camps*, vilket är ett slags tillfälligt läger (ibid.). Inriktning och definition enligt Russel (2003) åskådliggörs i tabell 4 nedan. De flesta programmen är således inte ute kontinuerligt som namnet kan antyda utan är baserade på ett vårdboende men använder naturen och utmaningar som ett aktivt redskap. Gemensamt för de olika inriktningar är att de använder naturen som miljö och redskap för sin behandling men

att själva friluftsvistelsen skiljer sig åt, räknat i tid, mellan programmen (Russell, 2003).

Av två större studier som gjorts över resultaten och tillvägagångssättet i friluftsterapiprogrammen (Russell, 2003; Russell et al., 2008) presenteras hur tillvägagångssättet kan gå till. Resultaten från den första studien visade bland annat att det fanns många olika friluftsterapiprogram och att behandlingen och tillvägagångssättet var löst definierat. Inriktning och tillvägagångssätt för de olika friluftsterapiprogrammen skiljer sig åt och innebär exempelvis att själva friluftsvistelsen och tillvägagångssättet skiljer sig åt mellan de olika inriktningarna. I huvudsak fanns, för studien som pågick under 2001 i USA, fyra inriktningar inom friluftsterapin (Russell, 2003):

*Residential expedition programs* = Behandlingen är baserad på ett vårdboende men använder naturen och utmaningar som ett aktivt redskap. Det vill säga att ungdomarna tillsammans med personal utgår från ett vårdboende för sina friluftsturer som kan variera i längd. Programmen är inte enbart ute på aktiviteter utan har friluftsvistelsen som ett komplement till övriga vårdinsatser. Tiden som ungdomarna spenderar på vårdboendet uppges vara upp till 14 månader (Russell, 2003).

*Base camp expeditions* = Ett tillfälligt uppsatt strukturerat boende ute i naturen där deltagarna utgår ifrån på längre turer. Generellt varar programmen mellan tre till åtta veckor och turerna utanför base camp pågår under en till två veckor (Russell, 2003).

*Contained expeditions* = Ungdomarna spenderar o princip hela sin tid på programmet ute på en längre friluftsvistelse tillsammans med samma personal. Programmets längd uppgår till upp till fyra veckor (Russell, 2003).

*Continuous flow expeditions* = själva expeditionen fortgår medan ungdomar och ledare roterar in och ut så att ledarna kan vara lediga och nya ungdomar sätts in när andra har fullföljt programmet (Russell, 2003).

Tabell 4. Studie från 2001 (Russell, 2003)

Inriktning och definition	n =	%
Residential expedition programs	40	46,5
Base camp expeditions	20	23,2
Contained expeditions	15	17,4
Continuous flow expeditions	8	11

Efter den första studien (Russell, 2003) har rådet för *Outdoor Behavioral Healthcare* i USA (Outdoor Behavioral Healthcare Council, OBHC) uppdaterat sina definitioner på friluftsterapiprogram vilket gör att antalet program som kunde inkluderas i studien förändrades något. Antalet olika definitioner på programmets inriktning ökade från fyra till sex (Russell et al., 2008). I denna uppföljningsstudie, som gjordes fem år efter den första, tillfrågades 124 programledningar om att vara med i studien och 102 svarade. Av dessa 102 program svarade bara 65 stycken att de ansåg sitt program passa in i definitionen av ett OBH-program.

Tabell 5. Uppföljningsstudie fem år senare (Russell et al., 2008)

Inriktning och definition	n =	%
<i>Expeditions</i>	23	35,4%
Programmet är främst inriktat på längre friluftsturer		
<i>Residential</i>	17	26,2%
Vårdboende kompletteras med friluftsturer		
<i>Integrated expedition</i>	11	16,9%
Omväxlande kortare friluftsturer (4-6 dagar), för att sedan återgå till vårdboende (2-3 dagar)		
<i>Base Camp</i>	9	13,8%
Friluftsbaserat boende där friluftstureorna utgår från		
<i>Outpatient</i>	2	3,1%
Öppenvårdspatienter som har friluftsturer som ett komplement till sin behandling		
<i>School</i>	2	3,1%
Specialinriktade skolor (Therapeutic school) med friluftsturer som komplement		
<i>Multiple</i>	1	1,5%

Antalet dagar som spenderas ute på friluftstur skiljer sig åt mellan de olika programmen. En grov uppdelning är att programmen antingen är ute jämt eller utgår på kortare turer. Medianlängden på behandlingen var 56 dagar varav 30 av dessa spenderades ute på friluftsturer (Russell et al., 2008).

Utformningen av friluftsterapi kan vara en mängd olika utflykter/aktiviteter med olika längd. Kyriakopoulos (2011) beskriver i sin studie ett exempel på aktivitet.

Deltagarna i studien var alla studenter vid ett universitet i Storbritannien och alla gick regelbundet till kurator vid universitetets rådgivningstjänst för problem med ångest och depression. Deltagarna fick innan studien träffa varandra under en dag för att få mer utförlig information. Därefter spenderade deltagarna en dag tillsammans då de besteg ett berg. För att bestiga detta berg och för att komma över hinder på vägen var de tvungna att samarbeta med varandra och även pressa sig själva till att göra något de tvivlade på om de skulle klara av (ibid.). Bestigandet av berget är, förutom en god metafor, ett exempel på vad friluftsterapi kan innebära i praktiken. Andra exempel är kanotpaddling och klättring (Schell et al., 2012) eller längre vandringar (Harper et al., 2007). Friluftsterapi är inte synonymt med så kallade *boot camps* där ungdomarna bryts ner i en militariserad miljö för att sedan byggas upp igen. På ytan kan dock friluftsterapiprogram och *boot camps* inneha vissa likheter då båda programmen har en viss nivå av utmaningar med i sin behandlingsmetod. Tillvägagångssättet skiljer sig markant åt, då det i friluftsterapi inte finns någon strävan mot att vara aggressivt nedbrytande så alla deltagare passar in i en given mall under strikt auktoritärt ledarskap. Metoden att skicka ”besvärliga” ungdomar till *boot camps* har dessutom visat sig vara ineffektivt och kan dessutom ses som en onödigt hård och pennalistisk metod (Russell, 2003).

Mängden anställd personal (sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter mm.) på de olika programmen skiljer sig åt. Majoriteten av programmen (67 %) uppger att de hade tio personer eller färre anställda och 33 % hade över tio personer anställda. Den största yrkesgruppen är ”fieldstaff” som inte behöver någon formell högskoleutbildning utan oftast får någon form av intern utbildning av arbetsgivaren (Russell et al., 2008).

## **Effekterna av friluftsterapi**

När behandlingar som involverar naturen som miljö jämförts med mer institutionella behandlingar har det framkommit att endast själva handlingen att föra patienter utomhus för behandling har påtagliga positiva effekter, så som en känsla av lugn och

välbefinnande (Kyriakopoulos, 2011). Men även om det finns tydliga psykologiska effekter av att spendera tid i en friluftsmiljö innebär det inte per automatik att det pågår en behandling för patienten bara för att denne kommer ut i naturen (Becker, 2010).

I studien av Kyriakopoulos (2011) uppgav deltagarna, 9 st, att några av effekterna som de fått från friluftsterapi är positiva förändringar i *intrapersonal relationship* (förhållandet till sig själv), så som stärkt självkänsla och ökad motivation till livsstilsförändringar. Även deltagarnas förhållande till andra hade en positiv utveckling, särskilt att vara beroende av varandra, att känna sig omhändertagen och att ta hand om andra. Den personliga utvecklingen sporras även av den utmanande miljön behandlingen bedrivs i. Kyriakopoulos (2011) studie visar även på positiva psykologiska effekter av att klara av riskfyllda situationer, även om det är *kontrollerade* riskfyllda situationer. Det visade sig betydelsefullt var att ha samtal med kurator både innan och efter upplevelsen. Innan för att bli stärkt och uppmuntrad, och efter för att kunna prata om vad som upplevts och vilka effekter som kom av det (ibid.).

Deltagarna i studien av Bettman, Russel och Parry (2013) fick göra tre olika utvärderingstest innan, under och efter det ”wilderness therapy program” som de medverkat i. Resultatet visade att det var förbättringar vad gäller social ångest, mellanmännsliga relationer, självmordsbenägenhet, sociala problem, och beteendestörningar. Även sex månader efter behandlingen fortsatte ungdomarna att förbättras på studiens ”Social Problems Subscale”. Det visade sig också att deltagarna nödvändigtvis inte behöver vilja förändras för att ändå göra det (ibid.). Att de olika programmen måste ha en god uppföljning är något som flera författare återkommer till (Kyriakopoulos, 2011; Bettman et al., 2013; Russell et al., 2008; Harper et al., 2007). Förutom att det hjälper själva verksamheten att ständigt förbättras är uppföljningar till för att få vårdinsatserna att verka fullt ut. Detta är något som även ungdomarna och deras föräldrar anser är viktigt, inte minst för att föräldrarna lagt ner mycket egna resurser, vilket gör att de inte vill tappa det som eventuellt blivit bättre på ”mållinjen” (Russell et al., 2008).

I en studie gjord av Cotton & Butselaar (2013) undersöktes hur ungdomar i ett friluftsterapiprogram kände sig innan, under och efter vårdtiden. Undersökningarna

gjordes med hjälp av olika formulär som handlade om självkänsla, *mastery*, vilket innebär ungefär i hur hög grad en person känner att han/hon har kontroll över sitt eget liv, social samhörighet etc. Dessa gjordes två veckor innan lägret, sista dagen av lägret och ca fyra veckor efter. Resultaten från formulärens som fylldes i sista dagen visade signifikanta förbättringar vad gäller *mastery*, självkänsla och social samhörighet, dock hade det vid fyra-veckors-uppföljningen nästan gått tillbaka till samma nivå som vid start (tabell 6). Deltagarna var ändå överlag väldigt positiva till upplevelsen. Författarna till artikeln tror att om lägret varit längre, eller om deltagarna fått uppleva *adventure camps* regelbundet, hade resultatet varit mer ihållande (ibid.). I likhet med Russell (2003) skriver Harper et. al (2007) att övergångsplaneringen och eftervård är avgörande för om korta intensiva behandlingar ska kunna ge någon framgång i ungdomarnas välmående. I och med att ungdomarna ofta bör fortsätta med behandling under en längre tid som inte nödvändigtvis *endast* är relaterat till friluftsterapi, kan det vara svårt att avgöra exakt vad som bidragit till ungdomars eventuella hälsoförbättringar (Russell, 2003).

Tabell 6. Studie gjord av Cotton & Butselaar (2013).

Utvärderingsskalor	2 veckor innan	Sista dagen	4 veckor efter
Rosenberg Self Esteem Scale <sup>a</sup>	27.1 (1.0)	28.3 (1.1)	27.6 (1.1)
Pearlin Mastery Scale <sup>b</sup>	16.3 (0.6)	15.6 (0.6)	16.1 (0.7)
Social Connectedness Scale <sup>c</sup>	73.8 (2.5)	78.1 (2.6)	75.3 (2.7)
Social Anxiety and Distress Scale <sup>d</sup>	14.4 (1.2)	12.1 (1.2)	12.9 (1.3)
WHOQoL-Bref <sup>e</sup>			
Physical	59.6 (2.7)		62.7 (2.9)
Psychological	52.1 (3.4)		51.5 (3.8)
Social	54.9 (3.7)		52.4 (4.1)
Environmental	60.1 (3.0)		61.6 (3.2)

<sup>a</sup> Poängen sträcker sig från 10-40, där högre självkänsla ger högre poäng

<sup>b</sup> Poängen sträcker sig från 4-28, där lägre poäng är associerade med bättre självkänsla

<sup>c</sup> Poängen sträcker sig från 20-120, där högre poäng indikerar mer social samhörighet

<sup>d</sup> Poängen sträcker sig från 0-20, där högre poäng indikerar mer social ångest

<sup>e</sup> Poängen sträcker sig från 0-100, där högre poäng indikerar bättre livskvalitet

WHOQoL-Bref: World Health Organization Quality of Life Scale



En annan kvantitativ friluftsterapistudie är den som gjordes av Schell et. al (2012). Tjugoen ungdomar (15-25 år) deltog i en *outdoor adventure group* (OAG) och 12 var med i en kontrollgrupp. Studien pågick under 8-10 veckor. OAG sågs en heldag i veckan och utförde aktiviteter så som kanotpaddling och klättring, och i slutet av perioden hade de ett läger på 2 nätter/3 dagar. Studien visade på en signifikant skillnad mellan OAG och kontrollgruppen vad gäller förbättringar i självkänsla och *mastery*. Förbättringar i utförandet av personliga mål (medelantalet mål för deltagarna var 3,81) sågs i 82,5% av dem. De flesta målen var relaterade till självförbättring och utveckling av sociala färdigheter. Schell et. al (2012) slutsats var: "Increased self-esteem and mastery, and achievement of personal goals gained through the OAG, may facilitate, or be a precursor to, a young person's psychosocial recovery" (Schell et.al, 2012, s. 407). Exakt vad det är som gör att ungdomarna upplever en förbättring är svårt att säga. Tucker, Javorski, Tracy och Beale (2013) skriver att det är oklart varför *adventure therapy* verkar vara positivt för vissa ungdomar. Det kan ha att göra med den fysiska aktiviteten samtidigt som kontexten kring den fysiska aktiviteten är viktigt och kanske det som skiljer *adventure therapy* från "vanlig" fysisk aktivitet. Aktiviteter som innehar delar med tävling och specifika färdigheter kan vara direkt kontraproduktivt medan aktiviteter som inte är tävlingsinriktade och dessutom i små grupper är mer gynnsamt för ungas psykiska rehabilitering och hälsa (ibid.). I tucker et al. (2013) studie ingick 1135 ungdomar varav 104 fick tillgång till *adventure therapy* utöver psykologisk rådgivning/samtal. Resultaten av studien visade på en liten högre förbättring (trots att det är oklart exakt varför) för dem som fick *adventure therapy* (50-55,8% förbättring) jämfört med de som inte fick det (42,5 - 43,4% förbättring) (ibid.). I likhet med Tucker et al. (2013) visar Harper et. al (2007) i sin intervjustudie på ett *wilderness therapy*-program på förbättringar och stabilisering av ungdomarnas problem. Främsta kontaktorsaken till behandlingsprogrammet var missbruk, affektiva störningar och ångest. Studien pekade även på att behandlingen kan ge långvariga förändringar för ungdomarna och relationen till deras familjer.

## **Risker och kritik mot friluftsterapi**

Kutz och O'Connell (2007) har sammanställt data rörande vårdboenden och behandlingsprogram för ungdomar gällande övergrepp och dödsfall som skett på

dessa inrättningar i USA. Kutz och O'Connell (2007) tar upp att ett problem med dylika program är att programansvariga ibland varit så måna om att få klienter och öka antalet inskriva att de ljugit om vilken vård och behandling de kan erbjuda ungdomarna. Detta kunde yttra sig i att programmen sagt sig ha omvårdnads eller medicinskt utbildad personal trots att de inte hade det. Detta har gjort att föräldrar anförtrott sina barn med psykisk ohälsa till ett program som i verkligheten varit okvalificerat (ibid.).

Kutz och O'Connell (2007) har särskilt inriktat sig på dödsfall mellan 1990 och 2004 som skedde på privata vårdboendeprogram med inriktning mot friluftsterapi i väldigt bred mening. Rapporten visade på att ineffektivt och vårdslöst ledarskap inom vissa program har lett till övergrepp och dödsfall bland intagna ungdomar i programen. Kritiken kan sammanfattas i tre punkter:

Otränad personal. En vanlig trend bland de fall som undersökts är att personalen uppgett sig för att ha mer kunskaper än vad de faktiskt hade (Kutz & O'Connell, 2007). Detta kunde yttra sig i att någon av ungdomarna på programmet klagade över trötthet eller smärtor vilket personalen felaktigt tolkade som att ungdomarna spelade för att kunna åka hem. Uttorkningen, överhettningen eller illamåendet som ungdomarna klagade över hade kunnat undersökas och behandlats istället för att helt enkelt ignorera dem. Vanliga behandlingsbara åkommor som ignoreras ledde i många fall till skador eller i värsta fall död. I ett av dödsfallen tvingades en av ungdomarna bära runt på en sandpåse som straff för att han var för vek. Pojken hittades senare död och det visade sig att hans ”vekhet” berodde på rabdomyolys efter ett förmodat spindelbett, vilket ger akut njursvikt (ibid.).

Brist på adekvat näring. Vissa program har haft en tillvägagångssätt som på engelska kallas för *tough love* (Kutz & O'Connell, 2007). Detta förhållningsätt beskrivs ha drivits till sin spets i vissa fall vilket gjort att det varit mer fokus på *tough* än *love* vilket i praktiken lett till bland annat att ungdomarna har fått för lite näring vilket resulterat i skador. Denna punkt kan knytas an till föregående då för lite näring i samband med exempelvis längre vandringar i hög värme leder till uttorkning och hypotermi, just dessa två åkommor var anledningen till fem av tio av de beskrivna dödsfallen (ibid.).

Vårdslöshet och oaktsamhet hos personalen. Personal har uppgetts uppträda på ett sätt som inte är gynnsamt för verksamheten eller ungdomarna (Kutz & O'Connell, 2007). Detta kan betyda att vandringar går till platser som är helt okända för personalen eller att nödvändig utrustning som sjukvårds- och kommunikationsutrustning inte tagits med ut. Personal har även visat oförstående för att en del ungdomar som kommer från en uppväxt i en stad har svårt att känna sig bekväma i naturen (ibid.).

Kutz och O'Connell (2007) särskiljer inte *wilderness therapy*, *boot camps* och som de själva skriver ”*andra namn*”. Att rapporten inte särskiljer *boot camps* från exempelvis *wildernes therapy* och andra friluftsterapiinriktningar är problematiskt då bland annat Russell et al. (2008) tydligt skrivit att friluftsterapi inte ska likställas med den hårda och pennalistiska förhållningsättet som *boot camps* har.

Javorski & Gass (2013) har sammanställt data över skador och incidenter som skett inom olika friluftsterapiprogram. Självklart finns det risker då personer utför aktiviteter som innebär en viss utmaning och dessutom oftast på platser en bit bort från dennes *comfort zone*. Studien fann att de granskade programmens aktiviteter inte stack ut skademässigt särskilt mycket i jämförelse med aktiviteter som exempelvis fotboll, som hade en betydligt högre skaderisk. Centrala riktlinjer och rekommendationer kan utvecklas, inte minst vad gäller kompetenskraven för ledarna (ibid.).

Många metoder inom friluftsterapi relativt löst definierade. Ett stort arbete pågår för närvarande och det finns vissa branschorganisationer som arbetar för att standardisera, certifiera och utveckla tydliga riktlinjer (Russell et al., 2008).

Berman och Davis-Berman (2013) skriver att om friluftsterapi ska vara en livskraftig behandlingsalternativ för att fylla avståndet mellan psykisk ohälsa och tillgängligt vård för ungdomar behöver branschen leva upp till de högre nivåerna av behandling längst med vårdkedjan. För att friluftsterapi ska accepteras som ett behandlingsalternativ måste det självklart visa sig vara effektivt, genom att visa upp forskningsbaserade bevis (ibid.).

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Författarna valde att göra en litteraturöversikt vilket genom ett strukturerat arbetsätt gav en bred översikt över området. Bredden i litteraturöversikten fås genom att både kvalitativa och kvantitativa forskningsresultat sammanställs (Friberg, 2006). Om författarna valt att endast ta med antingen kvantitativa eller kvalitativa artiklar hade detta kunnat ge en smalare men klarare bild över vilka resultat som visats i forskningen på området, dock anses litteraturöversikt fortfarande som den mest relevanta metoden för syftet.

Litteraturen som denna studie baseras på kommer i huvudsak från ett fåtal länder, i synnerhet USA. De uttalade behandlingsformerna *Wilderness therapy* och *Adventure therapy* är vanligast förekommande i USA, men i litteraturen förekommer även länder som Kanada, Australien och Storbritannien (Berman & Davis-Berman, 2013; Kyriakopoulos, 2011; Russell et al., 2008). Forskningsläget hade säkerligen gynnats om mer forskning från andra länder funnits där en annan kontext finns.

Något som kan ses som problematiskt och som kan sänka trovärdigheten i resultatet och det aktuella forskningsläget är att ett fåtal författare återkommer i flera av de större studierna, exempelvis A. Tucker och K. C. Russel. Det positiva med att dessa författare återkommer i litteraturen är då förmodligen att de är väl insatta i ämnet. Nackdelen är att få författare inom samma ämne kan bli "hemmablinda".

## Diskussion av framtaget resultat

Resultatet i denna uppsats visar vilka olika typer friluftsterapiprogram det finns, vilka faktorer deltagare upplevt positiva samt vilka effekter de anser att de fått, vilket svarar på studiens syfte. Det har besvarats genom både tabeller, citat och sammanställningar från de undersökta artiklarna.

## *Personalens kompetens*

Ett problem med friluftsterapi är att miljön ger personalen en rejäl utmaning då den för de flesta människor skiljer sig så mycket åt från ett liv i en stad. Personalen som faktiskt ska ta med ungdomarna är inte per automatik utbildad vårdpersonal utan majoriteten av personal är handledare/guider, så kallade *field staff*. Dessa har inget krav på utbildning utan brukar ha en intern utbildning på ca två veckor (Russell et al., 2008). Det säger sig själv att det är omöjligt att lära sig om psykisk ohälsa, ledarskap, motiverande samtal samt hur en god handledare uppträder ute i naturen på så kort tid. Russell et al. (2008) föreslår ett standardiserat ramverk för detta, *Standards of Best Practice for Training of field instructors*, vilket är något som det centrala rådet *OBH Council* tagit fram för personal i USA. Att arbeta med ungdomar med psykisk ohälsa är inget lätt eller problemfritt arbete och att dessutom göra det ute i naturen gör inte saken lättare. Arbetet bör därför tas på stort allvar och utföras av personal med gedigna kunskaper och erfarenheter, både vad gäller friluftaktiviteter i naturen samt psykiatrisk vård. Här tror författarna att sjuksköterskan kan vara en bra arbetsledare.

I och med att denna studie valt att inte undersöka hur ungas missbruk av alkohol och droger är relaterat till friluftsterapi har detta ej tagits upp i resultatet. Enligt Bettman et al. (2013) kan dock missbruk finnas med i problembilden hos individer med psykisk ohälsa, varför det är viktigt att personalen på friluftsterapiprogramen har kunskap om ämnet. Russell et al. (2008) skriver att avgiftning från droger kan vara svårt att genomföra i friluftsmiljöer om inte rätt personal med adekvat kunskap finns på plats och har tillgång till nödvändig utrustning och mediciner. En friluftsmiljö kan i dessa sammanhang vara direkt kontraproduktivt och farligt med tanke på att svåra abstinensbesvär är komplicerade nog i sig och behöver inte ytterligare kompliceras av de eventuella yttre påfrestningar som hög höjd, värme och fysisk aktivitet (Russell et al., 2008).

## *Varför ger friluftsterapi positiva effekter?*

Resultatet i flertalet studier liknar varandra i hänseende till effekterna av friluftsterapin. Mönstret är att studierna hittar områden där deltagarna utvecklas både positivt och negativt men det förblir oklart varför just miljön har en positiv inverkan. Deltagarna i Kyriakopoulos (2011) studie uppgav att naturen gav en känsla av välbehag och det upplevdes som stresslindrande att vara ute i naturen, utan elektronik, sociala medier etc. (ibid.). En filosofisk reflektion är att naturen är människans naturliga miljö och att det är därför den har en positiv inverkan på det psykiska måendet. Bettman et al. (2013) skriver i likhet med Kyriakopoulos (2011) att den speciella miljön (naturen) som skiljer sig från vardagen i staden gör att personer tvingas leva i nuet då tillgången på el och internet helt enkelt är en naturlig bristvara i skogen, på berget, i kanoten eller vart nu friluftsterapin råkar utspela sig. Detta gör att vissa yttre stressfaktorer skalas av (ibid.).

Som tidigare nämnts tar Katie Eriksson (1987) upp vilken roll *det fysiska livsrummet* och *det psykosociala livsrummet* har i en människas liv och hur dessa påverkar ens livsfunktioner. Det resultat som tagits fram i denna uppsats pekar även mot vilken roll miljön och mellanmännsliga relationer har för en individs psykiska mående. Att miljön spelar en viktig roll i sammanhanget är något som exempelvis Norton (2010) skriver om menar att friluftsmiljön och utmaningar engagerar och ”tvingar” ungdomar till att tro på sig själv och vara en del av en grupp. Detta gör att ungdomarna känner sig känner sig önskade och behövda vilket ger dem goda förutsättningarna för god rehabilitering och ett fortsatt gott liv (ibid.)

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Författarna vill med denna studie lyfta fram hur unga patienter med psykisk ohälsa kan gynnas av en utmanande friluftsmiljö. I länder som USA, Kanada, Storbritannien och Australien är *Adventure therapy* och/ eller *Wilderness therapy* en vedertagen behandlingsform, men detta har inte slagit igenom i Sverige ännu. Efter sökningar på HVB-guiden, som är en hemsida som gör en sammanställning av över 900 vårdboenden i Sverige, fann författarna endast fyra stycken vårdboenden som hade en inriktning som liknade den friluftsterapi som denna studie avhandlar (<http://www.hvbguiden.se/>).

Studien kan bli användbar i det kliniska arbetet då sjuksköterskan är med i att diskutera och planera patienters fortsatta vård och kan med hjälp av denna studie överväga om en dylik insats kan vara passande för den aktuella patienten. Förutom att sjuksköterskan med hjälp av studier bakom friluftsterapi får ytterligare möjlighet till att remitera patienter till för dem lämpligt insats kan sjuksköterskan även platsa som del i arbetslaget eller arbetsledare på ett friluftsterapiprogram.

Det är författarnas uppfattning att vissa patienter som är eller varit inlagda på ett psykiatriskt sjukhus skulle kunna gynnas av en stimulerande miljö vilket vi anser att en friluftsmiljö är. Fortsatta studier behövs dock inom området. Dels behövs tillförlitliga *randomized controlled trial* studier men även studier i en svensk kontext.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna har varit delaktiga i samtliga moment i lika stor omfattning och sammanställt materialet tillsammans.

## Referenser

Addington, J., & Addington, D. (2004). Psychosocial interventions in early psychosis. In T. Ehmann., G.W. MacEwan., & W.G. Honer (Eds.), *Best Care in Early Psychosis Intervention: Global Perspectives* (pp. 233-40). United Kingdom: Taylor and Francis Group.

Annerstedt, M., & Wahrborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 39(4), 371-388.

\*Becker, S. P. (2010). Wilderness Therapy: Ethical Considerations for Mental Health Professionals. *Child & Youth Care Forum*, 39(1), 47-61.

\*Berman, D., & Davis-Berman, J. (2013). The Role of Therapeutic Adventure in Meeting the Mental Health Needs of Children and Adolescents: Finding a Niche in the Health Care Systems of the United States and the United Kingdom. *Journal Of Experiential Education*, 36(1), 51-64. doi:10.1177/1053825913481581

\*Bettman, J. E., Russel, K. C., Parry, K. J. (2013). How Substance Abuse Recovery Skills, Readiness to Change and Symptom Reduction Impact Change Processes in Wilderness Therapy Participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1039-1050. doi: 10.1007/s10826-012-9665-2

\*Cotton, S., & Butselaar, F. (2013). Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 352-358. doi: 10.1177/1039856213492351

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell

Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.



\*Harper, N. J., Russell, K. C., Cooley, R., & Cupples, J. (2007). Catherine Freer Wilderness Therapy Expeditions: An Exploratory Case Study of Adolescent Wilderness Therapy, Family Functioning, and the Maintenance of Change. *Child & Youth Care Forum*, 36(2/3), 111-129. doi:10.1007/s10566-007-9035-1

HVBguiden, senast besökt den 2014-02-24, <http://www.hvbguiden.se/>

\*Javorski, S. E., & Gass, M. A. (2013). 10-Year Incident Monitoring Trends in Outdoor Behavioral Healthcare: Lessons learned and future directions. *Journal of Therapeutic Schools & Programs* 5(1), 112-128.

\*Kutz, G. D., & O'Connell, A. (2007). Residential treatment programs: Concerns Regarding Abuse and Death in Certain Programs for Troubled Youth. *GAO Reports*, 1-34.

\*Kyriakopoulos, A. (2011). How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 120-128. doi: 10.1080/14733145.2010.485696

Norton, C. L. (2010). Exploring the Process of a Therapeutic Wilderness Experience: Key Components in the Treatment of Adolescent Depression and Psychosocial Development. *Journal of Therapeutic Schools & Programs* 4(1), 24-46.

OBH Council, (ND), Best Practices. Hämtad 2014-03-14 från <http://www.obhcouncil.com/about/best-practices/>

\*Russell, K. C. (2003). A Nation-side survey of Outdoor Behavioral Healthcare Programs for Adolescents with Problem Behaviors. *Journal Of Experiential Education*, 25(3), 322.

\*Russell, K., Gillis, H., & Lewis, T. (2008). A Five-Year Follow-Up of a Survey of North American Outdoor Behavioral Healthcare Programs. *Journal Of Experiential Education*, 31(1), 55-77.

\*Schell, L., Cotton, S., & Luxmoore, M. (2012). Outdoor adventure for young people with a mental illness. *Early Intervention In Psychiatry*, 6(4), 407-414.

Socialstyrelsen (2013). Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg

Svensk Sjuksköterskeförening (2009). *Sjuksköterskans profession*. Hämtad 6 april, 2014, från Svensk Sjuksköterskeförening, [http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.sjukskoterskans.profession\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.sjukskoterskans.profession_webb.pdf)

Tucker, A. (2009). Adventure-based group therapy to promote social skills in adolescents. *Social Work With Groups*, 32(4), 315-329.

\*Tucker, A. R., Javorski, S., Tracy, J., & Beale, B. (2013). The Use of Adventure Therapy in Community-Based Mental Health: Decreases in Problem Severity among Youth Clients. *Child & Youth Care Forum*, 42(2), 155-179.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtesvani, C. (2011) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

\* De vetenskapliga artiklar som är med i resultat