

Pasienters erfaringer med behandlingsmetoden «Meahcceterapiija» ved SANKS – Familieavdelingen

Rapport: MED-3950 masteroppgaven/Kull2012

Tromsø: Profesjonsstudiet i medisin,

Det Helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, 2017

Trine Skårland 2017

Forord

Det ble høsten 2015 utlyst tilbud om dette prosjektet som tema for masteroppgave på femte året ved medisinstudiet i Tromsø. På bakgrunn av min egen nysgjerrighet og interesse for Finnmark og den samiske kultur og tradisjon, samt det å kombinere natur, friluftsliv og aktivitet med psykiatrisk behandling, meldte jeg min interesse for dette prosjektet. Jeg tok kontakt med faglig ansvarlig for prosjektet, Cecilie Javo, som forklarte meg om denne oppgaven, og fikk således anledning til å gjøre denne studien med henne som hovedveileder.

Hensikten med denne oppgaven er å evaluere en spesiell form for behandlingstilbud ved familieenheten ved SANKS, Samisk nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern og rus. Ved å intervjuere familier om deres opplevelse av «Meahcceterapiija», vil jeg undersøke brukernes erfaringer med denne type behandling. Studien vil gi innblikk i en alternativ måte å arbeide terapeutisk på i psykiatrien, og svare på om en slik tilpasset behandlingsmåte kan være positiv for samiske og nordnorske pasienter.

Forarbeidet til oppgaven startet med utarbeiding av prosjektbeskrivelse vinteren 2016. Sommeren 2016 leste jeg litteratur og satte meg inn i metode. Jeg gjennomførte tre intervjuer i Finnmark høsten 2016 og tre intervjuer i Finnmark vinteren 2017 i forbindelse med femteårspraksis. Jeg hadde da også møter med veileder i Karasjok, som var til stor hjelp. Våren 2017 gikk med til analyse av intervju og skriving av selve oppgaven utført av meg. Jeg har hatt jevnlig kontakt med veileder på e-post og over telefon.

Jeg ønsker å takke hovedveileder Cecilie Javo for å tålmodig veilede meg gjennom hele prosessen. Jeg ønsker å takke henne for å ha vært tilgjengelig, engasjert og forståelsesfull. Jeg vil også å rette en stor takk til informantene som silte opp til intervju og delte sine erfaringer med meg.

Trine Skårland

Tromsø 2017

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Innholdsfortegnelse	II
Sammendrag.....	IV
1 Innledning.....	1
1.1 Urbefolkninger og psykisk helsetilbud.....	1
1.2 Etnopsykiatri.....	1
1.3 Familieavdelingen ved SANKS: «Meahcceterapiija».....	2
1.4 «Wilderness therapy» (villmarksterapi)	2
1.5 Formålet med oppgaven	3
1.6 Problemstilling.....	4
2 Materiale og metode.....	5
2.1 Valg av forskningsmetode	5
2.2 Fenomenologisk tilnærming	6
2.3 Intervjuers forforståelse	7
2.4 Informantene.....	7
2.5 Prosedyre	8
2.6 Analysemetode	9
3 Resultater.....	11
3.1 Nøkkelpoenger	11
3.1.1 (1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler.....	16
3.1.2 (2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd	17
3.1.3 (3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokusert terapi	17
3.1.4 (4) Terapeut – pasientrelasjonen: Nærhet til terapeutene.....	18
3.1.5 (5) Styrking av familieband / Familien som ressurs	19
3.1.6 (6) Naturen som terapeutisk arena	19

3.2	Struktur av «Meahcceterapiija».....	21
3.3	Kritikk og forslag til forbedringer	22
4	Diskusjon.....	23
4.1	Viktigste funn	23
4.2	Diskusjon av funnene	23
4.3	«Meahcceterapiija» som terapiform tilpasset samisk kultur	26
4.4	Potensiale for forbedringer og utvikling av «Meahcceterapiija» - framtidig forskning 27	
4.5	Metodologiske betraktninger - styrker og svakheter	28
5	Konklusjon	30
6	Referanser.....	31
	Vedlegg 1 - Sammendrag av kunnskapsevalueringer hovedartikler	35
	Vedlegg 2 - Infoskriv deltakere.....	40
	Vedlegg 3 - Intervjuguide	42

Tabelliste

Tabell 1: NøkkelpoKomponenter "Meahcceterapiija" med informantenes beskrivelser.....	11
--	----

Figurliste

Figur 1: Struktur av terapiformen «Meahcceterapiija» dannet av nøkkelpoKomponenter delt inn i tre hovedelementer.	21
--	----

Sammendrag

Innledning: Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer familier har med å trekke terapien ut i naturen gjennom terapiformen «Meahcceterapiija» ved familieavdelingen ved SANKS, Samisk Nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern og rus i Karasjok.

Metode: Studien er en kvalitativ studie, og det ble benyttet en fenomenologisk tilnærming. Gjennom individuelle dybdeintervjuer ble informantenes erfaringer og opplevelser samlet inn og deretter analysert ved bruk av Giorgis deskriptive fenomenologiske metode, modifisert av Malterud. Informantene var seks mødre som alle hadde deltatt i terapiformen i løpet av de siste 12 månedene.

Resultater: Studien viste at «Meahcceterapiija», sett fra mødrenes perspektiv, kan sammenfattes ved følgende nøkkelkomponenter: (1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler, (2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd, (3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokuserert terapi, (4) Terapeut – pasient relasjonen / Nærhet til terapeutene, (5) Styrking av familiebandene / Familien som ressurs og (6) Naturen som terapeutisk arena. Disse nøkkelkomponentene kan igjen deles inn i tre hovedkomponenter: (a) Kontekst, (b) Terapimetode og (c) Relasjoner, som til sammen utgjør strukturen i «Meahcceterapiija».

Konklusjon: Man kan ikke trekke noen generell konklusjon angående terapimetodens generelle anvendelighet ut i fra funnene i denne kvalitativt studie. Studien viser allikevel at for disse informantene ble behandlingsformen «Meahcceterapiija» i stor grad opplevd positivt. Funnene tyder i så måte på at terapiformen er godt tilpasset pasientgruppen den tilbys til. Terapiformen bør utvikles videre og kunnskapen fra denne studien kan brukes i det videre forbedringsarbeidet.

1 Innledning

1.1 Urbefolkninger og psykisk helsetilbud

Internasjonale studier viser at urbefolkninger og andre etniske minoriteter har dårligere tilgang til helsetjenester enn majoritetsbefolkningen (1-4). Tjenestene er også dårlig tilpasset minoritetsbefolkningenes kultur og språk (1, 2, 5-8). Norske studier har likeledes vist at samiske pasienter ikke er tilstrekkelig fornøyd med de helsetjenestene som tilbys (9, 10). Urbefolkninger har ofte andre måter og normer for kommunikasjon, i tillegg til annet språk enn majoritetens, og er ofte sterkere knyttet til naturen. I tillegg har de i mange tilfeller blitt utsatt for regelrett diskriminering fra majoritetsbefolkningen sin side, og tilliten til majoritetens helsetilbud er derfor ofte svekket (6, 7, 11-13). Det anbefales at man i de områdene der disse befolkningene bor, bør opprette behandlingstilbud som er tilpasset deres spesielle kultur og tradisjoner – dette for å bedre tilgjengeligheten til tjenestene, både geografisk og kulturelt (5). I Norge har denne forståelsen gitt seg utslag i opprettelsen av et eget nasjonalt samisk kompetansesenter innen psykisk helse og rus (SANKS) med hovedsete i Karasjok - midt i hjertet av det samiskspråklige forvaltningsområdet i Finnmark. I Helsedirektoratets rundskriv om nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet fra 2015 (14) blir det stadfestet at hele Norges befolkning skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av etnisk bakgrunn.

1.2 Etnopsykiatri

Det psykiatriske fagfeltet består av mange forskjellige terapeutiske ideologier og tilnærminger til behandling. Én retning kalles «etnopsykiatri». Den legger vekt på at psykiatrisk behandlingen er kontekst- og kulturavhengig, og at det derfor er nødvendig å ta hensyn til pasientens etniske kultur i behandlingen (5, 15, 16). Ved å tilpasse terapien i henhold til pasientens kulturelle forståelse, har man sett at man kan forvente bedre effekt av terapien (16-18). Det er på bakgrunn av dette utviklet enkelte psykiatriske terapiformer tilpasset kulturelle variasjoner, deriblant suicidal-forebyggende programmer for ungdommer fra urbefolkningen i Canada, Australia, New Zealand og Grønland (19). Kulturelt tilpassede terapiformer som dette kalles gjerne «etnokulturell terapi», og fokuserer både på ønsket effekt av terapien, det spesifikke innholdet i terapien og på måten terapien gjennomføres på (15). Sue et al. (17) viser til at for at terapien skal kunne være kulturelt kompetent, må terapeuten ha tilstrekkelig

kulturell bevissthet, kunnskap og ferdigheter til å jobbe med pasientene. Utvikling av kulturbaserte behandlingsformer som drives ved SANKS kan sies å høre inn under «etnopsykiatri», inkludert terapiformen «Meahcceterapiija». Samiske fagfolk bruker gjerne begrepet «Samisk psykiatri» for å illustrere behandlingsmåter som er særskilt tilpasset samiske pasienter.

1.3 Familieavdelingen ved SANKS: «Meahcceterapiija»

Familieenheten ved SANKS er opprettet for å gi tilbud til samiske familier på landsbasis, samt til alle familier bosatt i Finnmark der barnets problem er knyttet til samspill og samhandlingsvansker i familien. Tilbudet er aktuelt når polikliniske tiltak ikke har ført til ønsket endring, og der tettere oppfølging og arbeid med familien anses som nødvendig. Familiene blir tilbudt et behandlingsforløp som strekker seg over fire uker. Integret i behandlingen er også et terapitilbud kalt «Meahcceterapiija» på samisk (norsk: villmarksterapi/utmarksterapi) – en terapiform der arenaen for behandling er flyttet fra avdelingen ut i naturen. En av de fire ukene er da viet en utflukt der terapeutene og familien drar sammen ut i naturen med overnatting i telt («lavvu») eller hytte. Det at terapien foregår i en annen setting enn den tradisjonelle inne på avdelingen, gir andre terapeutiske muligheter og utfordringer. ”Meahcceterapiija” tar utgangspunkt i det som i den internasjonale faglitteraturen kalles ”wilderness therapy” (20).

1.4 «Wilderness therapy» (villmarksterapi)

«Wilderness therapy» eller «Outdoor Behavioral Healthcare» (villmarksterapi) er et samlebegrep for forskjellige behandlingsformer der terapien flyttes ut i naturen (21, 22). Til tross for at det internasjonalt er gjort flere studier på villmarksterapi som antyder god effekt, er det fortsatt mangel på presise svar på hvorfor, hvordan og for hvem slike behandlingsformer fungerer (23). Fernee et al. (23) prøvde i en realistsyntese fra 2017 å lage en klinisk modell for dette. Med utgangspunkt i Russell og Farnums behandlingsmodell for villmarksterapi (22) fant man at det i hovedsak var tre terapeutiske faktorer som skilte seg ut, nemlig: (a) «Villmarken/naturen» i seg selv; (b) personlig kontakt med naturen og aktiviteter som førte til personlig, individuell vekst («Det fysiske selvet»); og (c) sosial kontakt med de andre deltagerne og med terapeutene («Det psykososiale selvet»). De senere årene er det internasjonalt utviklet mange forskjellige typer villmarksterapi-program, især for barn og

ungdom (24-28). Det er derimot gjort lite internasjonalt der man kombinerer familierapi med villmarksterapi. Tucker et al. (29) gjorde i 2016 en studie på rollen til familien i villmarksterapi med ungdom, og konkluderte med at det ligger et stort potensiale i å inkludere familien i større grad enn hva som gjøres i dag. DeMille og Montgomery illustrerte i en annen studie fra 2016 (30) også måter man kan kombinere villmarksterapi og familierapi på.

Ved litteratursøk finner jeg at villmarksterapi som regel har vært benyttet som et alternativ til tradisjonell institusjonsbehandling, men at man i liten grad har integrert den som del av et samlet behandlingsopplegg ved en familieavdeling. Jeg finner dessuten ingen studier på villmarksterapi tilrettelagt for familier fra urbefolkninger eller etniske minoriteter (søk i databasene PubMed, PsycNET, Oria og Google Scholar). En studie fra Canada fra 2014 (31) viste gode korttidsresultater ved bruk av et villmarksterapi-program tilpasset ungdom fra urbefolkningen, men konkluderer med at det trengs videre studier på området.

En hovedforskjell mellom villmarksterapi og ”Meahcceterapiija” er at man i denne samiske versjonen benytter seg av naturområder som er kjente for pasientene, og som dermed gir trygghet, nærhet og ro – til forskjell fra villmarksterapi hvor man legger ut i ukjent villmark. ”Meachcci” kan oversettes til ”utmark”, og i den samiske og nordnorske kulturen står det tette forholdet til nettopp utmarken veldig sentralt. Målet med ”Meahcceterapiija” er å få til en mer samisk tilpasset behandlingsmodell. Man tenker seg at man med en slik terapiform kan oppnå særlige terapeutiske effekter for samiske pasienter, da samene tradisjonelt er et samler- og jegerfolk, tett knyttet til naturen. Man har også tenkt at ”Meahcceterapiija” vil øke familienes trygghet og tillit i relasjonen til terapeutene, samt gi en bedre kontekst for å skape ny forståelse og nye opplevelser av familien. I den samiske kulturen samtales det tradisjonelt sett ikke åpent om personlige problemer (32). Man tenker at å flytte samtalen ut i naturen, da gjerne rundt et bål, vil kunne gi mer åpenhet i kommunikasjonen (33). Man legger også vekt på at denne terapiformen er mindre problemfokuset og mer konsentrert om å få frem familiens styrker og mestringsfølelse.

1.5 Formålet med oppgaven

Terapiformen har vært prøvd ut og praktisert ved Familieavdelingen i flere år (20), men det har ikke blitt foretatt noen systematisk brukerundersøkelse som kan si noe om familienes erfaringer. Formålet med denne oppgaven er derfor å evaluere ”Meahcceterapiija” ved å

intervjue familier om deres erfaringer og opplevelse av ”Meahcceterapiija”. Studien vil gi innblikk i en alternativ måte å arbeide terapeutisk på i psykiatrien, og svare på om en slik tilpasset behandlingsmåte kan være positiv for samiske, så vel som norske pasienter.

1.6 Problemstilling

Hovedfokuset til denne studien er hvilke erfaringer og opplevelser intervjuobjektene har hatt med terapiformen ”Meahcceterapiija”. Problemstillingen var:

- Hvordan opplevde foreldre på en familieavdeling en behandlingsform som tar i bruk naturen som arena?

2 Materiale og metode

2.1 Valg av forskningsmetode

Det er to hovedmetoder innen forskning – kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ forskning er forskning i bredden, og brukes når man ønsker å måle et fenomen som man søker å tallfeste (34). Metoden brukes ofte dersom man ønsker å få en bred og generell kunnskap om et tema (34).

Kvalitativ forskning, derimot, er forskning hvor man søker å forstå et fenomen mer i dybden. Det innebærer å finne meningsinnholdet og sette det i en større sammenheng – eventuelt ut ifra visse teoretiske perspektiver og med forskjellige tolkningsstrategier. I datainnsamlingen søker man å hente mye informasjon fra et lite utvalg om et smalt tema. Datamaterialet kan hentes fra individuelle-/dybdeintervjuer, gruppeintervjuer, observasjoner med vekslende grad av deltagelse, eller fra skriftlige kilder (35).

Jeg valgte å bruke kvalitativ metode for denne oppgaven. Denne metoden passet best da antallet informanter i studien var begrenset, og fokuset i oppgaven var å innhente opplevelser fra deltakerne av en bestemt type behandlingsform («Meahcceaterapiija»). Jeg valgte å utføre individuelle dybdeintervjuer da hensikten med studien var å få en dybdeforståelse gjennom å få rikest mulig beskrivelser.

Det finnes flere forskjellige kvalitative analysemetoder av intervjudata, der i blant narrativ analyse, diskursanalyse, etnografisk arbeid og tematisk analyse (34, 36). Den mest brukte kvalitative analysemetoden innen skandinavisk helsefaglig forskning er grounded theory (37). Også fenomenologisk analyse ad modum Giorgi (38) modifisert av Malterud (39, 40) blir brukt. I grounded theory søker man å identifisere informantenes «main concern», og hvordan informantene søker å løse dette, for så å utvikle teorier basert på de empiriske funn (37). Jeg valgte å utføre intervju med et fenomenologisk perspektiv, og analyserte intervjuene ad modum Giorgi (38, 41) modifisert av Malterud (39), da jeg ønsket å få fram informantenes beskrivelser av egne opplevelser, uten å ha en a priori teori. Da fenomenet jeg ville undersøke var erfaringer med bruk av en lite kjent behandlingsmetode, ville en a priori teori måttet basere seg på for lite empiri og ville dessuten ha virket innsnevrende på resultatet.

2.2 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologien har sitt opphav i filosofien til Edmund Husserl fra omkring 1900-tallet (42). Det finnes flere fenomenologiske tilnærminger, som vektlegger ulike ting, avhengig av filosofisk ståsted (34). Man kan grovt sett dele de forskjellige tilnærmingene inn i en hermeneutisk gren med fokus på språk og tolkninger, og en eksistensiell gren med fokus på vår eksistens i verden (34). Den eksistensielle grenen bygger på og er videreutviklet av blant andre filosofen Merleau-Ponty, herunder finner man Giorgis metode (34, 42). I en fenomenologisk tilnærming er målet å beskrive flere individers opplevde erfaringer av et fenomen (43). Man er interessert i førstehånds beskrivelser av individets egen opplevde versjon av sin historie, og innhenter på den måten opplysninger om individets erfaringer. Intervjuer med fenomenologisk tilnærming skal være deskriptive og få frem rikest mulig konkrete beskrivelser og mest mulig spesifikke svar (39). Giorgis fenomenologiske analysemetode har utviklet klare kriterier og velutviklede prosedyrer særlig tilpasset psykologisk forskning (38, 41). Man samler data ved hjelp av skriftlige beretninger om opplevelser, eller ved hjelp av semi- eller ustrukturerte intervjuer, og man oppfordrer informanten til å gjengi en opplevelse så konkret som mulig, for at forskeren skal kunne dra ut essensen i informantens opplevelse (34). Informanten skal få mulighet til å beskrive meningsinnholdet fra sitt perspektiv, og hvilken betydning det beskrevne fenomen har for informanten selv (39). Man ønsker å få beskrevet et fenomen så presist og fullstendig som mulig, i tråd med informantens opplevelse av fenomenet (36). Giorgis fenomenologiske analysemetode består av fire steg, hvor steg nummer to i senere tid er modifisert av Malterud (39). Stegene er som følger: Først gjør man seg opp et helhetsinntrykk av den generelle betydningen av materialet ved å med et åpent sinn lese gjennom beskrivelsene fra informantene. Man oppsummerer inntrykkene og noterer foreløpige temaer. Deretter leser man teksten på ny for å skille irrelevant tekst fra relevant tekst, og velge ut meningsbærende enheter. I Giorgis opprinnelige prosedyre delte man hele teksten inn i meningsbærende enheter, men etter Malteruds modifikasjoner anses ikke hele teksten som meningsbærende (39). Man velger derfor ut tekstbiter som har med seg kunnskap om de foreløpige temaene fra trinn 1. Tekstbitene kodes og systematiseres. Tekstbiter med felles innhold merkes med samme kode. I trinn tre abstraherer man kunnskapen fra trinn 2, og henter ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. I det siste trinnet sammenfattes det man

har funnet. Man lager en strukturell beskrivelse av fenomenet ved å organisere den innsikten man har fått og setter det hele sammen i én beskrivelse.

2.3 Intervjuers forforståelse

I følge Giorgi (38) er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer innenfor et bestemt felt. Man søker å finne essenser ved de fenomenene man undersøker, samtidig som man forsøker å sette sine forutinntatte tanker og egen forforståelse til side (38). Da er man bedre i stand til å møte fenomenet slik det beskrives av informantene selv, og undersøke det «med blanke ark» og fra forskjellige vinkler (34). Giorgi (38) kaller denne prosessen med å sette sin egen forforståelse til side for «bracketing». Han beskriver at man bør tilstrebe å gjøre dette, men at det i praksis er et uopnåelig mål å legge all egen forforståelse til side (38).

Jeg er en 27 år gammel etnisk norsk kvinne, oppvokst i en norsk kontekst i Sør-Norge. Jeg har ingen tidligere klinisk erfaring innen psykiatrien og var heller ikke kjent med samisk kultur på forhånd. Mitt utgangspunkt da jeg valgte denne oppgaven, var at jeg syntes begge deler var utfordrende og spennende, og at jeg ønsket å lære mer. Jeg syntes konseptet med en terapiform utenfor den tradisjonelle kontorsituasjonen virket interessant, og ønsket å finne ut hvordan brukerne selv opplevde behandlingsmetoden. Jeg hadde nok forventninger om å finne at brukerne hadde en positiv opplevelse av «Meahcceterapiija», fordi jeg hadde lest andre studier som viser til suksess med villmarksterapi. Jeg har imidlertid etter beste evne forsøkt å stille meg åpen for alle muligheter – også at behandlingsformen ikke ble opplevd som passende. Jeg har forsøkt å være bevisst min egen forforståelse, mine egne kulturelle holdninger og eventuelle fordommer og egne forventninger til eventuelle funn – i tråd med det som forventes av en forsker som arbeider etter denne metoden (41).

2.4 Informantene

Jeg valgte å dybdeintervjue mødrene i familier som hadde vært innlagt ved familieavdelingen ved SANKS i løpet av de siste 12 måneder (høsten 2016 og våren 2017), og som hadde deltatt i «Meahcceterapija». Å intervju hele familier ville blitt for omfattende, både praktisk og ved etterarbeid og analyse. Innenfor fenomenologiske forskning er det vanlig med få informanter, vanligvis 6-12, da man ikke søker å finne kausale forklaringer, men å identifisere viktige fellestrekk i beskrivelsene av fenomenet man studerer (34). Seks informanter ble inkludert i

denne undersøkelsen. Det var ingen spesielle kriterier for utvelgelsen, bortsett fra at man ønsket å ha med flest mulig mødre med samisk bakgrunn. Informantene kom fra kommuner i Nordland, Troms og Finnmark – både samiske kommuner og ikke-samiske kommuner.

Informant 1: Mor med samisk bakgrunn og utdanningsnivå 1. Jente 13 år, henvist for skolevegning og angst.

Informant 2: Mor med samisk bakgrunn og utdanningsnivå 2. Gutt 9 år, henvist for ADHD.

Informant 3: Mor med samisk bakgrunn og utdanningsnivå 1. Gutt 10 år, henvist for raserianfall og suicidalfare.

Informant 4: Mor med norsk bakgrunn og utdanningsnivå 2. Gutt 8 år, henvist for adferdsproblemer, sinne og utagering.

Informant 5: Mor med samisk bakgrunn, samisktalende og utdanningsnivå 1. Gutt 11 år, henvist for ADHD og lærevansker.

Informant 6: Mor med norsk bakgrunn og utdanningsnivå 1. Gutt 12 år, henvist for ADHD og sinneproblematikk.

2.5 Prosedyre

Mødre i familier som hadde deltatt i «Meahcceterapija» siste året ble først kontaktet telefonisk av leder for familieavdelingen ved SANKS. Alle informantene ble informert om studien og hensikten med den. Samtlige informanter ga både skriftlig og muntlig samtykke til å delta, og ble informert om at de når som helst underveis kunne trekke seg dersom de ønsket det, og uten å oppgi noen grunn. Det ble presisert at deltakelse var frivillig og at all informasjon ble anonymisert. De som ønsket å delta, ble så kontaktet av meg pr. telefon, og det ble avtalt tid og sted for intervju. Intervjuene ble gjennomført på et sted etter informantenes ønske. Tre intervjuer ble gjennomført hjemme hos informantene, og tre intervjuer på et kontor på BUP-poliklinikken – SANKS. Alle informantene ble intervjuet individuelt og intervjuene varte fra 1 – 2 timer. Alle intervjuene ble foretatt på norsk. Informanten med samisk som morsmål ble tilbudt tolk, men følte ikke behov for dette. Jeg benyttet meg av åpne, ustrukturerte intervjuer. Målet var at intervjuene skulle være deskriptive og få frem mest mulig rike beskrivelser (39). Jeg ønsket å få mest mulig konkrete beskrivelser av informantenes egne erfaringer og opplevelser (39). Åpningsspørsmålet var: «*Kan du fortelle meg om dine erfaringer og opplevelser fra den uken dere var med på behandlingstur ut i naturen?*». Informantene ble oppfordret til å fortelle fritt, uten avbrytelser.

Underveis stilte jeg oppklarende spørsmål hvis nødvendig, og spurte også om opplevd nytte av behandlingen dersom informanten ikke selv kom inn på dette. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil. Deretter gjennomførte jeg selv transkripsjonen. Transkripsjonen er utført så nøyaktig som mulig (34), og jeg la vekt på å få fram meningsinnholdet.

2.6 Analysemetode

Jeg analyserte intervjuene i henhold til Giorgis firestegs analysemetode, modifisert av Malterud (39). Alle analysetrinnene ble drøftet og justert i samråd med veileder gjennom hele analyseprosessen.

Først konsentrerte jeg meg om å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg gikk først grundig gjennom ett og ett intervju for å gjøre meg kjent med materialet. Jeg leste nøye gjennom og forsøkte å være åpen for alt som kom frem. Jeg noterte meg i margin alle mulige meninger jeg fanget opp, samt tanker og refleksjoner som jeg gjorde meg underveis. Jeg la ikke her vekt på detaljene, men fokuserte på det store bildet og den generelle betydningen. Da jeg hadde lest gjennom, oppsummerte jeg inntrykkene og førte opp foreløpige temaer som intuitivt vekket min oppmerksomhet.

Som andre trinn forsøkte jeg å identifisere meningsbærende enheter. Jeg leste gjennom de transkriberte intervjuene nøye for å identifisere enheter som var meningsbærende. Jeg prøvde her å skille ut viktig tekst fra irrelevant tekst, for å organisere materialet jeg skulle jobbe mer detaljert med. Jeg merket de forskjellige enhetene slik at jeg kunne systematisere dem. («koding»).

Som det tredje trinnet forsøkte jeg å kondensere de meningsbærende enhetene. I dette trinnet abstraherte jeg det jeg oppfattet at informantene egentlig snakket om. Jeg konsentrerte meg nå om de meningsbærende enhetene jeg hadde kodet og systematiserte i trinn 2, og omgjorde konkret innhold til abstrakt mening. Dette arbeidet ble preget av min egen forståelse av materialet.

Til slutt, i det fjerde trinnet, sammenfattet jeg betydningen av det jeg fant. Jeg prøvde å finne temaer som alle informantene var opptatt av og som gikk igjen i intervjuene, og trakk ut de aller viktigste. Jeg satte sammen meningsenhetene i en generell, felles struktur for å

visualisere hvordan de forskjellige nøkkelkomponentene til sammen dannet det brukerne opplevde var «Meahcceterapija».

3 Resultater

3.1 Nøkkelpoponenter

Fra analysen fremkom seks nøkkelpoponenter: (1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler, (2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd, (3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokusert terapi, (4) Terapeut – pasient relasjonen / Nærhet til terapeutene, (5) Styrking av familiebandene / Familien som ressurs og (6) Naturen som terapeutisk arena. Nøkkelpoponentene og informantenes beskrivelser av disse presenteres i tabell 1.

Tabell 1: Nøkkelpoponenter «Meahcceterapija» med informantenes beskrivelser.

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
(1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler	Hverdagslig snakk om løst og fast rundt bålet. Terapi er ikke bare å snakke om sensitive ting, det er også det å få snakke om hvordan man skal få hverdagen til å funger, som familien lettere gjorde på turen.	Ikke planlagt på forhånd hva man skal snakke om eller ta opp ute. Naturlig prat som kom automatisk, mindre strukturerte samtaler ute enn inne. Ikke bare seriøs prat, også lekning og tulling. Samtalte om de samme tingene som inne, men på turen kunne man snakke mer ordentlig. Tenkte ikke hele tiden på hva man skulle snakke om, og at det var terapi. Man samtalte om det som falt seg naturlig.	Samtalene satt løsere, ble mer strukturerte inne på avdelingen. Rom for humor - det ble lettere å ta opp vanskelige tema. Snakket spontant om det som kom opp og som det var naturlig å snakke om. Ikke på forhånd oppsatte temaer.	Terapeut og barn hadde spontane samtaler under for eksempel gåturer hvor barnet tok initiativ til samtale. Ikke på forhånd planlagte temaer de skulle samtale om, snakket om det som falt seg naturlig.	Tok ting som det kom, snakket om situasjoner/problemer etter hvert som de oppsto. Naturlig måte å ha terapi på. Tok ikke opp på forhånd bestemte terapeutiske temaer på turen, snakket om hverdagslige ting, fortalte historier. Hadde ikke faste klokkeslett for samtale ute, mer naturlig, man samtalte når det passet seg slik.	Mindre strukturert ute enn inne. Lett å skifte tema. Mer løse, dagligdagse, naturlige samtaler som fløt normalt. Samtalte når det passet seg, når det falt naturlig. Ikke faste, bestemte tema. Lettere å ta opp ting etter hvert som det kom situasjoner, enn å ta opp ting til faste klokkeslett. Mer fleksibelt ute på tur, kunne prate litt, gjøre noe annet, spille eller holde på med bålet, så ta opp igjen praten.

(2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd	Leking/spilling og ha det moro sammen med terapeutene samtidig som man samtalte, ikke utelukkende fokus på samtale/terapi.	Leking og spilling samtidig med samtale/terapi, ikke kun seriøs prat. Samtale mens man holder på med bålpanna eller hiver på kubber på bålet osv. Blir mer avslappet og rolig. Mer naturlig situasjon hvor man koser seg i samtalen.	Lettere å ta opp samtaletema når barnet og terapeuten holder på med andre aktiviteter samtidig. Mer tilrettelagt for barnet å ta opp vanskelige ting samtidig som han holder på med andre ting, som for eksempel strigle hest eller fiske.	Terapeut og barn hadde spontane gåturer og samtale underveis. Samtaler samtidig som barn og terapeut gjorde praktiske aktiviteter sammen, lettere for barnet å samtale i situasjoner han trives i. Barnet mer mottakelig for samtale når han har andre ting å fokusere på i tillegg, som å holde på med for eksempel steiner.	Gutten snakker mer når han får gjøre praktiske ting han mestrer.	Samtaler som foregår samtidig som familien og terapeuter spiller eller driver med andre aktiviteter, føles mer naturlig.
(3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokusert terapi	Barnet mestret å holde på med hest, både riding og stell, det gjorde godt å kjenne på mestringsfølelsen. Lærte nye ting, som matlaging på bål med fisk og grønnsaker. Spennende å prøve seg på nye utfordringer. Fikk vise positive sider ved seg selv, og kjenne på mestringsfølelse gjennom praktiske aktiviteter som middagslaging.	Terapeutene var ikke problemfokuserte eller dømmende Barnet fikk ri, stelle hest og ta ansvar for hesten, og mestret dette. Stell av hest var beroligende. Barnet måtte ta ansvar og gjøre det han skulle gjøre, være rolig, ta hensyn til hesten.	Barnet får vist nye, positive sider ved seg selv, får vise hva han kan og får positive tilbakemeldinger på dette. Barnet ble mer mottakelig for terapi i situasjoner han likte og mestret, det var positive følelser rundt det. Tok instruksjoner og var trygg rundt hestene, både med riding og stell. Mestret dette.	Barnet fikk vise positive sider, hjelp til med å tenne bål, matlaging, rydde, ordne osv Positive tilbakemeldinger fra terapeutene. De fokuserte på positive opplevelser.	Barnet var blid og fikk positive opplevelser med stell og kjøring med hundene. Opplevde at han mestret det. Barnet fikk vise positive sider ved seg selv ved å gjøre ting han likte og mestret, som å tenne bål, være på tur, gjøre praktiske ting. Han ble blid. Familien tenkte ikke på terapi, eller det som var vanskelig/problemer på turen. Fokus var på det positive, på mestring.	Fokus på lek og spill og positive opplevelser. Terapeutene så på det positive i situasjonen, og hvordan man kunne håndtere ting på en enda bedre måte. Fokus på ros og mestring. Positive tilbakemeldinger fra terapeutene på ting barnet gjorde bra. Gutten fikk vise at han mestret praktiske

	Positive tilbakemeldinger og ros fra terapeutene, spesielt til barnet, og barnet viste stolthet.		Gutten kjente på mestringsfølelse, samtidig som han fikk positive tilbakemeldinger fra terapeuter og voksne rundt. Det gjorde noe med ham.			ting som vedkløyving, bålaging, saging, matlaging osv. Viste glede når han mestret.
			Terapeutene hadde fokus på andre ting enn problemene, fokus på det positive.			Familien lærte å lage mat på nye måter, samisk mat og middager ute.
						Positiv adferd ble stimulert på turen.
(4) Terapeut – pasient relasjonen / Nærhet til terapeutene	Det at terapeutene var sammen med familien hele tiden gjorde at de følte større trygghet og tillit til terapeutene. Skulle alltid gjøre noe gøy sammen, terapeuter og familie, når det var terapitimer. For eksempel spill/lek, ikke utelukkende fokus på samtale/terapi.	Alle var med på aktiviteter og samtale, det ble mer egalitet og fellesskap mellom familien og terapeutene. Godt å være tett på terapeutene, nærheten skapte trygghet og tillit. Ble mer naturlig forhold, man kunne lettere være seg selv, ble mer trygg på seg selv. Da ble det lettere å snakke om vanskelige ting. Terapeutene var ikke dømmende, så ikke etter feil, viste en mer personlig side av seg selv. Tok med seg det gode forholdet inn	Gode og trygge relasjoner ble etablert på turen, gjennom felles aktiviteter og samvær over tid. Terapeutene fikk en tettere kontakt med barnet ute, det skapte trygghet. Slik kunne han slippe seg mer løs, ble mer mottakelig for behandling og klarte å prate mer om vanskelige ting, og fikk dermed mer effekt av samtalene. Terapeutene og familien ble mer som venner enn pasient-terapeut, ble et mer egalitært forhold.	Styrket forhold til terapeutene gjennom praktisk og sosialt fellesskap og tett samvær. Familien var sammen med terapeutene hele døgnet på tur, mens de var mye for seg selv inne på avdelingen. Fellesskap mellom familie og terapeuter bygget opp tillit og trygghet. Familien så terapeutene på en annen måte, terapeutene viste andre sider av seg selv, delte erfaringer fra eget liv, ble	Familien og terapeutene gjorde alt sammen, som matlaging, lek, spill. Dette førte til et fellesskap mellom terapeutene og familien. Avslappet stemning mellom terapeuter og familien, de koste seg sammen. Fikk dermed et tettere forhold som skapte trygghet. Naturlig å være flere sammen.	Terapeutene var der kun for dem, noe som fører til at familien følte seg sett. Ble godt kjent med terapeutene av å være sammen hele tiden på turen og å gjøre praktiske ting sammen. Beste måten å bli kjent på. Det ble skapt en trygghet og tillit, som førte til at det ble enklere å være helt åpne og prate om alt. Gutten åpnet seg mer med trygghet og en-til-en-samtaler.

	på avdelingen og resten av oppholdet.	Kunne tulle, bruke humor og ha mer uformelt samvær, samtidig som man hadde samtalerterapi.	mer enn bare jobb-mennesker.	Ble som en naturlig familie. Forholdet ble mer sammensveis et og mer egalitært.	Ble kjent på en annen måte, så både positive og negative sider ved hverandre. Ble mer naturlig, intimt og personlig.	
		Det ble en annen stemning mellom familien og terapeutene. Ga større trygghet til å lettere vise seg som den man egentlig er, vise følelser og naturlig atferd.	Det var ingen formaninger, alle var veldig jordnære, aksepterende og avslappet.		Ble som en normal, stor familie, forholdet ble mer egalitært.	
		Benyttet seg av den gode relasjonen som ble bygget ute, også inne på avdelingen.				
(5) Styrking av familie-båndene / Familien som ressurs	Det stimulerte til fellesskap innad i familien. Datter og mor fikk drive med hest sammen, fant fellesinteresse, kunne ri i lag og slik styrke forholdet.	Barnet og far fikk ri sammen. Fikk styrket forholdet, ble mer rolige i lag. Familien ble kjent med seg selv på en annen måte, foreldrene lærte å se barnet på en annen måte, og barnet lærte å se ting på en annen måte, enn hva de gjorde før. Oppdaget nye og positive sider ved seg selv som familien.	Mor og barn fikk holde på med hest sammen, styrket forholdet dem imellom. Ble mer bevisst sin egen rolle i familien, mer trygghet i samspillet mellom foreldre og barn.	Turen ga mer rom for observasjoner av adferd og samspill i familien i ulike situasjoner enn inne på avdelingen. Alle var med på aktiviteter ute, felles matlaging, felles måltid, felles spill og lek. Skapte gode stunder og godt samhold. Terapeutene så på barnets reaksjon ovenfor familien. Hvordan	Hele familien var med på aktiviteter og samtaler, man fikk et styrket familiefellesskap og et godt samspill i familien. Terapeutene konsentrerte seg om å se på samspillet i familien på turen. Terapeutene fikk observert hele familien og spesielt gutten på turen.	Terapeutene og familien kunne lettere fokusere kun på familien. Terapeutene kunne observere familien som helhet på turen, både styrker og svakheter. Familien ble kjent med hverandre på en litt annen måte. Styrket samholdet i familien ved felles aktiviteter og takling av situasjoner

		<p>Fant seg selv som familie.</p> <p>Alle var med på aktiviteter og samtaler rundt bålet, det styrket familiefellesskapet.</p> <p>Familien og terapeutene hadde fokus på familien der og da, ikke alt rundt.</p>		<p>familien fungerte sammen og taklet vanskelige situasjoner.</p>		<p>som oppstod.</p>
<p>(6) Naturen som terapeutisk arena</p>	<p>Fikk lade batteriene, naturen var en energiskapende setting.</p> <p>Kom seg bort fra mas og kjas, som telefon/tv, som taper deg for energi.</p> <p>Avkobling fra hverdagen, var rekreasjon å komme ut i naturen.</p> <p>Mye friere å sitte ute i naturen, enn inne i et rom.</p> <p>Lettere å snakke og å åpne seg rundt et bål.</p>	<p>Behagelig og rolig/avslappende å snakke rundt bålet. Bålet viktig som arena for samtale.</p> <p>Større rom og mer åpent ute i naturen kontra et lukket rom inne - var en befrielse.</p> <p>Kommer seg bort fra mas og kjas, fra press og bekymringer – telefon/tv. Fikk en naturlig god ro, ikke noe press.</p> <p>Ble en avkobling, familien slappet av og senket skuldrene.</p> <p>Større rom ute enn inne for å trekke seg ut av situasjoner / samtaler for å få pusterom.</p> <p>Avslappet rundt bålet, med bålpanna og kaffekopp.</p>	<p>Barnet ble mer mottakelig for behandling - naturen er en mer naturlig behandlingssetting for barn, de er i en situasjon som de er kjent med og trives i.</p> <p>Barnet kunne slippe seg mer løst, le og tøyse, var trygg i omgivelsene. Turte vise alle sine sider, ikke legge bånd på seg.</p> <p>Barnet mer mottakelig for samtale og terapi, mer naturlig behandlingssetting ute. Barnet ble mer lukket inne i et tett rom, det føltes unaturlig.</p> <p>Mindre intenst, klamt og mer naturlig ute, dermed lettere</p>	<p>Det var en mer naturlig setting ute, liknet mer på hjemmesituasjonen.</p> <p>Inne ble barnet veldig obs på at han ble observert og vurdert og skal få behandling, mens ute ble det mer som et avbrekk fra dette, en annen setting med nye aktiviteter, og for gutten føltes det mer naturlig.</p>	<p>Naturen som behandlingsarena var velkjent, trygg og naturlig. Det var lettere og føltes mer naturlig å åpne seg og snakke mens man var ute i naturen.</p> <p>Naturlig å samtale om ting rundt bålet.</p> <p>Mer frihet ute, man fikk andre tanker og da pratet man lettere. Noe helt annet enn å være inne i et lukket rom.</p>	<p>Familien kom seg bort fra kjas og mas.</p> <p>Familien fikk gjøre andre ting, som å sitte rundt bålet, bare være ute.</p> <p>Naturlige samtaler rundt bålet</p> <p>Det ble friere og løsere ute, det var mer naturlig å snakke og å åpne seg.</p> <p>Det ble en løsere stemning ute, og barnet ble mindre lukket. Inne følte han seg mer utilpass, han gjemte seg og unngikk da å prate om vanskelige ting.</p> <p>Mer på ungenes premisser</p>

<p>å være seg selv.</p> <p>Lettere å samtale rundt bålet, det gir en ro og man koser seg. Da er det lettere å åpne seg.</p> <p>Mer rom for utagering, uttrykke følelser, trekke seg tilbake ute.</p> <p>Det er andre omgivelser i naturen, det er åpnere, friere, større rom. Det er i tillegg andre ting rundt som man kan fokusere på, trær, bål, elv osv.</p>	<p>ute, terapien og samtalene ble mer tilpasset barna.</p> <p>Ute er det mer luft, større omgivelser, større rom. Det ble ikke så A4. Det ble mer naturlig med andre ting enn bare terapien å fokusere på, som alt rundt i naturen.</p>
--	---

3.1.1 (1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler

Alle informantene la vekt på betydningen av åpne, uformelle og fleksible samtaler som en viktig del av «Maehcceterapiija». Samtalene var endret fra inne på avdelingen, det var en mer avslappet og fri stemning, og samtalene var mer løse og lette, med rom for humor og historiefortelling. Man pratet spontant om ting etter hvert som de oppstod, og snakket om det som var naturlig å snakke om. Man hadde ikke planlagt spesifikke temaer for samtalene, og det var ikke fastsatte klokkeslett for samtalene. Samtalene var mer fleksible og mindre strukturerte ute, enn inne på avdelingen. Det ble vekslet mellom hverdagslig og uformell prat og samtaler om terapeutiske temaer.

«Det blir lettere og friere ute. Alt trenger ikke være så dønn alvorlig - det er også rom til å le - det er også rom til å fleipe... Samtalene sitter løsere av en eller annen grunn - det blir ikke det samme som å sitte inne i et rom - for der blir det mer strukturert og stivt...» (Informant 3)

«Da vi var ute, satt du ikke hele tiden og tenkte at: «okei, det er dette vi skal snakke om nå». Det ble sånn at praten kom mer naturlig ut fra det som man hadde behov for å snakke om der

og da... Du følte liksom at det ble mer avslappet, du kunne liksom være deg selv og prate ordentlig.» (Informant 2)

«Da vi var inne på avdelingen, så ble det liksom sånn at: «Ja, nå er klokka 9, så nå skal vi sitte og prate, og så: «Ja, nå er vi ferdig da, og så fortsetter vi neste time..» (Informant 6)

3.1.2 (2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd

Samtlige informanter beskrev viktigheten av å gjøre praktiske ting og å samtale parallelt. Når man kunne gjøre andre ting samtidig som man samtalte, som det å spille spill eller legge på kubber på bålet, ble det en mer naturlig setting for samtale og lettere åpne seg. Man kunne da også lettere ta tak i konfliktsituasjoner som oppstod der og da og snakke om det, og det ble anledning til miljøterapeutiske tiltak.

«Så, det at han kunne sitte ute og holde på med noe steiner eller et eller annet, gjorde at han ble mye mer mottakelig» Informant 3

«Så alle sammen satt og pratet og spilte spill mens vi pratet. Da kom egentlig samtalen automatisk i gang... Og faren.. Han kunne sitte å hive på mere ved på bålet og se inn i flammene og bare prate og prate i timevis.. Da var han så rolig og avslappet. Gutten også, for den sags skyld...» Informant 2

3.1.3 (3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokuset terapi

Informantene trakk også frem at terapeutene i «Meahcceterapiija» fokuserte på positiv mestring hos barnet og i familiesamhandlingen. Det var mindre fokus rettet mot problemene enn inne på avdelingen. Familiemedlemmene fikk vise positive sider ved seg selv, og barnet som var henvist fikk vise og føle at det mestret, spesielt i praktiske ting som matlaging, båltenning, rydding, fisking osv. Positiv adferd ble forsterket gjennom ros og positiv tilbakemelding fra terapeutene. Alle familiene, unntatt en, var også i kontakt med dyr under sin utflukt. Kontakten med dyr, både gjennom dyrestell og riding eller hundekjøring, fikk frem praktisk mestring, og i tillegg glede, selvstendighet og ansvarsfølelse hos barna. Den positive opplevelsen av mestring og de positive tilbakemeldingene bidro til at det ble skapt større grad av trygghet og åpenhet hos barnet.

«Gutten min fikk vist terapeutene hvordan han kunne kløyve ved og lage bål. Han er med i speider'n og kan jo sånne ting - har kontroll på øks og sag og... Så det var veldig bra. Han smilte fra øre til øre på hele turen. Alt han mestret fikk han vist på den turen.» (Informant 6)

«Rideinstruktøren ga gutten min instruksjoner om hesten, og han tok det med én gang. Og han var trygg og gikk selv og striglet hesten. Han var liksom ikke redd for hesten, selv om det er et stort dyr. Han ble trygg på å ri og å ta instruksjon under trav. Han kjente at han mestret det, og samtidig var vi så mange voksne rundt som støttet og viste han at: «Jøss, kjempebra, kult! Det her fikset du!» Og det gjorde noe med han. Noe sånt kan man ikke få til inne i et rom.» (Informant 3)

«Og så er det noe med det å få positive tilbakemeldinger. Det har vært veldig godt. De (terapeutene) fokuserte mest på det positive i situasjonen og på hvordan vi kunne gjøre ting annerledes.» (Informant 6)

«En dag da vi var på tur, ville jenta mi lage middag til alle sammen. Og det var jo veldig bra, for da fikk hun veldig god respons på at hun var kjempeflink til å lage mat.» (Informant 1)

3.1.4 (4) Terapeut – pasientrelasjonen: Nærhet til terapeutene

I de dagene «Meahcceterapiija» pågår, er familiene og terapeutene sammen gjennom hele døgnet. De lager mat sammen, spiser sammen og gjør aktiviteter sammen. Samtlige informanter beskrev dette praktiske og sosiale fellesskapet og det tette samværet med terapeutene som en viktig del av terapiformen. Informantene så terapeutene på en annen måte ute i naturen ved at de der viste flere sider av seg selv - mer personlige sider - ikke bare «terapeut-siden». De opplevde et nærere, mer likestilt forhold, bl.a. ved at terapeutene delte erfaringer og historier fra sitt eget liv, og at de også kunne vise mindre heldige sider ved seg selv. Dette førte til en opplevelse av større trygghet og tillit, hvor informantene følte seg mer akseptert og respektert. De følte at de ikke trengte å legge skjul på følelser og naturlig adferd og at det dermed ble lettere å ta opp og å samtale om vanskelige tema. Flere av informantene vektla at de tok med seg denne gode relasjonen i den påfølgende behandlingen inne på avdelingen, og at de dermed fikk større utbytte av den resterende tiden av behandlingsoppholdet.

«Vi hadde jo felles måltider og felles aktiviteter, og det var veldig koselig. Vi kom jo tettere innpå dem som jobbet med oss.. For jeg følte jo at da vi var på avdelingen så var vi mer for oss selv, mens på den turen så var vi jo sammen nesten hele døgnet.» (Informant 4)

«Det ble en helt annen stemning mellom oss og terapeutene på turen. Vi ble mer venner enn pasient og terapeut, hvis du skjønner hva jeg mener. Det ble liksom et helt annerledes klima oss imellom, vi tullet og tøyset, samtidig som det bli tatt opp alvorlige tema.» (Informant 3)

«Jeg var veldig fornøyd med familieterapeutene på turen. Da kom de med masse erfaringer fra eget liv som de delte med oss. Og det var veldig, veldig koselige. De ga ingen formaninger - ingenting sånt - alle var veldig jordnære... Vi ble jo som en naturlig familie, på en måte.» (Informant 4)

3.1.5 (5) Styrking av familiebånd / Familien som ressurs

De fleste informantene framhever viktigheten av familiefellesskapet på turen. Man var sammen som en familie, og alle familiemedlemmene deltok i aktivitetene og i samtalene rundt bålet. Det å gjøre praktiske ting i fellesskap gjorde at familien og familiebåndene ble styrket. Barnet og foreldrene fikk samarbeide om å utføre praktiske oppgaver og aktiviteter, som å ri på hest, stelle dyr, tenne bål og lagte mat. Dette bidrog til å få fram flere sider og egenskaper hos den enkelte, og foreldre-barn-relasjonen ble styrket.

«... fordi at vi lærte å bli kjent med oss selv på en annen måte - vi lærte å se gutten vår på en annen måte, og gutten så også alt på en annen måte - en annen måte enn vi gjorde før.» (Informant 2)

«Og vi deltok alle på felles måltider, og lagde mat i lag og prøvde å skape gode stunder i lag..» (Informant 4)

«Det som var veldig fint med den turen, det var jo det at de så oss som helhet. Både svake og sterke sider..» (Informant 6)

3.1.6 (6) Naturen som terapeutisk arena

Samtlige informanter beskriver naturen i seg selv som en viktig del av «Meahcceterapiija». De opplevde den fysiske utvidelsen av terapirommet som terapeutisk gunstig. Det større arealet og friheten ute ga mer rom for utagering og til å utrykke følelser, eller til å trekke seg

tilbake. De beskriver også naturens egen terapeutiske effekt, roen ute i naturen og den avslappende og frie atmosfæren. Man kom seg bort fra mas, kjas og avbrytelser og fikk samlet energi. Naturen ble opplevd som en trygg og kjent arena, og det ble lettere å åpne seg. De opplevde at de tenkte på enn annen måte enn inne i et rom med fire vegger, og at de kunne samtale mer naturlig. Bålet trekkes frem som et egnet samlingspunkt for samtaler. Noen av informantene opplevde at spesielt fedrene åpnet seg lettere rundt bålet enn inne på terapirommet. De trakk også frem at naturen som terapeutisk arena passet meget godt for barn. Ute i naturen var det fokus på aktiviteter på barnas nivå, ting ble gjort mer på ungenes premisser og behandlingen ble mer barnesentrert. Naturen beskrives som en mer naturlig setting for barn, der de kunne slippe seg mer løs, le, tøyse, og være trygg i omgivelsene. Dette igjen gjorde barnet mer mottakelig for terapi. Inne på avdelingen, derimot, ble barna lett passive i et mer ensformig miljø slik at de lukket seg, gjemte seg bak puter og ikke deltok i samtalene.

«Da gutten vår ble virkelig sint, så gikk han ut i skogen og ropte... Han fikk rom til å trekke seg tilbake, trekke seg unna, og så å komme tilbake til oss igjen.» (Informant 3)

«Det blir så intenst inne på terapirommet. Ute blir det ikke så intenst - det er større rom. Og det er andre ting å fokusere på - det er gress, det er trær og det er bål... Det er lettere å prate om ting rundt et bål - mye lettere å kommunisere - det bli på en helt annen måte enn når du sitter i et rom.» (Informant 3)

«Og da vi satt ved bålet, så satt vi og pratet om akkurat de samme tingene som inne, men det ble liksom på en helt annen måte. Du følte deg liksom mer avslappet, du kunne liksom være deg selv og prate ordentlig.» (Informant 2)

«Ute er det mer frihet - det blir noe helt annet og da prater man bedre... Kanskje man får andre tanker når man ikke er inne i et hus... » (Informant 5)

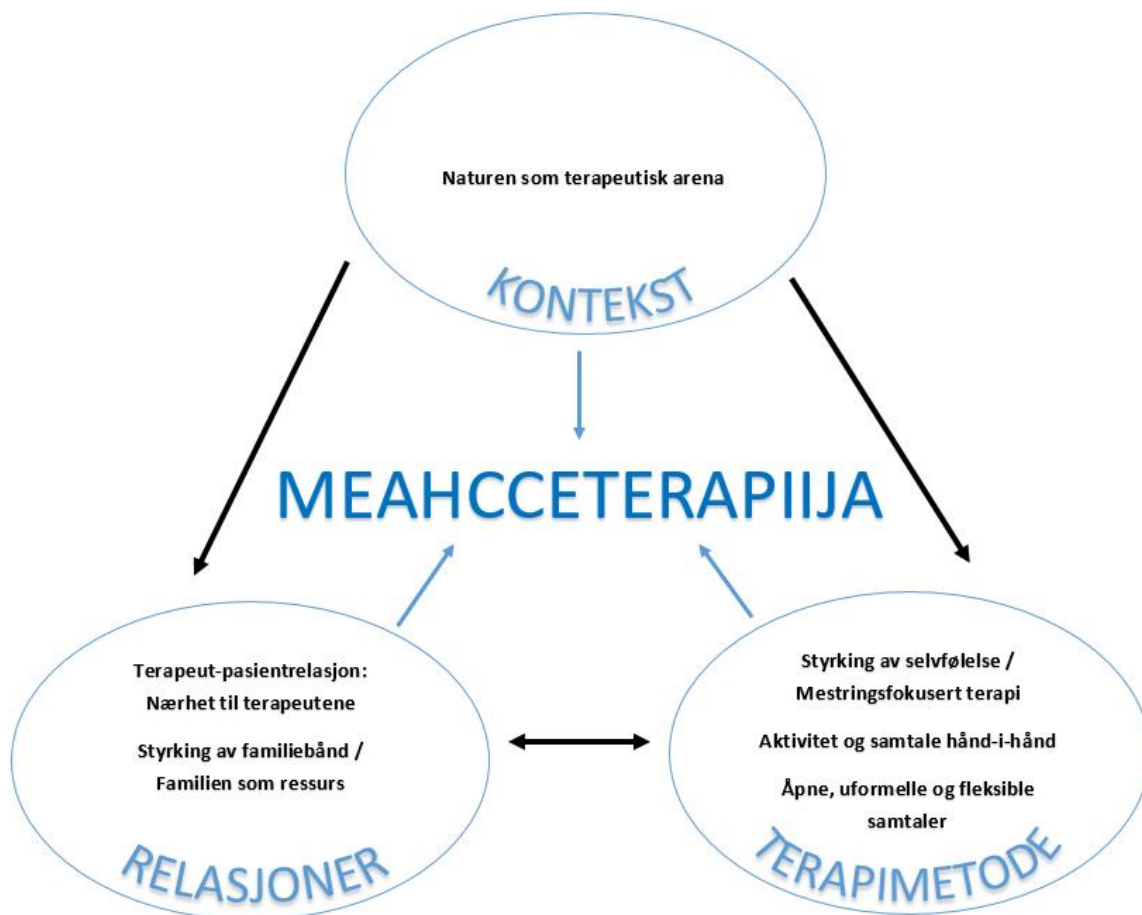
«Det er godt å kom seg ut i naturen - man får ladet batteriene - får mye mer energi»
(Informant 1)

«Du senker skuldrene. Alle har behov for å koble av, egentlig fra alt. Selv om vi var der for å snakke og alt det der, så ble det på en helt annen måte - du merket det ikke på samme måte. Og det var godt.» (Informant 2)

«Ute i naturen så var han mer mottakelig for å høre hva som ble sagt. Og det var ingen mulighet til å gjemme seg bak noen bamse eller noe.. Han måtte liksom bare være seg selv.»
(Informant 3)

3.2 Struktur av «Meahcceterapiija»

Som vist i figur 1, utgjør de tre hovedelementene (a) Kontekst, (b) Terapimetode og (c) Relasjoner til sammen den generelle strukturen av «Meahcceterapiija». De seks nøkkelkomponentene hører alle til under hvert sitt hovedelement. Man ser at de tre hovedelementene alle henger sammen, og påvirker hverandre. Man kan si at naturen som terapeutisk arena, som utgjør konteksten for behandlingsformen, påvirker og legger til rette for selve terapien og bygging av relasjoner. Man kan videre si at nøkkelkomponentene som utgjør selve terapimetoden og nøkkelkomponentene som utgjør relasjoner påvirker hverandre gjensidig.



Figur 1: Struktur av terapiformen «Meahcceterapiija» dannet av nøkkelkomponenter delt inn i tre hovedelementer.

3.3 Kritikk og forslag til forbedringer

Informantenes beskrivelser av «Meahcceterapiija» var overveiende positive, men enkelte nevnte også noen mindre positive sider og kom med forslag til forbedringer. Noen savnet mer struktur når de var ute på tur og at terapeutene kunne ha vært mer aktive i å styre samtalene inn på terapeutiske temaer og det som var vanskelig. De følte også at terapeutene ikke benyttet seg tilstrekkelig av anledningene de hadde til terapeutiske intervensjoner i konkrete situasjoner. Noen trakk i tillegg frem ønske om mer planlegging på forhånd, med mer informasjon og tydeliggjøring av den terapeutiske hensikten med turen, slik at familien ble mer forberedt på hva som ventet dem. For enkelte av informantene ble turen derfor først og fremst opplevd som en rekreasjonstur. Flere informanter mente at 3 dagers turer var for knapt og kunne ønske seg flere dager med «Meahcceterapiija».

«Det er nok veldig gode tanker bak hvorfor man drar på den turen, men det føler jeg at de ikke fikk helt frem, eller forklart oss helt, altså poenget med turen. De fremstilte det for oss som at det her var en avslapningstur, men de observerte oss jo hele tiden, det skjønte man jo.» (Informant 4)

«Det er jo positivt at de får se den positive siden av ungen, men det som var dumt, var at når vi skulle være på en sånn tur, så skulle de også ha fokusert på samhandling og reaksjoner rundt de negative sidene av adferden hans. Men det blir jo veldig lite negativ atferd når han er i et miljø som han trives i, og han ikke får noen ting som trigger problemene hans..»
(Informant 4)

4 Diskusjon

4.1 Viktigste funn

De viktigste funnene fra analysen viser at det å trekke terapien ut i naturen i «Maehcceterapiija» gjør at terapien får en mer naturlig rytme, den blir mindre strukturert og mer fleksibel. Samtalene blir mer uformelle og det blir en mer avslappet og trygg atmosfære ute, kontra inne på avdelingen med tradisjonell terapi. Det blir et skifte fra problemfokusert terapi, til mestringsfokusert terapi, hvor man benytter seg av praktiske aktiviteter og samtaler parallelt. Videre fremstår naturen som en egnet terapeutisk setting for barn. Behandlingen blir mer barnesentrert, barna blir tryggere og mer mottakelige for terapi. Det legges også vekt på å styrke familierelasjonene og familiesamholdet gjennom felles aktiviteter og fremheving av familiens positive sider. Det blir større rom for barnet til å utagere følelser, og for terapeutene til å gjøre observasjon og miljøterapeutiske intervensjoner. Gjennom praktisk fellesskap og tett samvær over tid blir forholdet mellom terapeutene og familien mer egalitært, noe som fører til tryggere pasient – terapeut relasjon.

Den overordnede analysen (figur 1) viser at «Maehcceterapiija» slik den oppleves av intervjuobjektene, bygger på tre terapeutiske hovedelementer: (a) Konteksten, (b) Terapiformen og (c) Relasjoner.

4.2 Diskusjon av funnene

Funnene i analysen kan sammenliknes med funnene til Fernee et al. (23) som er nevnt i innledningen. I sin realitetssyntese av villmarksterapi-studier fant de tre terapeutiske faktorer som skilte seg ut, nemlig: (a) «Villmarken/naturen» i seg selv; (b) personlig kontakt med naturen og aktiviteter som førte til personlig, individuell vekst («Det fysiske selvet»); og (c) sosial kontakt med de andre deltagerne og med terapeutene («Det psykososiale selvet»). Fernee et al. (23) beskriver om (a) «Villmarken/naturen» i seg selv, at den gir en ro for deltagerne og at den roen for enkelte har en helbredende effekt i seg selv. Det å være ute i naturen, borte fra hverdagens forstyrrelser tenkes å føre til at deltagerne får reflekter over sine liv, og til å øke selvinnsikt og oppmerksomhet. (23) Disse beskrivelsene samsvarer med beskrivelsene om naturen som terapeutisk arena som informantene i min undersøkelse kom med. Fernee et al. (23) beskriver også at for noen deltagerne er det i starten et sjokk og at de

føler på en fortvilelse av å komme ut i den ukjente villmarken, men at dette etter hvert endres til en økt selvtillit og mestringsfølelse når deltagerne mestrer aktiviteter i naturen. I «Meahcceterapiija» føler derimot familiene at de kommer til kjente og trygge omgivelser ute i naturen, og beskriver ikke noen fortvilelse av å komme ut. De vektlegger imidlertid økt selvtillit og mestringsfølelse når de mestrer aktiviteter i naturen, på samme måte som deltakerne i andre studier. Med tanke på (b) «Det fysiske selvet» i villmarksterapi-programmer vektlegges utfordringene ved det å være ute i villmarken, som det å være ukomfortabel, takle friluftslivet og de fysiske aktivitetene (23). Deltagerne blir fysisk sterkere, men får også en økt forståelse og mestringsfølelse som over tid kan føre til økt selvtillit, større selvinnsikt og bevissthet ovenfor seg selv og sine omgivelser (23). Informantene i min undersøkelse vektla ikke det fysiske i seg selv som et hovedelement, men trakk frem at utfordringer i forbindelse med praktiske aktiviteter og dyr ga samme positive mestringsfølelse. Når det kommer til (c) «Det psykososiale selvet» peker Fernee et al. (23) på at ved hjelp av små behandlingsgrupper, samt oppmuntring til å stole på hverandre og terapeutene, utfordres deltakerne på villmarksterapi-programmer på sin samhandling med andre og sin tilknytningsevne. Man fremmer pro-sosiale prosesser, tettere relasjoner og tillit ved å tilrettelegge for at deltakerne kan vise alle sine sider, gjennom å ha aktiviteter der deltakerne samarbeider og ved å tilby sosial støtte (23). Tettere relasjoner både mellom deltagerne og imellom deltagere og terapeuter anslås altså å være nøkkelfaktorer i villmarksterapien (23). Til sammenligning viser også resultatene fra min undersøkelse at relasjonen både innad i familien og mellom familien og terapeutene ble tettere og sterkere gjennom «Meahcceterapiija». Samarbeid om praktiske aktiviteter, nært fellesskap over tid og det at terapeutene viste andre sider av seg, selv førte til at familien lettere fikk frem positive sider ved seg selv.

Funnene både i studien til Fernee et al. og i denne studien underbygges av andre internasjonale studier av villmarksterapi, hvor mestringsaspektet, styrking av selvfølelse og sosialt fellesskap og samarbeid går igjen som hovedfaktorer (44-47). «Meahcceterapiija» består i så måte av terapeutiske faktorer som i internasjonale studier av villmarksterapi trekkes frem som effektive i behandlingen.

Selv om man i «Meahcceterapiija» ofte benyttet seg av dyr under utfluktene, og da særlig hester, har man ikke lagt aktivt opp til å integrere dyreassistert behandling («animal assisted

therapy») i denne terapiformen. I «Meahcceterapiija» er hensikten med stell og ridning av hester at familien skal få felles positive opplevelser. Foreldrene ser og opplever nye positive sider ved barna som det å mestre arbeid med store dyr, ta imot instruksjoner, innordne seg regler osv. Det blir også en fin setting for terapeutene å observere samspillet i familien, initiativ og kommunikasjon mellom foreldre og barn og mellom foreldre. Gjennom disse observasjonene kommer mye nyttig informasjon frem som terapeutene bruker videre i behandlingen. Man kan i så måte si at man i «Meahcceterapiija» benytter seg av «animal-assisted activities». Bruken av dyr som en del av behandlingen innen psykiatrien er veldokumentert internasjonalt (48-51). Det finnes flere forskjellige måter å benytte seg av dyr på i terapi. I «animal-assisted therapy» er dyret en integrert del av behandlingsplanen, man har spesifikke mål, konkrete planer og dokumentasjon på hver økt, mens «animal-assisted activities» er en mer uformell aktivitet, der dyret er mer som et supplement i omgivelsene, uten spesifikke mål og planer (51). I denne studien er det et interessant funn at samtlige informanter som har hatt dyr involvert i sin behandling, spontant trekker dette frem som en viktig faktor i terapien. Meahcceterapiija fremstår som en mestringsfokuseret terapiform, og ved å innlemme dyr i terapien gis det gode muligheter til mestringserfaringer. Man kan reflektere over om man burde utnytte denne ressursen som dyr er, i enda større grad i behandlingsopplegget.

Det er internasjonalt gjort flere studier på viktigheten av god relasjon og tillit mellom terapeuter og pasienter for å oppnå resultater med psykoterapi generelt (44, 52-57). Det er også gjort flere studier som viser at deltagere i villmarksterapi-programmer trekker frem at det å være sammen med terapeutene over tid, fører til et sterkere og tryggere relasjon til terapeutene (23, 44, 58), noe som også støttes av funnene i denne studien. Russell og Phillips-Miller (44) identifiserer dette tette forholdet som en hovedfaktor for endring i bedringsprosessen. Viktigheten av pasient-terapeutalliansen i villmarksterapien konstateres også av Russell i 2005 (52).

Tradisjonelt sett har det vært en oppfatning innen psykoterapien at man som terapeut ikke skal la pasienten komme tett innpå seg. Man skal opprettholde en profesjonell distanse hvor pasienten ikke kjenner terapeuten på et personlig plan. Som terapeut skal man forholde seg som en figur som speiler pasienten, et blankt ark som pasienten kan projisere sine problemer på. Terapeuten skal ikke utlevere seg selv til pasienten. I «Meahcceterapiija» er denne ideen forlatt. Familiene og terapeutene kommer tett inn på hverandre også på det private plan. Det

at familiene og terapeutene bor sammen og gjør aktiviteter sammen ute i naturen, fører naturlig til at terapeutene viser en mer privat side av seg selv. Relasjonen mellom terapeuter og familien blir i så måte mer egalitær og intim. Ut i fra resultatene i denne studien kan det synes som at informantene setter pris på en slik type relasjon og at tilliten til terapeutene styrkes ved den.

4.3 «Meahcceterapiija» som terapiform tilpasset samisk kultur

Det kan tenkes at et mer egalitært terapeut-pasientforhold passer bedre for samiske pasienter. I samisk kultur legges det generelt vekt på egalitære mellommenneskelige relasjoner, og slike kommunikasjonsformer kan derfor kjennes mer naturlige. Funnene fra denne studien synes å bekrefte dette. Studien bekrefter dessuten at det å bruke naturen som arena for terapi oppleves som positivt og befriende for samiske foreldre. Selve terapiformen med åpne, mer spontane og uformelle samtaler, og med mye humor, er mer i pakt med samiske samværsmåter enn strukturerte, tidsavgrensede samtaler, noe funnene i studien bekrefter. At aktiviteter og samtaler kan foregå hånd-i-hånd er også mer tilpasset en kultur der direkte, mer konfronterende kommunikasjon «øye-til-øye» om vanskelige følelsesmessige temaer er uvanlig. Informantene i denne studien synes å bekrefte dette.

Selv om tanken bak «Meahcceterapiija» var å utvikle et tilpasset behandlingstilbud for samiske familier, kan det virke som at behandlingsopplegget også kan passe godt for nordnorske familier uten samisk bakgrunn. De nøkkelkomponentene som fremkommer i analysen, er komponenter som harmonerer med den samiske kulturen, men som samtidig er komponenter som er kongruente med nordnorsk kultur og kulturen i Finnmark.

Man kan spørre seg om samiske pasienter vil ha enda bedre nytte av terapiformen enn norske pasienter. Man kan tenke seg at det for samiske pasienter oppleves mer fremmed med tradisjonell behandling inne på en avdeling, og at en slik behandling dermed blir mindre effektiv for disse pasientene. Det kan da tenkes at den positive opplevelsen med «Meahcceterapiija» er sterkere for samiske enn for etnisk norske pasienter. Om man ønsker å sammenligne erfaringen med terapien mellom etniske grupper, bør man gjøre kvantitativ forskning med et større antall informanter.

4.4 Potensiale for forbedringer og utvikling av «Meahcceterapiija» - framtidig forskning

Denne studien er en første brukerevaluering av terapiformen «Meahcceterapiija». Jeg vil anbefale at det gjøres flere studier på denne terapiformen, og da med et større utvalg. Man bør også måle effekten av terapien, dvs. om man finner noen forbedring hos barnet med tanke på problemene før og etter terapien. Man kan også se på hele behandlingsopplegget ved Familieavdelingen ved SANKS, hvor «Meahcceterapiija» inngår som del av det samlede behandlingsopplegget.

Ut fra funnene i denne studien bør avdelingen vurdere om man bør legge opp til noe mer struktur i «Meahcceterapiija». På turen er hele settingen veldig fri og ustrukturert. Man har ikke på forhånd lagt opp til temaer som skal tas opp, og det er ikke avsatt bestemte tidspunkt for terapeutiske samtaler eller intervensjoner. Fra terapeutenes side legges det opp til en «tar det som det kommer»-holdning.. Dette har positive effekter ved at familiene føler seg mer avslappet og det blir mindre intenst. Samtidig kan det føre til at familiene ikke får tatt opp og samtalt om de vanskelige temaene og problemene. Da det blir mer fokus på trivielle samtaletemaer, kan det være en høyere terskel for familien til å vri samtalen over på mer terapeutiske tema. Kanskje ville man fått mer effekt ut av samtalene dersom de ble noe mer strukturerte.

Man kan også vurdere om man i større grad aktivt kan tilrettelegge for situasjoner man kan gå inn i terapeutisk. Det er interessant å legge merke til at enkelte av informantene bemerker at det ikke legges vekt på aktive terapeutiske intervensjoner i løpet av «Meahcceterapiija», og at turen fremstilles som rekreasjon og ikke som en behandlingstur. I «Meahcceterapiija» endres fokuset fra problemfokuset til mestringsfokuset. Dette fører til at familiene får positive opplevelser som kan styrke samholdet i familien, og som kan bidra til at barna får styrket sin identitet og selvfølelse. Det blir en trygg atmosfære, hvor man tenker mindre på problemene og mindre på at det foregår terapi. Men et resultat av dette er også at terapeutene kanskje ikke får observert problemer og utfordringer som familien sliter med. Disse trigges ikke så lett i den trygge, gode konteksten som dannes i «Meahcceterapiija», og man mister i så måte muligheten for miljøterapeutiske intervensjoner i disse situasjonene uten en aktiv tilrettelegging.

Det er også verdt å merke seg at enkelte av informantene var usikre på hva målet med «Meahcceterapiija» egentlig var. Det kan virke som at man i forberedelsene til turen ikke informerte familiene tydelig nok på hva som var den terapeutiske hensikten med turen. Det kan tenkes at familiene kunne hatt et enda bedre behandlingsutbytte av turen dersom de var mer forberedt og var blitt trukket med i bestemmelsen av hvilke temaer man i særlig grad ville arbeide med.

4.5 Metodologiske betraktninger - styrker og svakheter

Dette er en kvalitativ studie med et lite utvalg av informanter. Få informanter medfører at et utvalg kan være skeivt, og at man ikke kan trekke noen generelle slutninger basert på funnene. Jeg kan kun si noe om erfaringene og opplevelsene til de seks informantene jeg har intervjuet. Informantene har utelukkende vært mødre – fedrene ble ikke intervjuet. Det kan tenkes at deres opplevelser ville vært annerledes enn mødrenes. En oppfølgende studie der fedrene intervjues, ville derfor vært nyttig. Utvalget var dessuten skjevfordelt med hensyn på pasientenes kjønn – det var 4 gutter og 1 jente. Det kan også tenkes at resultatene ville vært annerledes dersom kjønnsfordelingen hadde vært mer balansert. Videre var informantene overveiende lavt utdannet (4 av 6 hadde kun grunnskole). Muligens hadde jeg fått andre funn dersom mødrene hadde vært høyt utdannet.

På grunn av få informanter, har jeg i denne studien ikke kunnet undersøke om det er noen typer psykiske vansker som egner seg spesielt godt eller spesielt dårlig til terapiformen «Meahcceterapiija». Funnene kan allikevel tyde på at terapiformen passer til et vidt spekter av diagnoser siden henvisningsårsaken til barna var ganske forskjellige. En større anlagt studie vil kunne si noe mer spesifikt om dette.

En usikkerhetsfaktor i denne studien er hukommelsesaspektet. Det er mulig at informantene ikke husket alle relevante opplysninger i intervjusituasjonen. Det at det hadde gått mange måneder siden behandlingsoppholdet for noen av informantene kan ha forsterket dette.

Intervjuene i denne studien var åpne, ustrukturerte. Dette kan både ha vært en fordel og en ulempe. Langdridge beskriver fordeler og ulemper ved ustrukturerte intervjuer (34). Fordelen er at de er fleksible, det er avslappende for informanten og de gir ofte rikholdige, valide og meningsfulle data. Ulempen kan være at intervjuet kan bli usystematisk og vanskelig å

analysere, dataene man får frem, påvirkes sterkt av mellommenneskelige faktorer og er ikke alltid reliabel (34).

Én mulig svakhet er at jeg som intervjuer ikke hadde kompetanse på fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri, verken teoretisk eller klinisk. Dette kan ha ført til at jeg ikke har fanget opp enkelte aspekter ved terapiformen «Meahcceterapiija», som for erfarne fagfolk ville vært mer åpenbare. Imidlertid har jeg fått god veiledning underveis i prosessen av min hovedveileder som er erfaren barne- og ungdomspsykiater / familierapeut. Dette må vurderes som en kvalitetssikring. På den annen side kan det at jeg gikk inn i oppgaven uten noen særlig forforståelse, ha vært en styrke og ha bidratt til at jeg har møtt informantene med en større åpenhet for deres egne erfaringer.

En annen mulig svakhet er språk- og kulturforskjellene. Siden jeg som intervjuer ikke kan samisk, ble alle intervjuene foretatt på norsk. Informanten med samisk som morsmål ble tilbudt tolk, men følte ikke behov for dette. Det kan allikevel være at mine manglende samiskkunnskaper kan ha påvirket intervjusituasjonen, og at språkbarrieren kan ha ført til misforståelser eller at jeg har gått glipp av noe i beskrivelsene. Om andre erfaringer, historier og opplevelser ville kommet frem derom intervjuet hadde blitt gjennomført på samisk, er ukjent. Det at jeg heller ikke kjenner den samiske kulturen, kan ha gjort det vanskelig å fange opp informantenes meninger og utsagn på korrekt måte.

5 Konklusjon

Slik informantene i denne studien beskriver det, er det seks nøkkelkomponenter som til sammen utgjør behandlingsformen «Meahcceterapiija»: (1) Åpne, uformelle og fleksible samtaler, (2) Aktivitet og samtale hånd-i-hånd, (3) Styrking av selvfølelse / Mestringsfokusert terapi, (4) Terapeut – pasient relasjonen / Nærhet til terapeutene, (5) Styrking av familiebåndene / Familien som ressurs og (6) Naturen som terapeutisk arena.

Informantene gir overveiende positive beskrivelser og opplevelser av behandlingsformen sett fra et brukerperspektiv. Funnene tyder i så måte på at terapiformen er godt tilpasset pasientgruppen den tilbys. Familiene opplever det å ta i bruk naturen som arena for terapi som positivt, og uttrykker at det er en terapiform som man ønsker utvidet. Resultatene fra denne studien kan brukes som grunnlag for å forbedre metoden, og jeg vil oppfordre til å videreutvikle denne terapiformen videre.

6 Referanser

1. Schraufnagel TJ, Wagner AW, Miranda J, Roy-Byrne PP. Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *General hospital psychiatry*. 2006;28(1):27-36.
2. Stephen J. Ziguras, Malina Stankovska, I. Harry Minas. Initiatives for Improving Mental Health Services to Ethnic Minorities in Australia. *Psychiatric Services*. 1999;50(9):1229-31.
3. Dowrick C, Gask L, Edwards S, Aseem S, Bower P, Burroughs H, et al. Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):226.
4. Zuckerman S, Haley J, Roubideaux Y, Lillie-Blanton M. Health service access, use, and insurance coverage among American Indians/Alaska Natives and Whites: what role does the Indian Health Service play? *Am J Public Health*. 2004;94(1):53-9.
5. Barrio C. The Cultural Relevance of Community Support Programs. *Psychiatric Services*. 2000;51(7):879-84.
6. Gone JP, Trimble JE. American Indian and Alaska Native mental health: diverse perspectives on enduring disparities. *Annual review of clinical psychology*. 2012;8:131-60.
7. Collins JC, Rocco TS. Disparities in Healthcare for Racial, Ethnic, and Sexual Minorities. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 2014;2014(142):5-14.
8. Memon A, Taylor K, Mohebati LM, Sundin J, Cooper M, Scanlon T, et al. Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England. *BMJ open*. 2016;6(11):e012337.
9. Sorlie T, Nergard JI. Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment: a comparative study. *Transcultural psychiatry*. 2005;42(2):295-316.
10. Nystad T, Melhus M, Lund E. Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2006;126(6):738-40.
11. Goodkind JR, Ross-Toledo K, John S, Hall JL, Ross L, Freeland L, et al. Rebuilding trust: a community, multiagency, state, and university partnership to improve behavioral health care for American Indian Youth, their families, and communities. *Journal of Community Psychology*. 2011;39(4):452-77.
12. Guadagnolo BA, Cina K, Helbig P, Molloy K, Reiner M, Cook EF, et al. Medical Mistrust and Less Satisfaction With Health Care Among Native Americans Presenting for Cancer Treatment. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2009;20(1):210-26.
13. Burhansstipanov L, Christopher S, Schumacher SA. Lessons learned from community-based participatory research in Indian country. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. 2005;12 Suppl 2:70-6.
14. Nasjonale mål og prioriterte områder for 2015. [Internett]: Helsedirektoratet; 2015-03 [Hentet 2016.09.05] [Available from: <http://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/884/IS-1%202015.pdf>.
15. Lo H-T, Fung KP. Culturally Competent Psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(3):161-70.
16. Gadit AA. Ethnopsychiatry -a review. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2003;53(10):483-90.
17. Sue S, Zane N, Nagayama Hall GC, Berger LK. The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual review of psychology*. 2009;60:525-48.

18. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006;43(4):531-48.
19. Kirmayer LJ, Fraser S-L, Fauras V, Whitley R. Current approaches to aboriginal youth suicide prevention. Cultural and Mental Health Research Unit working paper. 2009;14.
20. Boine R. Meahcce terapiiija - terapi med samiske familier. *Fontene*. 2011(10):52-9.
21. Russell KC. What is Wilderness Therapy? *Journal of Experiential Education*. 2001;24(2):70-9.
22. Russell KC, Farnum J. A concurrent model of the wilderness therapy process. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*. 2004;4(1):39-55.
23. Fernee CR, Gabrielsen LE, Andersen AJ, Mesel T. Unpacking the Black Box of Wilderness Therapy: A Realist Synthesis. *Qual Health Res*. 2017;27(1):114-29.
24. Ang RP, Farihah N, Lau S. An outcome evaluation of the implementation of the Outward Bound Singapore five-day "intercept" program. *Journal of adolescence*. 2014;37(6):771-8.
25. Walker AJ, Onus M, Doyle M, Clare J, McCarthy K. Cognitive rehabilitation after severe traumatic brain injury: a pilot programme of goal planning and outdoor adventure course participation. *Brain injury*. 2005;19(14):1237-41.
26. Margalit D, Ben-Ari A. The Effect of Wilderness Therapy on Adolescents' Cognitive Autonomy and Self-efficacy: Results of a Non-randomized Trial. *Child & Youth Care Forum*. 2014;43(2):181-94.
27. Norton CL. Into the Wilderness-A Case Study: The Psychodynamics of Adolescent Depression and the Need for a Holistic Intervention. *Clinical Social Work Journal*. 2010;38(2):226-35.
28. Rosenberg RS, Lange W, Zebrack B, Moulton S, Kosslyn SM. An outdoor adventure program for young adults with cancer: positive effects on body image and psychosocial functioning. *J Psychosoc Oncol*. 2014;32(5):622-36.
29. Tucker AR, Widmer MA, Faddis T, Randolph B, Gass M. Family Therapy in Outdoor Behavioral Healthcare: Current Practices and Future Possibilities. *Contemporary Family Therapy*. 2016;38(1):32-42.
30. DeMille SM, Montgomery M. Integrating Narrative Family Therapy in an Outdoor Behavioral Healthcare Program: A Case Study. *Contemporary Family Therapy*. 2015;38(1):3-13.
31. Ritchie SD, Wabano MJ, Russell K, Enosse L, Young NL. Promoting resilience and wellbeing through an outdoor intervention designed for Aboriginal adolescents. *Rural and remote health*. 2014;14:2523.
32. Bongo BA, Elstad I. "Samer snakker ikke om helse og sykdom". Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur [avhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø - UiT; 2012.
33. Jávo C. Utviklingen av en barnepsykiatrisk tjeneste for den samiske befolkningen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2007;4(01):90-8.
34. Langdridge D. Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag; 2006.
35. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2002;122(25):2468-72.
36. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Itroduktion til et håndværk. 2. udg. ed. København: Hans Reitzel; 2011.
37. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2008.

38. Giorgi A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1997;28(2):235-60.
39. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring*. 3 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
40. Hovland BI, Bakken KB, Dale O, Johnsen W, Lunde T, Melsom PA-, et al. *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer; 2010 [Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>].
41. Giorgi A. *The descriptive phenomenological method in psychology : a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press; 2009.
42. Kvale S, Brinkmann S. *Det Kvalitative Forskningsintervju*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2017.
43. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, 3th etd. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 1998.
44. Russell KC, Phillips-Miller D. Perspectives on the Wilderness Therapy Process and Its Relation to Outcome. *Child and Youth Care Forum*. 2002;31(6):415-37.
45. Bandoroff S, Scherer DG. Wilderness family therapy: An innovative treatment approach for problem youth. *Journal of Child and Family Studies*. 1994;3(2):175-91.
46. Somervell J, Lambie I. Wilderness therapy within an adolescent sexual offender treatment programme: A qualitative study. *Journal of Sexual Aggression*. 2009;15(2):161-77.
47. Glass JS, Myers JE. Combining the Old and the New to Help Adolescents: Individual Psychology and Adventure-Based Counseling. *J Ment Health Couns*. 2001;23(2):104-14.
48. Pedersen I, Ihlebaek C, Kirkeveld M. Important elements in farm animal-assisted interventions for persons with clinical depression: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(18):1526-34.
49. Nimer J, Lundahl B. Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoos*. 2007;20(3):225-38.
50. Kim O, Hong S, Lee H-A, Chung Y-H, Lee S-J. Animal Assisted Intervention for Rehabilitation Therapy and Psychotherapy. In: Saad M, editor. *Complementary Therapies for the Body, Mind and Soul*. Rijeka: InTech; 2015. p. Ch. 06.
51. Amerine JL, Hubbard GB. Using Animal-assisted Therapy to Enrich Psychotherapy. *Advances in mind-body medicine*. 2016;30(3):11-1.
52. Russell KC. Two Years Later: A Qualitative Assessment of Youth Well-Being and the Role of Aftercare in Outdoor Behavioral Healthcare Treatment. *Child and Youth Care Forum*. 2005;34(3):209-39.
53. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*. 2001;38(4):357-61.
54. Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(3):497-504.
55. Degnan A, Seymour-Hyde A, Harris A, Berry K. The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clin Psychol Psychother*. 2016;23(1):47-65.
56. McLeod BD. Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(4):603-16.

57. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):438-50.
58. Bandoroff S. Wilderness-Adventure Therapy for Delinquent and Pre-Delinquent Youth: A Review of the Literature. Upublisert verk. (ERIC ED377428). 1989.

Vedlegg 1 - Sammendrag av kunnskapsevalueringer hovedartikler

Referanse		GRADE	
Bongo BA, Elstad I. "Samer snakker ikke om helse og sykdom". Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2012. (32)		Dokumentasjon	III
		Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon / kommentar
Hovedspørsmål: Hvilke forståelser kan være aktuelle i samiske samfunn når det gjelder helse og sykdom? Avhandlingen omhandler samers forståelse av helse og sykdom, og er en utforskning av verdier og tradisjoner i samisk kultur.	<u>Studiedesign</u> Kvalitativ studie bygget på filosofisk hermeneutikk og urfolksmetodologi. 21 intervjuer av samiske informanter, tatt opp på bånd, oversatt fra samsik til norsk. Analyse med hermeneutisk fortolkning av intervjuene.	Alle deltakerne i studien uttrykker at samer ikke snakker om helse og sykdom. En nærmer seg helse og sykdom på tause og indirekte måter. Normer om å klare seg selv og ikke vise svakhet står sterkt. Omsorg ytes av de nærmeste, uten at hjelp blir bedt om eller tilbudt direkte. Nærhet og taushet betraktes som god og passende kommunikasjon, som verner om egne og andres følelser og styrke. Å snakke åpent om sykdommer betraktes som upassende, og diagnostiske sykdomsbegreper avvises som dømmende. Samiske begreper som beskriver tilstander blir oppfattet som mildere. Psykiske forstyrrelser kan bli oppfattet som at noen har satt vondt på vedkommende. Disse funnene kan forstås innenfor en horisont der menneskene på ulike måter bør innstille seg på å godta det livet bringer med seg. En kan ikke kontrollere fremtiden, og denne grensen skal heller ikke overskrides med ord. Ved å la være å snakke om helse og sykdom unngår en å forstyrre denne ordenen.	Styrke: Grundig gjennomgang av oppbygging av studien. Forfatters flerkulturelle bakgrunn med sykepleiefaglig kompetanse. Grundig redegjøring av forskning på området. Grundig redegjørelse for studiens vitenskapsteoretiske tilnærming og metodisk fremgangsmåte. Svakhet: Studien er en utforskende studie med bare 21 informanter. Man kan ikke dra noen generell konklusjon ut i fra funnene i studien. Annen litteratur som styrker funnene? - Nystad, T. Melhus, M. & Lund, E. (2006). Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr.6, 126 s.738 – 740. - Broderstad, A. R. (2007). Samer i det flerkulturelle samfunn. Helsefaglige utfordringer. Senter for samisk helseforskning, UiT. Universitetssykehuset Nord-Norge - Dagsvold, I. (2006). 'In gille huma' - de tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft. Masteroppgave i sykepleie og helsevitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø. - Marton, V. (2006). "Nå ska du høre ka æ mene med arv." Samisk forståelse av arv som en utfordring i medisinsk genetik. Avhandling (dr. med.), Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø.
Konklusjon	<u>Rekruttering</u> «Snøballmetoden». Informantene meldte selv interesse for å være med i studien etter å ha fått informasjon om prosjektet ved personlig forespørsel. <u>Inklusjonskriterier:</u> Mellom 25 og 70 år, begge kjønn, samisktalende med samisk som hjemmespråk, og at deltakerne skulle være fra Finnmark. <u>Datagrunnlaget:</u> 21 informanter, 6 menn og 15 kvinner, alder 29 – 70 år, 15 samiske helse- og sosialarbeidere, geografisk opphav fra indre Finnmark og kystområder.		
Land	Norge		
Årstall (datainnsamling)	2007 - 2008		

Referanse: Kirmayer LJ, Fraser S-L, Fauras V, Whitley R. Current approaches to aboriginal youth suicide prevention. Cultural and Mental Health Research Unit working paper. 2009;14. (19)		GRADE	
		Dokumentasjon	IV
		Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon / kommentar
The aim was to review and synthesize the available information on effective suicide prevention strategies applicable to the Aboriginal youth in Canada. And to formulate recommendations for future policy and programs in research and intervention.	<u>Studiedesign</u> Review <u>Inklusjons-/eksklusjonskrit.</u> Ikke tydelig definert <u>Datagrunnlaget</u> Published and gray literature (2003—2008) on current suicide prevention strategies for Aboriginal youth in Canada and comparable populations in the US, Australia, New Zealand and Greenland. Builds on an earlier report that provided comprehensive summaries of the literature (Kirmayer et al., 2007) Litterature search key words: (suicide) AND (youth, program, prevention, postvention, screening, intervention, aboriginal, native, indigenous, Torres Strait, Maori, Métis, Inuit).	Suicide prevention initiatives should: 1. Address the local Aboriginal population as a whole, with a focus on groups at elevated risk 2. Be guided by defined good practice principles such as using a comprehensive multidimensional approach, ensure effective intervention, ensure accessibility, build capacity 3. Be community-based, developed and implemented within the context of a comprehensive and systematic policy framework 4. The research about suicide and mental health research within the indigenous population must be improved. Aboriginal communities must be centrally involved in the tailoring of existing general population interventions. Some specific suicide prevention programs or interventions appear to be most successful, the key components seem to be that they are community-based, involve active partnerships across sectors who coordinate activities, have a well-worked out protocol to address the issues at hand, and can respond quickly to crises. There is a need to improve communications strategies that support knowledge exchange in suicide prevention. Communities may need assistance in establishing the resources necessary to set up appropriate programs and interventions, and in evaluating the success of programs. A national network should be developed for supporting suicide prevention and mental health promotion activities among Aboriginal youth across the country, especially in rural and remote communities.	<u>Styrke:</u> Grundig gjennomgang av eksisterende studier. Diskusjon rundt svakheter ved eksisterende studier. <u>Svakhet:</u> Lite tilfredsstillende beskrivelse av metode. Ikke tydelig definert inklusjons-/eksklusjonskriterier. Ikke tydelig hvor mange studier som er gjennomgått. Ikke tydelig definert studiedesign, bare «review».
Konklusjon			
Clearly need for further research. A suggestion for what suicide prevention programs should consist of based on the results.			
Land			
Canada			
Årstall (datainnsamling)			
2009			

Referanse: Ferneer CR, Gabrielsen LE, Andersen AJW, Mesel T. Unpacking the Black Box of Wilderness Therapy. Qualitative Health Research. 2017;27(1):114-29 (23)			GRADE	
			Dokumentasjon	III
			Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon / kommentar	
The overall objective of is to further explore why, how and for whom wilderness therapy is effective. Referred to as the «Black Box». (a) Which hypotheses regarding the “black box” of wilderness therapy have been proposed in previous in-depth qualitative inquiries? (b) What are the possible conducive combinations of the therapeutic contexts, mechanisms, and outcomes within wilderness therapy according to the included studies? and (c) What is a plausible theory or model of wilderness therapy that can be tested and refined through these explorations into the “black box”?	<u>Studiedesign</u> Realist synthesis <u>Inklusjonskriterier:</u> The primary studies were to include adolescent populations(12 to 18 years). Preferable that the studies included a description of the treatment program and investigated process factors in relation to psychosocial outcomes. Peerreviewed articles published in English from the year 2000. <u>Eksklusjonskriterier:</u> Student and general at-risk populations. Recreational programs that did not explicitly offer an intentional therapy component, according to the aforementioned definition. Studies that focused selectively on treatment for delinquency or substance use, as opposed to mental health problems in general. Books, dissertations, unpublished work, and gray literature. <u>Datagrunnlaget</u> 7 studies. Primary, empirical qualitative studies that have explored single or multiple therapeutic factors within the wilderness therapy treatment process.	Man fant at de tre komponentene fra den valgte utgangsteorien fra Russel & Farnum’s (2004) studie; «the wilderness», «the social self» og «the physical self» var generelle komponenter viktige i et Wilderness therapy-program. I tillegg fant de at man burde legge til en psykologisk komponent til «the social self», som dermed endres til «the psyhosial self».	<u>Styrke:</u> Grundige inklusjons-/eksklusjonskriterier for studiene som ble tatt med, grundig beskrivelse av metode, grundig diskusjon av funn. Konklusjon med at videre forskning trengs. <u>Svakhet:</u> Bare 7 studier inkludert i syntesen – lite datagrunnlag. <u>Hva diskuterer forfatterne?</u> The wide variation among the programs represented in this synthesis and the fact that all the included studies originated from one country, the United States, limits the generalizability of the findings to other programs, contexts, and countries.	
Konklusjon				
Based on the findings they suggest an extension of Russell and Farnum’s (2004) wilderness therapy treatment milieu model, with the three therapeutic fators; «the wilderness», «the social self» and «the physical self», in which a psychological dimension is added. They propose that the psychological component is integrated into the social self category, arriving at a psychosocial self factor. They utilize a tripartite psychosocial classification that understands human action through cognitive, emotional, and behavioral domains. The clinical procedures are suggested to involve an initial psychological assessment, including a diagnostic formulation, followed by the creation of an individual treatment plan with explicit treatment goals. The basis of the wilderness therapy treatment milieu model is maintained, where the self-formulations represent the individual focus of the group treatment.				
Land				
Norway				
Årstall(datainnsamling)				
2016				

Referanse Amerine JL, Hubbard GB. Using Animal-assisted Therapy to Enrich Psychotherapy. Adv Mind Body Med. 2016;30(3):11-8. (51)			GRADE	
			Dokumentasjon	IV
			Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon / kommentar	
Ikke klart definert.	<u>Studiedesign</u> Gjennomgang av 14 eksisterende studier om «Animal Assisted Therapy» fra tidsrommet 2012-2014. Ikke beskrevet mer om metoden.	Animal-assisted therapy (AAT) has been shown to be effective in the treatment of many psychological disorders, including autism spectrum disorders, depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. AAT can be used as an adjunct to other forms of psychotherapy. With AAT, the animal becomes a part of the treatment plan. Outcomes for clients that are associated with the use of AAT include (1) increased sense of comfort and safety, (2) increased motivation, (3) enhanced self-esteem, (4) increased prosocial behaviors, and (5) decreased behavioral problems. AAT provides a bridge for the therapist to develop a therapeutic relationship with a client, and the animal can provide supportive reassurance for the therapist. The amount of data that supports the benefits of AAT for the treatment of those with mental illnesses is growing, but evidence-based research that supports its use is lacking.	<u>Styrke:</u> Grundig beskrivelse av studier som er vurdert/gjennomgått i artikkelen. <u>Svakhet:</u> Ikke tydelig definert formål eller problemstilling. Artikkelen er ikke skrevet etter oppsett for vitenskapelige artikler. Metode ikke beskrevet. Ingen entydig konklusjon. <u>Hva diskuterer forfatterne?</u> The limitations of the studies discussed in this article were consistent. The major methodological issues were a small sample size, nonrandom assignment in the experimental studies, a lack of analysis of confounding variables, and a lack of standardized treatment interventions. Despite those limitations, none of the research negated the value of AAT or concluded that it had negative effects on the treatment of individuals with mental disorders. Questions also exist related to bias because the observations were usually not blinded. The earlier studies also lacked the use of blinded observers, used self-reports of effects, and lacked long-term follow-up. The amount of literature and research on the subject of AAT is growing, with much of it remaining qualitative or descriptive or being case reports with inconsistently measured outcomes. The lack of solid research makes it difficult for AAT to establish acceptance and recognition as an evidence-based intervention, with the lack of a unified theoretical framework impeding the validity of the studies. In the evaluation and study of AAT, it is important to note that despite the methodological weaknesses of the current research, a definite human-animal bond exists that has a calming and prosocial effect on humans, and the therapy should not be negated solely due to the lack of evidencebased research.	
Konklusjon	<u>Inklusjons-/eksklusjonskriterier</u> Ikke beskrevet i artikkelen.			
A major recommendation for improving AAT research is the development of practice guidelines to standardize both the AAT interventions and the selection process for the AAT animals themselves. Those guidelines would greatly assist with the validity and reliability of further research. Other improvements include a universal descriptor tool for the participants, and the development of standard endpoints for the interventions. Further research is needed.	<u>Datagrunnlaget</u> 14 eksisterende studier om «Animal Assisted Therapy» fra tidsrommet 2012-2014.			
Land				
USA				
Årstill (datainnsamling)				
2016				

Referanse: Russell KC, Phillips-Miller D. Perspectives on the Wilderness Therapy Process and Its Relation to Outcome. Child and Youth Care Forum. 2002;31(6):415-37 Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review.(18)			GRADE	
			Dokumentasjon	III
			Anbefaling	C
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon / kommentar	
Thoroughly examine the wilderness therapy process in order to identify key change agents and how these relate to reported outcomes for treatment.	Qualitativ study with unstructured interviews. Questions based on reviews of litterature; why the adolescents were enrolled, thoughts of the process, what they might have learned. A clinical debriefing utilizing group interview techniques was also conducted with staff responsible for the care of each client case study, questions concerning benefits og experience, what aspect of process helped, appropriate aftercare for client. Parents asked by telephone about if child had recived benefits from treatment. Analyzis: constant comparative method, theory-building program NUD • IST.	-Why clients enrolled in Wilderness Therapy: (a)School problems, (b) drugs/alcohol, (c)resistance to other forms of treatment, (d)suppressed anger/emotions, (e)client saying they “needed help”. -How the Wilderness Therapy process helped effect change: (a)relationship established with counselors/leaders, (b)peer dynamic, (c)facilitated reflec- tion on life through use of solo, (d)challenge and structure of process. -Benefits of treatment: (a)desire to “change behavior,” (b)a desire to discontinue drugs/alcohol, (c)desire to be a “better person.” -Aftercare services plays a critical role to maintain the therapeutic progress.	Styrke: Credibility check of results by contacting the respondent by phone, by observation notes, review of coding by others familiar with qualitative method. Study supports previous research. Svakhet: Can’t generalize the findings. No distinct conclusion. <u>Hva diskuterer forfatterne?</u> Strengths/weakness about the interviewsituation – open questions/discussion, but possibility for interviewer to become an advocate for the responder, stray from the academic role. The findings and methods used in this study can be revised, adapted, or strengthened through further qualitative-quantitative mixed method studies, or through quantitative assessments to test the relationship between process factors and outcomes. Further studies can test process factors and their relation to outcomes across multiple counseling approaches to better determine if one approach may be more suitable for certain types of adolescents. Finally, research could focus on the difference in treatment outcomes between wilderness therapy programs and residential treatment centers, as well as intense outpatient interventions, across a variety adolescents exhibiting different emotional and behavioral problems.	
Konklusjon				
No distinct conclusion; «Several implications emerged from this study.”				
Land				
USA				
Årstall (datainnsamling)				
May 1998 and March 1999	<u>Datagrunnlaget</u> 9 male, 3 female adolescents, ages 13–17, whom should enroll, or be enrolled, in wilderness therapy. Four wilderness therapy programs were selected based on their inclusion in the Outdoor Behavioral Healthcare Industry Council (OBHIC). 3 client case studies at each program, based on randomly selected admittance date. 7-10 days was spent in the field observing the three client cases as participant observer.			

Vedlegg 2 - Infoskriv deltakere

Forespørsel om deltakelse i kvalitetsikringsprosjektet

”Pasienters evaluering av behandlingsmetoden «Meahcceterapija»”

Bakgrunn og formål

Studien gjøres som mastergradsoppgave som en del av medisin profesjonsstudiet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Studien gjøres i samarbeid med Familieenheten ved SANKS – Samisk nasjonalt Kompetansesenter.

Formålet med studien er å evaluere en spesiell form for behandlingstilbud ved SANKS. Ved å intervju familie om deres erfaringer og opplevelse av ”Meahcceterapija”, vil man undersøke deres forventninger og opplevd utbytte av denne type behandling. Studien vil gi innblikk i en alternativ måte å arbeide terapeutisk på i psykiatrien, og svare på om en slik tilpasset behandlingsmåte kan være positiv for de pasientene som kommer til SANKS.

Familier som har benyttet seg av tilbudet «Meahcceterapija» i løpet av 2016 vil få spørsmål om å delta i studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at man som forelder stiller til et intervju på ca 1 time. Intervjuet vil foregå en til en. Hvor intervjuet skal finne sted, kan man selv velge. Intervjuet vil ha fokus på de erfaringene man har hatt med «Meahcceterapija», hvordan man opplevde effekten/nyten av behandlingen, og hvilke fordeler og ulemper denne behandlingsformen hadde sammenlignet med behandlingen inne på avdelingen. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, for så å skrives ned og analyseres.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og brukt som beskrevet i formålet med studien. Kun prosjektgruppen, bestående av legestudent Trine Skårland og veilederne: overlege Cecilie Javo og psykologspesialist Anne Cathrine Silviken (Forskningsenheten, SANKS), vil ha tilgang til opplysningene. All informasjon vil anonymiseres slik at ingen av deltakerne eller deres familier vil kunne gjenkjennes. Prosjektet avsluttes ved innlevering av masteroppgaven 01.06. 2017. Alle opplysninger og opptak vil slettes umiddelbart etter avslutning.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet umiddelbart.

Dersom du ønsker å delta, men har spørsmål til studien, ta kontakt med: Trine Skårland, tlf 97144850, mail: trineskarland@gmail.com. Du kan også kontakte hovedveileder Cecilie Javo, tlf 95175948, mail: a-cecili@online.no

Godkjenning

Prosjektet er framlagt for Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ved universitetet i Tromsø. Det er å regne som et kvalitetssikringsprosjekt ved SANKS og ikke et forskningsprosjekt.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien, og er villig til å delta

Dato

Navn

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Følgende spørsmål vil bli stilt i dybdeintervjuet:

Si først noe om hensikten med undersøkelsen (viktig at foreldre til barn som blir innlagt ved SANKS gir tilbakemelding om hvordan de har opplevd tilbudet, slik at behandlingen og kvaliteten kan forbedres. Viktig å evaluere det å flytte terapien ut i naturen).

Bakgrunnsinfo:

Utdanningsnivå, alder og kjønn på henvist barn, henvisningsårsak, etnisk og geografisk bakgrunn.

Innledningsspørsmål:

- Kan du fortelle meg om dine erfaringer fra den uken dere var med på behandlingstur ut i naturen? Du kan fortelle ganske fritt og så kan jeg spørre hvis det er noe jeg lurer på underveis.

Spørsmål som kan stilles i løpet av samtalen:

- Hvilke forventninger og holdninger hadde du til en slik behandlingstur?
- Hvilke fordeler og ulemper hadde denne behandlingsformen sammenlignet med behandlingen inne på avdelingen, sett ut fra ditt perspektiv?
- Hvordan opplevde du effekten av en behandling som denne?