Signe Vallumrød

Sansehagen

Et tilrettelagt tilbud for pasienter med demens

Et læringsprosjekt om universell utforming

Sansehagen sommeren 2005. Fotograf: Dag G. Nordsveen

Tønsberg, Høgskolen i Vestfold, 2005

Rapport 6 / 2005

Høgskolen i Vestfold
Copyright: Høgskolen i Vestfold / Signe Vallumrød
ISBN: 82-7860-144-5

Abstract

Aims

The aim of Stokkeprosjektet was to create good Health services in an educational teamwork in the municipality of Stokke and Vestfold University College, Faculty of health Sciences. Stokkeprosjektet was ambitious to create quality services with a high degree of accessibility**.** The work was aimed at lifting the competence in the local municipality and Vestfold University College. A therapeutic garden was a practical answer to this vision. The wish of an external environment, where the patients did not meet hindrances, came from the employees. When the hindrances were removed the patients had the opportunity to recognize flowers, herbs, trees and so on. Theese experiences can be therapeutic and give meaning to patients with dementia. The patients would thus have the opportunity to experience freedom by moving freely in the outside environment. The therapeutic garden would be an arena for recreation and stress reduction. It is important that the staff, the patients and the relatives feel secure in the garden. The project leader is an assistant professor at the Vestfold University College. Her philosophy is that the result hereby can pave the way for new studies in learning and development of services.

Background

The Vestfold University College and the municipality of Stokke started the collaboration 3 years ago, where the aim was that they together could give services of high quality to the inhabitants of the municipality of Stokke. The Vestfold University College was engaged with creating clinical placements for the students. Good clinical placements in this setting mean a place where the patient experience of reality is taken into consideration. The Vestfold University Colleges can collaborate in projects of public utility, if this has relevance for their professional activities. In the University regulation of 2005 the University Colleges are requested to effect results of development and mediate research. The project reflects a horizontal view of learning, where both the Vestfold University College and the local community take part.

Methods

The approach is characterized by an understanding of the human being seeking coherence in life. It became important to understand the patients with a dementia situation and the employees experiences, to give account of how the external environment could be arranged

for them to experience coherence and well being. Action research and learning were chosen as methods. Broad participation was given great attention, where the actors were involved in a process where change was the goal. Involving the staff and the relatives in the design of the garden enhances a sense of control and ownership. A democratic dialog was emphasized to bring forth knowledge based on experience. In this process learning was of crucial value. Group interviews became a central part of the research process. The conversations were written down by an observer and analyzed by the project leader. A parallel literature study was central in the learning and research process.

Results

The results from the focus group interview showed that the formation of the therapeutic garden seemed appropriate. The patients with dementia had been acquired with a well prepared external environment without to many hindrances. The staffs' impression was that the patients were satisfied with being able to get out. They could observe reduction in stress hereby. Furthermore the employees reported that they had gained a new meaning of being outdoors. The remaining impression of the project leader is that the principles of Universal design are practicable in the act of planning projects of this nature.

Discussion

The patients experience of well being in the therapeutic garden at Soletunet is central. However, what about the vision? Did the project lead to a development of competence at Soletunet, and at the Vestfold University College? A well prepared or laid out therapeutic garden with a highly motivated staff implies a competence lift for the local community. The students will meet the highly motivated staff, and the patients with dementia in the therapeutic garden. The project leader has the impression that the staff at Soletunet behave like a learning organisation.

The project leader used universal design in the project. She did not find much literature about universal design combined with patients with a dementia and outdoor environments. National guidelines attach importance to the value of using universal design.

Key Words: Universal design, learning, therapeutic garden, dementia.

FORORD

I Stokkeprosjektet var det to lektorer i 50% stilling, i tillegg til at Marit Strandquist, som var prosjektleder for alle prosjektene. Lektorene hadde ansvar for studentveiledning og var prosjektledere for hvert sitt prosjekt. Lektoren Signe Vallumrød har vært prosjektleder for Sansehagen. Hun står ansvarlig for denne rapporten. I denne rapporten vil hun bli omtalt som prosjektleder.

Læringsprosjektet Sansehagen skulle føre til et bedre tilbud, for pasienter med demens og de ansatte. Samtidig skulle Soletunet ha attraktive arbeidsplasser og studieplasser for sykepleierstudenter i første studieår. Sykepleierstudentene ble ikke involvert i prosjektet da det var deres første praksisperiode. Studentene skulle lære seg grunnleggende sykepleie og det var ikke forankret ved Høgskolen i Vestfold å flytte fokus fra grunnleggende sykepleie til tjenesteutvikling i deres første praksisperiode i grunnutdanningen. Prosjektleder mener at sykepleierstudentene fra Høgskolen i Vestfold vil profitere på en attraktiv praksisplass i fremtiden, hvor pasientenes opplevelse av virkeligheten er sentral. Prosjektleder er motivert til å forske og skrive videre om tema i lektorstillingen ved høgskolen, hvis det er gjennomførbart. Resultatet av prosjektet kan føre til videre læring og nye studier om læring og tjenesteutvikling i fremtiden. Målet er at resultatene kan føre til en bedre hverdag for pasienter med demens, de ansatte og pårørende.

Sansehagen på Soletunet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten det gode samarbeid med Gjennestad gartnerskole og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. På Gjennestad gartnerskole var samarbeidspartner Kai Raundalen, som er leder for anleggsgartneravdelingen. Han er lærer, og hadde ansvaret for elever som utdannet seg til anleggsgartnere. Elevene på Gjennestad gartnerskole fikk som prosjektoppgave å utforme Sansehagen på Soletunet. Videre er alle fotografier i rapporten, hvor fotograf ikke er nevnt, fotografert av Kai Raundalen. Fra Nasjonalt Kompetansesenter for aldersdemens var kontaktpersonen daglig leder på Granli, spesialist i klinisk psykologi, Arnfinn Eek. Aase-Marit Nygård, spesialist i klinisk psykologi, bidro med veiledning for prosjektleder. Videre var landskapsarkitekt Ellen- Elisabeth Grefsrød en viktig kontaktperson. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens utvikler, forsker og formidler kunnskap blant annet om sansehager. Virksomhetsleder for eiendom i Stokke kommune**,** Johnny Freitag, var en sentral person i prosjektet. Han bidro med sin kunnskap og erfaring for å finne praktiske

løsninger på utformingen og vedlikehold. Arbeidsgruppen fra Soletunet og de pårørende var svært sentrale aktører i dette prosjektet. De blir nærmere presentert senere i rapporten. Jeg vil spesielt takke prosjektleder for Stokkeprosjektet Marit Strandquist for støtte, og diskusjoner gjennom hele prosessen i Sansehageprosjektet. Til slutt vil jeg takke førsteamanuensis Solveig Hauge, førsteamanuensis Kjell Kristoffersen og sosiolog Jan Tore Pedersen for stødig veiledning i skriveprosessen.

Høgskolen i Vestfold 30/8 2005

Signe Vallumrød

STOKKEPROSJEKTET

Gjennom 9-kommunesamarbeidet i Vestfold vokste ideen om et samarbeid mellom Høgskolen i Vestfold og Stokke kommune frem. Stokkeprosjektet ble igangsatt august 2002, og avsluttes august 2005. Samarbeidsavtale ble inngått 04.12.02. Samarbeidet ble forankret i Virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering i kommunen og Avdeling for Helsefag ved høgskolen.

Visjon: ***Gode helsetjenester i lærende samarbeid***

Overordnede mål er tjenesteutvikling innen helsesektoren i Stokke kommune og kompetanseutvikling i kommunen og ved Avdeling for Helsefag. Stokkeprosjektet iverksetter ulike delprosjekter for å bidra til dette. Det gripes tak i problemstillinger og idéer som utøvere og brukere selv vektlegger som viktig å forbedre, endre eller nyskape. Dette holdes opp mot overordnede planer og nyere dokumentert kunnskap. Der interessene møtes, utformes prosjekter. Det søkes ekstern finansiering av prosjektene.

Prosjektleder for Stokkeprosjektet er Marit Strandquist. Prosjektleder er ansatt i Stokke kommune og leder Stokkeprosjektet faglig og administrativt.

Høgskolelektorer i Stokkeprosjektet er Torbjørg Fermann og Signe Vallumrød. Lektorene er ansatt ved høgskolen og har hovedansvar for studenter i kliniske studier i kommunen, deltar i delprosjekter og har særskilt ansvar for utvikling av læringsarena og kompetanse.

Prosjektteamet består av delprosjektledere sammen med prosjektleder. Teamet ivaretar daglig drift og koordinering av prosjektene.
Styringsgruppen har hovedansvar for at Stokkeprosjektet med delprosjekter når målene og for evaluering. Styringsgruppens medlemmer:

Leder av Styringsgruppen:	kommunelege Erik Tholin	(01.08.02 – 01.12.02)
	virksomhetsleder Kari Rasmussen	(02.12.02 – fortsatt)
Medlem fra Stokke kommune:	ordfører Per-Eivind Johansen	(01.08.02 – 15.10.03)

	ordfører Nils Ingar Aabol	(16.10.03 – fortsatt)
Medlem fra Stokke kommune:	hovedtillitsvalgt Erna Kvernberg	(01.08.02 – fortsatt)
Medlem fra HVE, Avd. HE:	dekan Solveig Osland Sandvik	(01.08.02 – 31.07.03)
	dekan Inger Johanne Kraver	(01.08.03 – fortsatt)
Medlem fra HVE, Avd. HE:	kontorsjef Heidi Kristiansen	(01.08.02 – 08.03.04)
	kontorsjef Ståle Langvik Christiansen	(08.03.04 – 01.08.04)
	kontorsjef Roy Hansen	(01.10.04 – fortsatt)
Medlem fra HVE, Avd. HE:	høgskolelektor Margrethe Haga	(01.08.02 – 31.12.03)
	studieleder Anne Lyberg	(01.01.04 – fortsatt)
Sekretær:	prosjektleder Marit Strandquist	(01.08.02 – fortsatt)

Andre delprosjekter i Stokkeprosjektet med ledere:

Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten (samarbeid med Norsk Sykepleierforbund Vestfold)	Lise Adal
Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten	Evy Solheim Fosaas
Struktur og kompetanse i sykehjem	Toril Sund
Rom for læring	Torbjørg Fermann
Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende	Lisbeth Olsen
Kommunalt tverrfaglig Habiliteringsteam for barn og unge	Elisabeth Aarvold
Frivillig arbeid og kultur for pårørende	Wenche Havnås
Tjenestebeskrivelser	Kjersti Berntsen
Pasientansvarlig sykepleier i kommunen	Marit Strandquist
Årshjul for kompetanseutvikling	Marit Strandquist

INNHOLD

1 INNLEDNING 7

1.1 BAKGRUNN FOR SANSEHAGEPROSJEKTET 7

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING 11

1.3 AVGRENSNING AV PROSJEKT 12

2 TEORETISK REFERANSERAMME 15

2.1 SANSEHAGEN BYR PÅ EN VIRKELIGHET SOM KAN OPPLEVES 15

2.2 LÆRING 17

2.2.1 Det sosiokulturelle perspektivet 19

2.2.2 Den proksimale utviklingssonen 20

2.3 PERSON MED DEMENS 25

2.4 GODE OPPLEVELSER 26

3 METODE 29

3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELSE OG VALG AV METODE 29

3.1.1 Ontologisk tilnærming 29

3.1.2 Epistemologiske synspunkt 30

3.2 AKSJONSFORSKNING OG AKSJONSLÆRING SOM METODISK TILNÆRMING 31

3.2.1. Fokusgruppeintervju 34

3.3 Databaser, validitet og reliabilitet 36

4 PLANLEGGING AV SANSEHAGEPROSJEKTET 39

4.1 BRUKERPERSPEKTIVET 39

4.1.1 Møter med pårørende 41

4.2 EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE 43

4.3 SAMREFLEKSJON OG LÆRING I PLANLEGGINGSFASEN 44

4.4 PLASSERING AV SANSEHAGEN 47

5 SANSEHAGEN UTFORMES 49

5.1 UNIVERSELL UTFORMING AV SANSEHAGEN PÅ SOLETUNET 51

5.1.1 Sikkerhet, trygghet, fleksibilitet og den private sfære i Sansehagen 52

5.1.2 Fleksibilitet og valg i Sansehagen 56

5.1.3 Sansehagen har et enkelt design 56

5.1.4 Informasjon til pasienten med demens i Sansehagen 58

5.1.5 Forebygging av uhell i Sansehagen 59

5.1.6 Et komfortabelt design 60
5.1.7 Plass og størrelse i Sansehagen 62

5.2 TILRETTELEGGING FOR HVERDAG OG FEST 63

6 RESULTAT AV FOKUSGRUPPEINTERVJU 67

7 DISKUSJON 71

8 KONKLUSJON 77

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR SANSEHAGEPROSJEKTET

Fra 1994 har Soletunet, virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering i Stokke kommune hatt en tilrettelagt avdeling for personer ved demens. Avdelingen ble bygget på den tiden hvor erfaring og forskning pekte på at institusjonene var upersonlige og ikke ivaretok pasientenes identitet. Hvis sykehjemmet fikk et hjemlig preg, ville institusjonenes destruktive funksjon avta (Hauge, 2004). Dette ble gjenspeilet i nasjonale føringer (St.meld.nr.50, 1996-1997). På Soletunet, i Stokke kommune, består avdelingen for pasienter med demens av tre enheter. Når pasientene med demens skulle ut i hagen eller på tur, var hjemmesykepleiens biler det første de så ute. Dette førte til at pasientene svært ofte ga utrykk for at de ville hjem eller på kjøretur, når de kom ut. Situasjonene ute kunne ofte bli ubehaglige for pasientene, pårørende og de ansatte, både på avdelingen for pasienter med demens, de som jobbet i hjemmesykepleien. Nedenfor presenteres et fotografi som viser hva som møtte pasientene med demens, før Sansehagen ble etablert. Døren i bakgrunnen er utgangsdør for to av enhetene. Den tredje enheten hadde også utgangsdør som vendte mot bilene.

Hagen til pasientene med demens i mars 2003. Fotograf: Benjamin Strandquist.

På bildet hvor hjemmesykepleiens biler er plassert utenfor avdelingen for pasienter med demens, ser man hva pasientene møtte i det de gikk ut av dørene fra de tre enhetene avdelingen består av. Det har tidligere blitt nevnt at pasientene med demens ville hjem og på kjøretur, når de så hjemmesykepleiens biler. I pasientens langtidshukommelse (LTM) var det lagret minner fra kjøreturer tidligere (Nyborg, 1994). En kjøretur ender som regel hjemme til slutt. Det at pasientene med demens gir utrykk for at de vil hjem, kan også være et symptom på indre kaos (Engedal et al., 2004).

Kommunen har mange oppgaver å løse. I følge forskning mangler det ikke på gode hensikter fra Storting, regjering og sentraladministrasjon. Det er ikke alltid helt innlysende hvordan førstelinjetjensten skal innfri disse velferdsambisjonene (Vike et al., 2002). Stokkeprosjektet hadde som mål å innfri noen av de tjenester kommunenes innbyggere har blitt lovet i blant annet stortingsmeldinger, forskrifter, lovverk og av politikere. Prosjektene skulle ta utgangspunkt i hva de ansatte mente skulle prioriteres.

Da Stokkeprosjektet ble startet opp, ble det foretatt en kartleggingsundersøkelse, om hvilke prosjekter Stokkeprosjektet skulle prioritere. Det var et klart ønske fra de ansatte på Soletunet å få en sansehage, som var tilrettelagt for pasientene med demens (Strandquist, 2002). Etter kartleggingsundersøkelsen i Stokkeprosjektet ble det formulert mål for prosjektene i Stokkeprosjektet. Disse ble senere godkjent av styringsgruppen for Stokkeprosjektet. Det ble vektlagt at medarbeiderne skulle være delaktige i de utfordrende prosessene i Stokkeprosjektet. Det skulle skapes kvalitet på tjenestene, samtidig som arbeidstagerne skulle ha spennende arbeidsplasser som fremmet læring og trivsel. Styringsgruppen vedtok at det skulle brukes lektorressurs på prosjektledelse av Sansehagen. Sansehageprosjektet harmoniserte bra med Stokkeprosjektets mål for tjenesteutvikling. ”Stokke kommune tilbyr riktige helsetjenester til brukere. Tjenestene skal kjennetegnes ved god kvalitet og tilgjengelighet. Fordeling av tjenestene skal være riktig og tilpasset behov til den enkelte bruker” (Strandquist, 2003).

Samarbeidsprosjekter som Stokkeprosjektet har vært etterspurt (Lawton, 2001). Statens råd for funksjonshemmede har rettet oppmerksomheten mot at det er et behov for å utvikle høgskolenes kompetanse sammen med fagmiljøene. De anbefaler at det skapes en arena for tverrfaglig tjenesteutvikling. Dette bør skje i et samarbeid mellom høgskoler, brukermiljø

og praksisfelt (St.meld.nr.40, 2002-2003). Det er legitimt for høgskolene å delta i slike prosjekter. Hvis prosjekter har interesse for høgskolenes faglige virksomhet og er samfunnsnyttige, kan høgskolene delta i prosjekter i samfunnet, i følge paragraf 17 i loven for universitet og høgskoler (Universitetsloven, 2003). I Sansehageprosjektet ble kompetanse utviklet av høgskole, praksisfelt og brukermiljø. I Universitetsloven §1-3 blir høgskolen oppfordret til å formidle resultat fra både forskning og utviklingsarbeid. Universitets- og høgskoleloven har fra 2002, vektlagt ansvaret for å samarbeide med samfunns-og arbeidsliv (Universitetsloven, 2005).

Høgskolen i Vestfold er opptatt av å ha gode praksisplasser for studentene. Det er i høgskolens interesse at kommunehelsetjenestens tilbud harmoniserer med nasjonale og internasjonale føringer, anerkjent forskning og teori. Høgskolen i Vestfold var i Stokke-prosjektet opptatt av aksjonslæring eller horisontal læring, hvor høgskolen finner gode løsninger sammen med praksis.

Hensikten med designet i Sansehagen er å legge til rette i størst mulig grad for de gode opplevelser for pasientene med demens. Designet i Sansehagen skulle være av en slik karakter at uønskede følelser og oppførsel hos pasientene med demens ble minimalisert. Et annet mål var læring om generelle retningslinjer for utforming av sansehager, for å få best mulig resultat (Lawton, 2001).

Ut fra en biologisk medisinsk forståelse behandler man individet, når vedkommende har en funksjonshemming. Når det gjelder pasienter med demens kan tilnærmingen være medikamentell. En annen modell har begynt å tegne seg. Man tar da utgangspunkt i det relasjonelle. I denne sammenhengen blir pasientens møte med miljøet vektlagt. Det er i møte med miljøet at hindringene oppstår. En engelsk forskningsgruppe som kaller seg Disabled Peoples International bruker begrepet impairment om det individuelle biologiske nivå. Her kommer det frem hva personen ikke mestrer. Begrepet disability derimot dreier seg om at omgivelser som ikke er tilpasset, skaper barrierer for personer med impairment. Denne gruppen av britiske forskere har medlemmer med impairment. De vektlegger at man må ta høyde for variasjoner, og planleggingen må sørge for at man ikke systematisk fratar mennesker med impairments de mulighetene som andre har. Disabled Peoples International har kommet med et konstruktivt forslag. De vektlegger tilgjengelighet og tilrettelegging. Gruppen er opptatt av at Universell utforming er en planleggingstrategi.

Universell utforming vektlegger likestilling for alle. Samfunnet skal tilpasses individet. Planleggingsstrategien Universell utforming er mye brukt i arkitektur (Manneråk, 2001). Som prosjektleder har jeg valgt å bruke denne strategien i planlegging av Sansehagen. Det var interessant å anvende prinsippene om universell utforming i arbeidet med Sansehagen, fordi de tar utgangspunkt i at personer med funksjonsnedsettelser opplever hindringer i møte med miljøet. Oppgaven ble da å tilrettelegge Sansehagen tilstrekkelig, slik at hindringene blir fjernet i den grad det er mulig (St.meld.nr.40, 2002-2003). Personer med Impairments har ikke spesielle behov. Det er de grunnleggende behov som skal dekkes (Manneråk, 2001). I dette tilfelle dreier det seg om å komme ut. Når pasientene med demens kommer ut, gjelder det å maksimere de gode opplevelser.

Er tilrettelegging av uteareal noe vi bør lære mer om å gjennomføre, for pasienter med demens? I FNs standardregler, Rule 5 Accesibility, rettes oppmerksomheten mot tilrettelegging av uteareal.

> "States should initiate measures to remove the obstacles to participation in the physical environment. Such measures should be to develop standards and guidelines and to consider enacting legislation to ensure accessibility to various areas in society, such as housing, buildings, public transport services and other means of transportation, streets and other outdoor environments" (UN, 1993).

EU er opptatt av sosialpolitkk. De retter oppmerksomheten mot tiltak rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne og eldre. Målet er å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne sikres like muligheter som andre. Tilgjengeligheten sikres ved å hjelp av universell utforming (Syse and Justis- og politidepartementet, 2005).

I Norge vektlegges det at offentlig virksomhet skal ta i bruk prinsippene om Universell utforming for å fremme tilgjengelighet for alle. Det kan virke som om nasjonale føringer i større grad enn tidligere retter oppmerksomheten mot at utestenging fra felles goder i samfunnet er diskriminerende (Syse and Justis- og politidepartementet, 2005). Prosjektleder mener at retten til å komme ut er et felles gode i samfunnet.

Sansehageprosjektet skulle realisere kvalitetsforskriftene. I kvalitetsforskriftene rettes oppmerksomheten mot at brukere av pleie- og omsorgstjenesten får tilfredstilt sine

grunnleggende behov. Et av punktene som vektlegges er å sikre brukergruppen: ”tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne” (St.meld.nr.45, 2002-2003). Kvalitetsforskriften av 27 februar 1997 er opphevet. I kvalitetsforskriften som trådte i kraft 1.juli 2003 nevner man ikke begrepet ute. Derimot står det at de har rett til tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Soletunet har plasser til pasienter med demens, kreftpasienter, langtidspasienter, som er somatisk syke, og pasienter som har behov for rehabilitering. Avdelingene til disse pasientene er samlet i 2 og 3 etasje i en egen bygning. I første etasje er det kantine. Utenfor kantinen er det en hage som heter Mollykroken. Der Mollykroken slutter, går en vei som fører til inngangen ved kjøkkenet. Fram til denne inngangen er det transport av matvarer og medisinske utstyr til Soletunet. Matavfall og søppel tømmes her. Det ble foretatt en kartlegging av transporten. Transporten foregår alle hverdager mellom 08.00-15.00. Det er ikke mange lastebiler hver dag, men det kan være mer enn nok til å forstyrre pasientene med demens. Bygningen for pasientene med demens er på den andre siden av transportveien til kjøkkenet. Hvis man skal til Mollykroken fra den tilrettelagte avdelingen for pasienter med demens, må man passere denne transportruten. Når pasientene med demens beveget seg ut fra avdelingen, fikk de først øye på hjemmesykepleiens biler, som tidligere nevnt. Deretter hadde de mulighet til å møte på lastebilene som fraktet mat og medisinsk utstyr til kjøkkeninngangen. Videre var det biler parkert på veien mot kjøkkenet. Hvis de ville bevege seg videre, var det også parkering langs neste vei.

Det var de ansatte, på avdelingen for pasienter med demens, som fremmet ønske om en tilrettelagt Sansehage for pasientene med demens. En tur ut førte lett til uro for pasientene med demens. Personale og pårørende kom opp i svært tidkrevende og utfordrende arbeidsoppgaver. Bemanningen på sykehjem ofte er helt marginal. Det er et faktum, at beboerne ofte kommer for lite ut. (Kruger, 2002).

Mandatet i dette prosjektet var klart. Målgruppen for Sansehagen var pasientene som var samlet i avdelingen for pasienter med demens. Dagpasientene med demensproblematikk er også knyttet til denne avdelingen. Utformingen av Sansehagen var prosjektets hovedmål.

Sansehagen skulle være tilrettelagt for pasientene med demens. Deretter var det viktig at Sansehagen kunne bli utnyttet på en hensiktsmessig måte for målgruppen og eventuelt andre. Pasientene med demens skulle oppleve livsutfoldelse i hagen, på lik linje med andre. Det var et sterkt ønske fra virksomhetsleder, avdelingsleder og de ansatte at Sansehagen skulle brukes og skape trivsel på Soletunet. Det var forankret hos ledelsen på Soletunet at utelivet skulle ha høy prioritet i hverdagen på avdelingen. Dette er ingen salderingspost. Ingen skal tvinges ut, men det skal legges til rette for at pasientene har muligheter til å stimulere sansene ute, og få gode opplevelser ute. Prosjektet skulle ved god utforming tilrettelegge for at dette kan gjennomføres i en travel hverdag. Bemanningen ville være den samme etter at Sansehagen var etablert. Tilretteleggingen i Sansehagen ble derfor avgjørende for å nå disse målene. Prosjektets problemstillinger ble følgende:

Hvordan kan læring om universell utforming gi mulighet for gode opplevelser for pasienter med demens i Sansehagen?

Filosofen Wittgenstein var opptatt av at vi kan villedes av språket. År ut og inn grunnet han på begrep. Det var begrep i forhold til blant annet betydning, forståelse, setning og logikk (Wittgenstein, 1997). Hvis handlingen i arbeidet med Sansehager er avhengig av begrepenes innhold, vil det være av stor verdi å ha en felles forståelse av begrepene. Sentrale begrep vil bli presentert, i håp om at det er mulig å få en felles forståelse av begrepene i denne sammenhengen. Begrepene blir nærmere presentert i kapittel 2.

1.3 AVGRENSNING AV PROSJEKT

I prosjektet ble oppmerksomheten rettet mot utforming av Sansehagen. Tverrfaglig læring i teamet for å få utformet Sansehagen hensiktsmessig, var sentralt i dette oppdraget. Alle prosjektene i Stokkeprosjektet skulle skje i et lærende samarbeid. Rammefaktorene i Sansehageprosjektet har ikke tillatt at alle aktørene kunne arbeide med begrepsforståelse og fordypning i teori og forskning. Temaet universell utforming og læring har fått stor plass i rapporten. Som høgskolelektor ble jeg oppmerksom på prinsippene om universell utforming. Læringsteori og teori om universell utforming, som er flettet inn i rapporten, er ut fra prosjektleders tolkning av hvilke læringssyn og annen teori, som var mest aktuelt i prosjektet.

Sentrale bakenforliggende forståelsesformer, for meg som prosjektleder, har vært motivasjonsteori og Bourdieus kultursosiologi. Siden noen begrensninger må foretas, vil disse teoriene ikke bli trukket frem i rapporten.

Prosjektet har ikke analysert bemanning, som er en av rammefaktorene for å få tid til et kvalitativt godt tilbud, utover mat og bleieskift (Kruger, 2002). Siden oppmerksomheten i rapporten ikke rettes mot terapeutisk bruk av Sansehagen, er temaet bemanning ikke beskrevet. Sansehagen skulle bli så godt tilrettelagt, at man ikke skulle være avhengig av bemanning utover det normale for å la pasientene være ute. Når det gjelder utformingen av Sansehagen, var det viktig at den ble tilrettelagt tilstrekkelig for å ivareta at pasientene trygt kunne ferdes ute med normal bemanning

Prosjektarbeid og prosjektledelse er sentralt i et prosjekt. Det har blitt brukt verktøy som milepelsplaner og teori om prosjektledelse i rapporten. Teori om prosjektledelse vil likevel ikke bli beskrevet i denne rapporten.

Vedlikehold av Sansehagen kan være svært sentralt for trivselen. Det har vært problematisert og drøftet både vinter og sommervedlikehold. Prosjektleder ønsket å formalisere vedlikeholdet, men ble fritatt for det av virksomhetsleder. Av den grunn blir ikke vedlikehold trukket frem i noen særlig grad i denne rapporten.

To medisinske firma, Lundback og Pfizer bidro økonomisk til at arbeidsgruppen kunne dra på studietur til Sinnenas tradgård i Stockholm. Det var en inspirerende tur, som har vært til inspirasjon for samrefleksjon og læring for arbeidsgruppe og prosjektleder. I rapporten vil det kun bli flettet inn noen historier fra den organiserte omvisningen.

Mange brukere opplever mangelfulle tjenester, men regjeringen har som mål å styrke brukermedvirkningen (St.meld.40. 2002-2003). Som prosjektleder har jeg forsøkt å gjennomføre brukermedvirkning ved å ha dialog med pårørende og danne arbeidsgruppe. Disse tiltakene er gjennomført for å respektere brukerne, og samtidig bruke de muligheter som finnes for å la deres stemme bli hørt. I prosjektet har vi også profitert på de erfaringer som Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens kunne bidra med. Det er en indirekte metode for å lytte til brukerne. Dette temaet er svært viktig, og det hadde vært ønskelig å

legge vekt på hva brukerperspektivet egentlig er. Det kunne vært spennende å presentere teori og forskning om menneskerettigheter, empowerment og independent living. I denne rapporten har valget falt på en mer praksisrettet tilnærming til brukerperspektivet fremfor en teoretisk tilnærming.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

Prosjektbeskrivelsen blir presentert ut fra prosjektleders forståelse av hva som har vært sentralt i forhold til begrep, teori, erfaring og forståelse for å få et vellykket prosjekt.

2.1 SANSEHAGEN BYR PÅ EN VIRKELIGHET SOM KAN OPPLEVES

I Persia, Egypt og Østen hadde man hager for rekreasjon allerede i oldtiden. I Europa hadde klostrene terapeutiske hager. Videre fattet psykiatriske sykehus interesse for terapeutiske hager fra midten av attenhundretallet. Medisin av mer fysisk karakter har ikke vektlagt grønne omgivelsers betydning for mennesket, på samme måte. På engelsk brukes begrepene healing gardens eller therapeutic gardens. I dag brukes hager ofte i rehabiliteringsøyemed, for forskjellige målgrupper (Grefsrød, 2002).

Sansehagen i september 2003. Fotograf: Marit Borgen, Tønsbergs Blad.

Den første hagen, som ble spesielt tilrettelagt for pasienter med demens i Sverige, ble bygget i Stockholm for vel 5 år siden. Den ble poetisk nok, kalt Sinnenas trädgård. Ideen om terapeutiske hager er langt fra ny. I U.S.A, England, Japan og Sverige har man jobbet

lenge med ideen på tvers av fag. Det anlegges flere sansehager rundt omkring i Norge for tiden.
Mennesker i Norden, som ikke er berøvet sin frihet, har vekslet mellom å leve sine liv ute og inne. Hvis man tenker tilbake på historien om Eva og Adam i Paradis, så er de ute. Man kan spørre seg hvorfor er det betydningsfullt å kunne være ute? Forskere har forsøkt å belyse dette ut fra forskjellige modeller. Det blir kort presentert et par modeller nedenfor.

Den humanøkologiske forklaringsmodellen vektlegger behovet for grønne omgivelser. Dette skyldes et nedarvet naturminne. Modellen retter oppmerksomheten mot at mennesket måtte mestre naturen for å overleve. Mennesket ble utviklet ute i naturen (Grefsrød, 2002).

Den miljøpsykologiske forklaringsmodellen fokuserer på grønne omgivelsers helsefremmende effekter, som for eksempel stressreduksjon. Denne modellen peker på at mennesket startet sin utvikling i omgivelser med natur, vegetasjon og vann. Mennesket har evnen til å oppnå rekreasjon i naturen. Naturen blir et sted å kvitte seg med stress og samle energi (Grefsrød, 2002).

Når det i spørreundersøkelser blir spurt om hvor den enkelte søker tilflukt i stressede situasjoner, får man som oftest til svar at man søker tilflukt ute i naturen, i en hage eller en park. Det er også interessant at mange svarer at sinnsstemningen som oftest forandrer seg. Personen merker at man kan føle seg stille og rolig når man kommer ut, til tross for at man følte seg deprimert, stresset og engstelig kort tid før i et innemiljø. Det er opplevelsen av trær, blomster, fuglesang, årstider, frisk luft og lignende som respondentene oppgir som utslagsgivende for humørendring, velvære og stressreduksjon (Barnes and Marcus, 1999). Den svenske psykologen Lars Tornstam er opptatt av konsensuell validering. Det betyr at eldre har en klar oppfatning av hvem de er, og at det må valideres, eller bekreftes av omgivelsene. Det blir da viktig med gjenkjennende omgivelser. Det skal ikke problematiseres i denne rapporten, om hvor klar oppfatning personer med demens har av hvem de er. Det blir mer vektlagt å konstruere gjenkjennende omgivelser. I den grad planter, trær, busker, urter og blomster kan gjenkjennes og sørge for konsensus mellom oppfatning av egen person og bekreftelse på det i utemiljø er det positivt (Grefsrød, 2002).

2.2 LÆRING

Stokkeprosjektets visjon er at de gode helsetjenester skal utvikles i et lærende samarbeid. Hva mener vi egentlig med læring? Er det et produkt, eller er det en prosess? Alle kan mene noe om læring, men vi tolker begrepet forskjellig ut fra teoretisk skolering og de erfaringene vi har gjort oss. Det var lett å bli enige i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgruppe om at læring er viktig. Verre var det da vi skulle tolke hva man mente med læring i Stokkeprosjektet. Hva skal vi lære? Hvem skal lære? Hvordan lærer vi? Hvorfor skal vi lære? Hvordan er byttehandelen når det gjelder læring i Stokkeprosjektet? Er prinsipper, måter å oppleve virkeligheten på, erfaring, metoder og arbeidsmåter noe vi kan utnytte i ordinær drift på Soletunet og Høgskolen i Vestfold? Er det læring for læringens skyld?

Olga Dyste spør om læringsperspektivet er retorikk? Det er lett å dokumentere undervisning. Derimot er det ikke lett å dokumentere læring (Dysthe 2001). Første skritt kan være å ha en felles forståelse av hva læring kan være.

Universitet og høgskoler har ingen lang tradisjon med å engasjere seg i samfunnet. Da Stanford University i California begynte å samarbeide med næringslivet i Silicon Valley, ble de ikke tatt helt på alvor av andre universiteter. Den gamle vertikale utviklingen av kunnskap ble byttet ut med en horisontal tenkning om læring og forskning. Nå skulle ikke kunnskapen nødvendigvis bli overført fra eliteuniversitet og andre utdanningsinstitusjoner til arbeidslivet. I den horisontale tenkningen skulle læring og forskning være en interaksjon mellom individ og organisasjoner. De sosiokulturelle faktorer av betydning var støttende myndigheter og gode relasjoner mellom arbeidsliv og universitet. Den horisontale modellen for læring og forskning førte til en oppblomstring av industrien i Silicon Valley for omtrent 20 år siden. Er denne metoden for å lære, aktuell i Skandinavia? I Sverige startet universitetet i Linkjøping og Umeå opp med en horisontal tenkning om læring. Læring og forskning kunne skje i samhandling med omgivelsene (Brulin, 1998).

Tiller deler opp i tre paradigmer. I det første paradigme har forskeren avstand og ingen påvirkningsmulighet overfor personer og situasjoner. I det andre paradigme befinner forskeren seg i feltet for å forstå ” fra innsiden”. I det tredje paradigme foregår forskningen i et partnerskap. Begrep som aksjonsforskning og aksjonslæring brukes. I et forskende partnerskap stiller praktikere og forskere spørsmålene sammen. Svarene forsøker man å

finne sammen. Spørsmålene styrer prosessen. To eller flere parter vandrer sammen for å finne svar. I prosessen går sporene nær hverandre, og av og til skilles de for så og møtes igjen (Tiller and Norsk lærerlag, 1995). I Sansehageprosjektet skjer læringen i et partnerskap mellom høgskolen i Vestfold og Stokke kommune. Modellen for læring var overveiende horisontal i prosjektet. Aksjonslæringen i dette prosjektet hadde en rekke aktører som var opptatt av læring og tjenesteforbedring eller "riktige helsetjenester" (Strandquist, 2003). På 1990 tallet rettet man oppmerksomheten mot hvordan læring kunne fungere innenfor organisasjon og ledelse. Man spurte seg hvilke møter mellom mennesker som kunne bidra til læring og at kunnskap blir spredd. I en lærende organisasjon vil forandring, som følge av læring, være et stabilt trekk (Levin and Klev, 2002) .

I Sansehageprosjektet hadde vi en tverrfaglig arbeidsgruppe som søkte nye løsninger, for å nå et klart definert felles mål sammen. Alle bidro med sine kunnskaper og erfaringer. Det var også eksterne samarbeidspartnere som hadde læring og tjenesteforbedring i fokus. Aksjonslæringen har ofte materiell endring som mål. Endringen i dette prosjektet skulle forbedre målgruppens levekår (Tiller, 2000). Prosjektets forankring førte til at prosjektleder tolket dette prosjektet til hovedsakelig å dreie seg om aksjonslæring. Det lærende felleskap preges av gjensidighet og avhengighet. Som prosjektleder, utsatte jeg meg for å bli påvirket av personene jeg lærte sammen med. Det er innlysende at det motsatte også kunne skje (Bjørnsrud, 2004)). Metoden medførte samarbeid med mange aktører. I rapporten er det ikke fokusert på individuell læring. Mye av læringen skjedde selvfølgelig individuelt. Når det sosiokulturelle læringsperspektivet har blitt fremhevet, er det fordi prosjektleder mener dette perspektivet harmoniserer med Stokkeprosjektets mål og fører til et bedre resultat. Individuell læring har skjedd parallelt for deltagerne i prosjektet.

Hvilket læringssyn kan man bygge videre på i et slikt prosjekt? Holder det med teori om aksjonslæring og horisontal og vertikal modell om læring på høgskolen? Aksjonslæring starter ofte med spørsmål om hvordan man kan forbedre sitt arbeide (JeanMCNiff, 2000). Et slikt spørsmål har personalet på avdelingen for pasienter med demens på Soletunet stilt seg selv og hverandre i mange år. Hvordan kan vi tilrettelegge, slik at pasientene får gode opplevelser ute? Aksjonsforskning støtter seg sjelden til et paradigme (Tiller, 2000). Det betyr at det ikke er noen innlysende måte å nå målet på i dette prosjektet. Det vil av denne grunn bli presentert forskjellige syn på læring i denne rapporten.

Styrken i aksjonslæring er at deltagerne i en organisasjon via refleksjon utvikler og anvender kunnskaper som allerede finnes i organisasjonen. I følge Tiller er refleksjonen et varemerke for en bedre hverdag. Refleksjon og læring blir en kontinuerlig prosess for å gi en bedre praktisk hverdag i organisasjonen (Bjørnsrud, 2004).

Parallelt med Sansehageprosjektet var den andre høgskolelektoren, Torbjørg Fermann, prosjektleder for prosjektet Rom for læring i Stokkeprosjektet. Siden prosjektleder for Sansehagen var høgskolelektor og pedagog, var det naturlig å trekke henne med til en viss grad i prosjektet Rom for læring. I prosjektet, Rom for læring, skulle det være samrefleksjonsgrupper. I disse gruppene skulle man reflektere sammen. Men hva mente vi egentlig med samrefleksjon? Begge lektorene lette etter en passende definisjon. Definisjonen som blir presentert, er definisjonen jeg konstruerte som et mulig bidrag til Rom for læring. Den ble ikke brukt i prosjektet Rom for læring. Derimot ble den brukt i alle faser i Sansehageprosjektet. Definisjonen er inspirert av professor Erling Lars Dale bøker om erfaring, tenkning, struktur, pedagogisk praksis og refleksjon (Dale, 1993). I definisjonen nedenfor er ingrediensene fra refleksjon i skolen flyttet over til praksis i kommunehelsetjenesten. Erling Lars Dale har bekreftet i en telefonsamtale at de viktigste ingrediensene for samrefleksjon er med i definisjonen.

> ”Samrefleksjon fungerer som et speil, hvor enkeltpersoner og team ser seg selv og sine handlinger i yrkesfeltet. Refleksjonen bør være i forhold til sentrale begrep og mål i virksomheten. Den enkeltes og teamets opplevelse av å ha nådd virksomhetens mål er sentral. I den grad det er mulig og ønskelig trekker man inn faktakunnskap og pasienters opplevelse av at målet er nådd. Erfaringene systematiseres og brukes videre i virksomheten”

2.2.1 Det sosiokulturelle perspektivet

Et perspektiv bør få spesiell oppmerksomhet, når det gjelder læring i dette prosjektet. Det er det sosiokulturelle læringsperspektivet. Dette perspektivet beveger seg vekk fra individorientert læringsteori. En velkjent representant for dette perspektivet er Vygotskij,

som vokste opp i Sovjet. Det sosiokulturelle perspektivet på læring harmoniserer stort sett med synet på læring i Sansehageprosjektet. Vygotskij mente at individet kunne utnytte og bruke læringen i nye settinger (Säljö, 2001). Fordi læring er overordnet i prosjektet, blir det ikke operert med en smal definisjon på læring. Tvert i mot blir forskjellige måter å se på læring på presentert, for å belyse kompleksiteten i læring. Fordi læringen skjedde i samhandling med andre kompetente personer i dette prosjektet er det sosiokulturelle perspektivet dominerende både i prosjektet og rapporten. Innenfor dette perspektivet har valget falt på å presentere den proksimale utviklingssonen.

2.2.2 Den proksimale utviklingssonen

Den proksimale utviklingssonen er opprinnelig et perspektiv på barnets mulighet til å lære. Prosjektleder har i likhet med mange andre tillatt seg å presentere denne teorien i rapporten, selv om den er konstruert for å forstå barns læring. Perspektivet har ofte blitt brukt for å belyse læring i andre settinger. Dette sosiokulturelle perspektiv er utviklet under andre kulturelle betingelser enn hva vi har opplevd i vår del av verden. Den russiske pedagogen Vygotskij var opptatt av barnets læring. Læring skulle tilpasses barnets utviklingstrinn. Læring måtte med andre ord harmonisere med modning. Det ble hevdet at læring av skriving, lesing og aritmetikk burde skje på et visst alderstrinn. Vygotskij var opptatt av at denne tankegangen kan virke begrensende. Han mente det var viktig å finne det aktuelle utviklingsnivå. Det vil si hva barnet behersket alene. Vygotskij er opptatt av tilrettelegging av undervisning for barn. Hvis man tilrettelegger undervisningen, vil man oppdage at noen barn kan forstå problemstillinger, som passer eldre barn. Andre barn har ikke samme kapasitet. Han presenterer følgende eksempel. To barn er ti år. Mental utviklingsalder tilsvarer åtte år. Vygotskij mener man kan si at de uavhengig av hverandre løser oppgaver, som tilsvarer standardiserte oppgaver for åtteåringer. Vygotskij ville nå sette inn en innsats for å få barna til å forstå et problem med forskjellige metoder. Hva hvis det viser seg at et barn kan løse oppgaver tilpasset ni års alder, mens det andre barnet løser oppgaver tiltenkt barn i tolv års alder. Distansen mellom det aktuelle utviklingsnivå og den potensielle utviklingsnivå, kalles den proksimale utviklingssonen. På det aktuelle utviklingsnivå løses oppgavene individuelt. Når det gjelder den proksimale utviklingssonen blir oppgavene løst ved hjelp av guiding fra voksne eller andre mer kompetente personer. Vygotskij var opptatt av at mennesket hele tiden utvikler seg. Det er mulig å adaptere kunnskaper fra våre omgivelser. Mennesket oppfatter nye sosiale praksiser. I den

proksimale utviklingssonen er fokus på hva den enkelte kan prestere alene og hva man kan prestere ved hjelp av personer med mer kompetanse (Vygotskij and Cole, 1978). Det interessante er at teorien ser muligheter og ressurser. Grensen mellom å beherske og ikke, blir mer flytende. Hvis vi får veiledning kan vi beherske atskillig mer, enn om vi blir overlatt til oss selv. Slik kan kunnskaps og ferdighetsoverføring fungere.
Læringspotensialet er i fokus i denne teorien. Den proksimale utviklingssonen skal illustrere hvor langt vi kan komme med tilrettelegging for læring. Det viktigste er ikke hvor ståstedet for læring er, på det aktuelle tidspunkt. I Sansehageprosjektet ville det alltid være en eller flere personer som har bedre kompetanse enn andre, om et tema. Det gjelder å tenke dynamisk om læring. Den som har kunnskap og erfaring guider den eller de andre til å få den samme forståelsen eller læringen, som er nødvendig for å nå prosjektets mål. Ved at aktørene på Soletunet er underveis, i den proksimale utviklingssonen, beveger seg fra det aktuelle nivå for læring og over i den proksimale utviklingssonen, er det et stort potensiale for læring i Sansehageprosjektet. Oppgavene skal kontinuerlig løses sammen med mer kompetente personer i dette læringsprosjektet. Det vil variere hvem som er den mest kompetente person ut fra hvilke oppgaver som skal løses.
Det sosiokulturelle perspektivet ble brukt både i planlegging, utforming og evaluering av Sansehagen. Læringen skjer innenfor Stokkeprosjektets sosiokulturelle betingelser (Saljø 2000). I et sosiokulturelt perspektiv dreier det seg om hvordan de psykiske strukturene blir konstruert, i samspill mellom individet og omverden (Illeris 1999). Vygotskij var ikke kun interessert i samhandling mellom mennesker. Han interesserte seg også for samhandling mellom mennesker og kulturelle redskaper av ulike slag. Sansehagen og innholdet i Sansehagen kan være eksempel på kulturelle redskap (Dysthe, 2001). Det sosiokulturelle perspektiv var et tidlig alternativ til amerikansk behavioristisk læringsforståelse. Det var et samfunnsorientert alternativ til blant annet Piagets individorienterte læringsteori. Selv om individorienterte læringsteorier ikke er vektlagt i denne rapporten, ville det være naivt å tro at man kan utelukke individorienterte læringsteorier i utformingen av Sansehagen.

2.2.3 Universell utforming

Den engelske psykiater Wing påpekte allerede i 1967 at det fysiske miljøet hadde stor betydning for i hvilken grad personer med demens kunne fungere (Wogn-Henriksen et al., 1997).

Hvilke retningslinjer skulle man forholde seg til når tilgjengeligheten til uteområde skulle ivaretas, for pasientene med demens på Soletunet? Prosjektleder valgte å bruke prinsippene for Universell utforming. Et mer folkelig utrykk for universell utforming er " Design for alle." Et annet synonym er "barrierefri design" (Iwarsson, 2003). Hva er så universell utforming?
Ron Mace sier det på denne måten "Universal design is the design of products and environments to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaption or specialized design." (http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/ud).
Mace konstruerte begrepet Universal Design. Han mente at det var viktig å tenke tilgjengelighet fra starten av når det gjaldt nye etableringer. Designet skulle fra starten av ta i bruk designet for å tilrettelegge for en bredest mulig gruppe av befolkningen (Pisha, 2001). Hans visjon lever videre i senteret for Universell design i North Carolina. Senteret ble grunnlagt med støtte fra the National Institute on Disability and Rehabilitation Research i 1989. Senteret har fra 1994 følgende mandat:

1. "Develop a variety of affordable housing options and innovative approaches to designing, financing, and managing models of accessible and adaptive housing; and
2. Investigate applications of universal design in the home environment "(http: www.design.ncsu.edu/cud/center/aboutus.htm).

Punkt to, som vektlegger hjemmets omgivelser, er relevant for Sansehageprosjektet. Avdelingen for demens blir da sett på som en avdeling som tilstreber å fjerne institusjonens upersonlige og nedbrytende preg (Hauge, 2004).

Først og fremst er universell utforming et verdensomspennende bevegelse. Universell utforming utmerker seg med brukervennlighet, og at utformingen er funksjonell. Et annet begrep, som er brukt, er "inkluderende design." Den Norske Husbanken har vært pådriver for universell design I Norge. Husbanken er ingen opplæringsinstitusjon og har intet ansvar for opplæring i dette tema. Likevel har Husbanken tatt frustrasjonen til brukere på alvor. Husbanken påvirker læreplan til skoler og universitet som utdanner personer som lærer bort og planlegger bygninger og omgivelser (Christophersen and Husbanken, 2002). Den underliggende tolkingen av universelt design er at det er to typer i befolkningen. Det er normalbefolkningen, og befolkningen som avviker fra normal befolkningen. Resultatet kan

godt bli stigmatisering og segresjon. Universell design ivaretar demokratiske ideer og likhet blant borgerne (Iwarsson, 2003). Prinsippene vil bli kort presentert.

Prinsipp nummer 1.

Det første av de syv prinsippene ivaretar at designet er nyttig og anvendelig for alle, samtidig som det tjener forskjellige funksjoner. Videre rettes oppmerksomheten mot at designet gir mulighet til lik tolkning for brukerne. Designet ivaretar at ingen blir stigmatisert eller utestengt. Sikkerhet, trygghet og den private sfære skal ivaretas. Videre krav er at designet er så fleksibelt i bruk, at det kan appellere til alle brukerne (http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overwiew.htm)
(Christophersen and Husbanken, 2002, Christophersen, 1998).

Prinsipp nummer 2.

Prinsipp nummer to fokuserer på at designet er så fleksibelt, at brukeren har mulighet til å velge hvordan designet skal brukes. Designet skal ivareta den enkeltes mulighet til fremkommelighet og bevegelse
(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm) (Gulbrandsen and Christophersen, 2001, Christophersen and Husbanken, 2002).

Prinsipp nummer 3.

Det tredje prinsippet vektlegger at designet er enkelt å forstå. Det skal være uavhengig av faktorer som erfaring, kunnskap, språkferdigheter og konsentrasjonsevner. Informasjon bør være enkel og samsvare med forventninger og intuisjon. Videre må informasjonen vurderes ut fra om den er verdifull
(http:// design.ncsu.edu/cud/edu/univ_design/princ_overview.htm).
(Christophersen and Husbanken, 2002)) (Christophersen, 1998, Gulbrandsen and Christophersen, 2001).

Prinsipp nummer 4.

I prinsipp nummer fire kommuniseres tilstrekkelig informasjon effektivt til brukeren. Forskjellige metoder for informasjon benyttes for å sørge for at budskapet kan bli oppfattet, til tross for brukerens begrensninger. Designet gjør det lett å finne instruksjon eller retning.
Designet ivaretar at informasjonen trer tydelig frem som en kontrast til omgivelsene

(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm)
(Christophersen, 1998) (Christophersen and Husbanken, 2002).

Prinsipp nummer 5.

Det femte prinsippet ivaretar å redusere uhell til et minimum. Dette gjøres ved å tilrettelegge for bruk av de mest tilgjengelige områder. Risikofylte element blir fjernet fra miljøet. Designet er komfortabelt å bruke
(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm)
(Christophersen and Husbanken, 2002).

Prinsipp nummer 6.

I det sjette prinsippet sørger man for at designet er anvendbart på en komfortabel måte, uten å utmatte personene fysisk. Det skal være mulig å ha en neutral kroppsposisjon.
(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm)
(Christophersen and Husbanken, 2002).

Prinsipp nummer 7.

I det siste prinsippet er oppmerksomheten rettet mot at man har sørget for at plass og størrelse er vurdert i forhold til tilgjengelighet. Tilgjengeligheten skal være uavhengig av kroppstørrelse, mobilitet eller holdning. Designet ivaretar at man kan nå alle komponenter enten man sitter eller står. Det skal være mulig på en komfortabel måte
(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm)
(Christophersen and Husbanken, 2002).

Disse prinsippene harmoniserer bra med prosjektets mål. I Sansehagen på Soletunet er målet at pasientene med demens ikke skal oppleve hindringer eller barrierer på grunn av sin funksjonsnedsettelse. De skal oppleve frihet og kunne ha gode sanseopplevelser, som kan vekke gode minner og gi en opplevelse av mestring av tilværelsen, til tross for funksjonsnedsettelsen.

2.3 PERSON MED DEMENS

Person med demens er i denne oppgaven pasientene, som har sitt hjem på en tilrettelagt avdelingen på Soletunet. Det er dagpasienter knyttet til denne avdelingen. De er brukere av Sansehagen, på lik linje med pasientene med demens på avdelingen. I Stokkeprosjektet har vi hatt mange diskusjoner om vi skal si pasient, bruker, beboer eller personer med demens i prosjektet. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, er opptatt av at vi anvender begrepet personer eller pasienter med demens, isteden for den demente. Av respekt for målgruppen for dette prosjektet, brukes det litt omfattende begrepet, person med demens eller pasient med demens. Det er også pasienter med demens på andre avdelinger på Soletunet. Det nevnes stadig i litteraturen at opptil 70 % av beboere på sykehjem har grader av demens. Hva er så demens? Ut fra et medisinsink synspunkt er det en patologisk tilstand med hjerneforandringer. Tidligere mente man at det var en naturlig aldringsprosess Sykdommen er kronisk og av progredierende natur. Kognitive funksjoner som blant annet minne, tenking, læringsevne, orienteringsevne og språk blir berørt av sykdommen. Psykiatrien fokuserer på hvordan humør, oppførsel, kognitive funksjoner og personlighet blir affisert (Davis, 2004). Sykdommen kan føre til en rekke kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Rapporten vil kun trekke frem noen av symptomene for å synliggjøre at pasienten med demens har store problem med å forholde seg hensiktsmessig til virkeligheten.

Hvordan oppleves det å ha demens? Hvordan er det å være desorientert i forhold til tid og sted? Hva vet en person med demens? Kjenner personen sin egen alder og status? Lever kone og barn? Hvordan brukes gjenstandene, som man omgir seg med? Klarer jeg å kle på meg i dag? Opplevelsen av situasjon, er i stor grad avhengig av miljøet. Når personer med demens opplever overveldende situasjoner, oppstår sterke reaksjoner som gråt, engstelse, sinne og anklager. Den mentale svikten fører til at mange situasjoner kan virke overveldende. Når situasjonen oppleves uhåndterbar og kaotisk, gir personer med demens ofte utrykk for at de vil hjem. Det kan være nok å bli bedt om å løfte skuldrene. En deltager i en trimgruppe hadde problemer med en slik utfordring og ga umiddelbart inntrykk av at hun måtte se til å komme seg hjem (Engedal et al., 2004)).

Personer med demens kan virke både apatiske og interesseløse. De slutter med tidligere aktiviteter og ligger eller sitter hele dagen. En annen variant er at pasienten er rastløs og urolig. Er en slik aktivitet egentlig meningsløs? Er det slik at de som har vært på farten

hele sitt liv plutselig setter seg ned når hukommelse og orienteringsevne begynner å svikte? Hvis personene med demens i tillegg er irritable og aggressive, kompliseres samspillet med omgivelsene. Det er stor sannsynlighet for at sviktende opplevelse av mestring i dagliglivet, overstimulering og uoversiktlige fysiske stimuli kan utløse uønsket atferd og følelsesmessige reaksjoner som angst, sinne, depresjon og fortvilelse hos personer med demens (Engedal et al., 2004).

Focault har kritisert den patologiske tilnærming til sykdom, også når det gjelder demens. Han fjerner seg fra en biomedisinsk forklaringsmodell. Han peker på at den levende kropp kan ses på som et offentlig objekt med en slik sykdom. Canguilhem gjorde mye av Focaults arbeider tilgjengelige. Han vektlegger at helse er dynamisk og ser muligheten av å tilpasse omgivelsene aktivt (Davis, 2004). I denne rapporten vektlegges ressursene og tilretteleggingen for personen med demens i utemiljøet på institusjon. Det er viktig at pasientene med de ovenfor nevnte symptomer, har en best mulig opplevelse av virkeligheten.

2.4 GODE OPPLEVELSER

En studie av Hallberg fra 1990 viste at på flere alderspsykiatriske avdelinger at pleie, måltider og medisinutdeling var i fokus når personalet hadde pasientkontakt. I 89 % av tiden var personene med demens rett og slett overlatt til eget initiativ (Wogn-Henriksen et al., 1997). Dette eksemplet er nevnt kun for å minne om at personalet har store utfordringer på avdelinger for personer med demens. Det er viktig å konstruere kreative løsninger, for å tilrettelegge for gode opplevelser for pasientene med demens. Tjenesteforbedringen i dette prosjektet er et tilrettelagt utemiljø. Fokuset i prosjektet har vært å finne frem til hva som kan gi mening og velvære for den enkelte pasient. Professor Aaron Antonovsky rettet oppmerksomheten mot hva som blir begripelig og meningsfullt for individet. Han var opptatt av hvordan opplevelsen av sammenheng motvirker stress, og har betydning for helse. Han rettet oppmerksomheten mot KASAM, det vil i kortversjon si at det var viktig for individet å få en ”kjensle av sammenheng.” Personer med demens vil bombarderes av stressorer. De har store problemer med å orientere seg i tilværelsen. Ved å stimulere sansene og aktivisere langtisdminne (LTM) kan personene med demens huske fra lang tid tilbake. Det blir et overordnet mål å gjøre tilværelsen mest mulig begripelig,

slik at den kan oppleves meningsfull. I følge Antonovsky vil det virke helsefremmende å gjøre stressorene forståelige (Antonovsky, 2000).

Fotografiet er hentet fra hjemmesiden til Sinnenas trädgård

Det å få en følelse av sammenheng, fungerer som et bakteppe gjennom alle scenene i Sansehageprosjektet. Pårørende og de ansatte var enige om at det skulle vektlegges å stimulere minnene. Dette skulle ivaretas ved å plante blomster, bær, urter og busker som pasientene med demens skulle ha mulighet til å kjenne igjen fra gamle dager. Personer med demens kan huske via ledertråder (cues). I demenssomsorgen har man brukt for eksempel bilder. Ledertråden i dette prosjektet er hva sansene kan oppfatte som er gjenkjennbart ute. Det har vært gjort en del reminisensarbeid som gruppearbeid, på institusjoner for personer med demens. Målsettingen har ofte vært å stimulere til kontakt med andre. Det er viktig at personalet har gode kunnskaper om den enkeltes barndom, ungdom og tidlig voksen alder. En tar da utgangspunkt i gode opplevelser fra planter, musikk, bøker og annet for å skape gode opplevelser (Engedal et al., 2004).

Ut fra et fenomenologisk syn, hvor pasientens opplevelse av sin situasjon er viktigst, er man opptatt av spenningsforholdet mellom diagnosen demens og det å være. Man tenker seg at diagnosen demens underminerer det å være. Kitwood etterlyser menneskelig behandling av personer med fremskreden demens. Han påpeker at det har stor verdi med omgivelser, som stimulerer til velvære og opplevelse av trygghet (Davis, 2004).

Er det nå slik at frisk luft, jordbær, fuglesang og regndråper kan føre til velvære, trygghet og mening? Yonne Westerberg var prosjektleder for Sinnenas Trädgard i Stockholm. Hun forteller om den deprimerte kvinnen, som aldri snakket. Hun holdt seg alltid i bakgrunn. Denne pasienten var dypt deprimert. En dag utbrøt hun: ”Ronneby. Ronneby. ” Hun holdt en stein i sin hånd. Stenen hadde vekket opp minner fra hennes ungdom. Som ung hadde kvinnen hatt hage i Ronneby. Westerberg forteller samtidig at når ektemannen kom på besøk tidligere, hadde de vært henvist til store saler. Hun retter oppmerksomheten mot at syn, hørsel og lukteinntrykk kan være intakt (Thomas, 1999). Det er ganske interessant å registrere at kvinnen tok på steinen. Ved at sansene ble stimulert fungerte de som ledertråder til hukommelsen og langtidshukommelsen (Engedal et al., 2004))(Frøyen, 1995). Steinen var verktøyet som satte henne på sporet til fortiden. Naturen kan skjenke oss dufter, lyder, vakre synsopplevelser, gode smaksopplevelser og vi kan ta på steiner og annet. Steinen hjalp kvinnen til å finne ”hjem.” Språket ga ikke trygghet, støtte eller bekreftelse på hvem hun var (Lumbholt, 2000).

3 METODE

Presentasjonen av prosjektet avspeiler ikke runddansen til prosjektleder mellom metodelitteratur, litteratur om sentrale tema, aksjonslæring, aksjonsforskning og praktiske valg og gjøremål i prosjektet.

Det er noen overordnede filosofiske spørsmål, som jeg som høgskolelektor har vært tvunget til å ta stilling til i prosjektet. De blir presentert nedenfor. Samtidig som jeg har oppdraget som prosjektleder av Sansehagen, er jeg høgskolelektor. Presentasjonen av metodekapittelet er preget av min tilknytning til høgskolen.

3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELSE OG VALG AV METODE

3.1.1 Ontologisk tilnærming

Prosjektleder vil forsøke å vise frem den ontologiske forståelsen som designet bygger på. Det er tre spørsmål som er aktuelle å avklare. Først og fremst er det: Hva er et menneske? Neste spørsmål, jeg som prosjektleder må posisjonere meg i forhold til er: Hvordan er mennesket i verden? Til slutt må man spørre seg: Hvordan er den verden som mennesket befinner seg i?

I denne rapporten blir mennesket sett på som et fortolkende vesen, som søker mening. Når mennesket sanser, er det med kropp og sjel som en enhet. Det er den subjektive opplevelsen som er utgangspunktet (Alvesson and Sköldberg, 1994). Heidegger mener at erfaringene er like verdifulle, selv om personen ikke er i stand til å skildre dem med ord. Erfaringene får en overordnet rolle i forhold til språket i slike tilfelle (Heidegger, 1981). Personer med demens, kan ha problemer med å bruke språket for å skildre eller beskrive erfaringene.

Hvordan er mennesket i verden? Heidegger sier det slik, at vi uten samtykke kastes inn i en eksistens og en verden som det gjelder å finne seg til rette i. Gadamer mener at vi alltid

sanser og opplever verden med utgangspunkt i tidligere opplevelser. Vi fortolker, og søker mening i tilværelsen. Gadamer er opptatt av at vi forsøker å forstå det konkrete i den verden vi lever i (Alvesson and Sköldberg, 1994) .

Til slutt må man spørre om den verden mennesket lever i. Hvordan oppfattes den? Hvordan kan vi forsøke å forstå personer med demens i deres livsverden? Vi må forsøke å forstå hvordan livsverden kan oppfattes av personer med demens, ved å forstå at mennesket oppfatter situasjoner forskjellig på bakgrunn av sine erfaringer og sin forståelseshorisont (Alvesson and Sköldberg, 1994).

3.1.2 Epistemologiske synspunkt

Kan man generalisere ut fra det ovenfor nevnte syn på hva et mennesket er, hvordan det er plassert i verden og hvordan verden egentlig er? Det blir viktig å ta hensyn til at det som er sannhet i en situasjon, ikke nødvendigvis er sannhet i en annen situasjon. All sannhet er avgrenset. Det blir avgjørende ut fra dette synet å ta hensyn til konteksten mennesket er plassert i. Spørsmålet kan være om det er slik at mennesker med samme diagnose i en fremtidig lignende kontekst, vil ha den samme subjektive sanseopplevelsen som i dette prosjektet? Selv om kunnskapen om Sansehaver er avgrenset, kan den være gyldig i andre sammenhenger.

Kunnskap om personer med demens, sansehaver og universell utforming eller annen kunnskap, er kunnskap som vil forandre seg over tid. Det kan skyldes at en ser nye sider ved fenomenet. Hvis man fokuserer på andre elementer ved Sansehager, universell utforming og annet, blir kunnskapen annerledes. Gadamer mener at vi kan bevege oss i retning av ny kunnskap. Det betinger at vi har en spørrende og åpen tilnærming til fenomenene vi forholder oss til (Alvesson and Sköldberg, 1994). Ved å ha en åpen tilnærming til fenomenene hvor en ikke bare vil bekrefte det man trodde var sant, vil man kunne bidra til at kunnskapen vil forandre seg over tid.

Har vi felles erfaringer om Sansehager? Når erfaringene blir meningsfulle og formidlet, kan vi akseptere erfaringene som sanne. Sannheten er avhengig av intersubjektiviteten mellom aktørene i sansehageprosjektet og prosjektleder. Videre er krysningspunktet

mellom prosjektleder og leseren eller den som blir fortalt om prosjektet. (Alvesson and Sköldberg, 1994) Sannheten bygger ut fra en fenomenologisk forståelse om at vi har en felles forståelse av et fenomen. Hvis erfaringene fra læringen om universell utforming førte til gode sanseopplevelser for pasientene med demens og det blir gjenkjent, kan erfaringene bli tolket som meningsfulle.

3.2 AKSJONSFORSKNING OG AKSJONSLÆRING SOM METODISK TILNÆRMING

I samfunnsvitenskap kan det være et problem at empiriske studier og naturvitenskapelige metoder ikke alltid passer inn. Hvis man ser objektivt på samfunnet, risikerer man at objektene svarer på tiltale. Forskeren sliter ofte med spenningsforholdet mellom teori og praksis.

Den tradisjonelle forskningen har videre bidratt til å opprettholde og legitimere ulikheter i samfunnet i følge Bjørg Aase Sørensen. Hun peker på verdien av at forskeren bidrar til å forandre samfunnet (Eikeland and Finsrud, 1995) I Stokkeprosjektet bærer Sansehageprosjektet preg av aksjonsforskning samtidig som læringen er svært sentral. I en lærende organisasjon stiller man spørsmål og finner svar sammen, slik arbeidsgruppen og prosjektleder gjorde i Sansehagerprosjektet (Bjørnsrud, 2004). Aksjonsforskning har som mål å eksperimentere sammen med mennesker istedenfor å eksperimentere ”på mennesker” (Eikeland and Finsrud, 1995).

Det kan være nødvendig å se nærmere på begrepet aksjonsforskning. Aksjonsforskningen er nær knyttet til praksis. I Aksjonsforskning omfatter forskningen et team og en forsker. Forskningen skal ha bred deltagelse i prosessen, samtidig som den fører til bedre forhold for deltagerne. Forskeren og deltagerne definerer sammen hva man skal finne ut av. Det trekkes inn relevant kunnskap I aksjonsforskningen blir forholdet mellom forsker og deltagerne demokratisert. Forskere har tradisjonelt studert sosiale problemer, men har ingen lang tradisjon på å løse problemer. Aksjonsforskningen forkaster ikke vitenskapelige metoder og anerkjenner epistemologiske synspunkt (Greenwood and Levin, 1998).

Man tenker seg at denne samfunnsforskningen skal involvere aktørene i en prosess som har forandring som mål, slik det ble gjort i sansehageprosjektet (Winter and Munn-Giddings, 2001). Aksjonsforskning har vært sett på som et verktøy, som skal bygge bro mellom teori og praksis (Greenwood and Levin, 1998) (Winter and Munn-Giddings, 2001) Gustafsen peker på at aksjonsforskning kan forandre synet på teori så vel som praksis.

I Stokkeprosjektet var aksjonsforskning og læring en metode, for å skape en arena hvor de aktuelle aktørene kunne møtes til en demokratisk dialog. Det var viktig å utvikle praktisk kunnskap i Sansehageprosjektet. I denne prosessen var begrepene aksjon, refleksjon, teori og praksis svært sentrale. Det ble systematisk utviklet kunnskap om Sansehagen som skulle gi mening eller være nyttig for pasientene med demens i deres hverdagsliv (Reason and Bradbury, 2001). Det er ikke bare kvaliteten på praksis som blir forbedret, men også aktørenes forståelse. Aksjonsforskningen er en runddans som veksler mellom aksjon og refleksjon. Aksjonsforskning beveger seg mellom praksis og innovativ tenkning. Sett med aksjonsforskerens øyne, var det å kunne anvende teori om universell utforming på en ny måte i prosjektet et biprodukt av at utemiljøet for pasientene med demens ble tilrettelagt.

En måte å se på forskning, er at man betrakter et fenomen fra flere sider. Man undersøker det nært, intenst og kritisk for å oppdage noe man ikke visste fra før. Hvordan oppleves det å være dement i utemiljøet på Soletunet? Hvordan er det å være ansvarlig for en eller flere av pasientene med demens på Soletunet i utemiljøet? Hvordan oppleves det å være pårørende til pasienter med demens på Soletunet? Levin mente man veksler mellom å planlegge, handle, observere og reflektere før man revurderer planen (Winter and Munn-Giddings, 2001). Ved hjelp av forskning, aksjon og deltagelse kunne man nå Sansehageprosjektets mål (Greenwood and Levin, 1998). Aksjonsforskning er en type forskning hvor læring er sentralt for aktørene slik det var i Sansehageprosjektet (Winter and Munn-Giddings, 2001). Det kan være glidende overganger mellom hva som er aksjonsforskning og aksjonslæring. I Sansehageprosjektet ble det arbeidet forsiktig og samtidig systematisk med refleksjon for å få frem flest mulig perspektiver på veien mot en tilstrekkelig tilrettelagt Sansehage for pasientene med demens. Målet var en bedre og friere hverdag (Greenwood and Levin, 1998)**.** Nyttehensynet var svært sentralt i Sansehageprosjektet. Ut fra det trilaterale sannhetsbegrepet, tolker prosjektleder det som en felle å bli så opptatt av nyttehensynet i prosjektet at det kunne bli på bekostning av forståelsen og forklaringen. Det motsatte var også en fare. Hvis forståelsen og forklaringen

skulle være sentral i prosessen, kunne det føre til at nyttehensynet måtte vike. Det må erkjennes at prosjektleder har vært svært opptatt av at prosjektet skulle føre til mening i tilværelsen, og dermed nytte for de personene det gjelder. Det oppleves som om nyttehensyn, forståelse og forklaring har hatt forskjellig tyngde til forskjellig tidspunkt i prosessen. Samtidig har prosjektleder en forforståelse som gjør at hun i tolkningen leter etter skjulte mekanismer, mønster og tendenser. Prosjektleder er bevisst på at teorier som er sanne innen et område, ikke nødvendigvis kan brukes i andre settinger. Likevel er prosjektleder nysgjerrig på om forskningen i prosjektet medfører, at man får en bekreftelse eller må forkaste det man trodde kunne være en sannhet i denne konteksten (Alvesson and Sköldberg, 1994).

Når tyngdepunktet i Sansehageprosjektet har vært aksjonslæring i større grad enn aksjonsforskning, så er på grunn av Stokkeprosjektets visjon. Stokkeprosjektets visjon pekte på læring i visjonen om gode helsetjenester i et lærende samarbeid (Strandquist, 2002). Det var gjennomgående bred deltagelse i prosjektet, og aktørene er hørt hele veien. Prosjektet kan mer beskrives i retning av aksjonslæring med snev av aksjonsforskning. Selv om prosjektet har tyngdepunktet mot læring, kan det være nyttig å se på rollen som aksjonsforsker. Erfaringen viser at man kan få mange roller underveis i prosessen. Man må veksle mellom å være den som tar initiativ og er passiv (Eikeland and Finsrud, 1995). Det kan være en fare at organisasjonen blir avhengig av forskeren.

Da prosjektet var avsluttet, var det ønskelig å få svar på den oppfatningen den enkelte og arbeidsgruppen hadde av læringen, og om prosjektets mål var nådd. Verden var begrenset til Sansehagen, og det var interessant å få svar på pasientenes søken etter mening i Sansehagen. Det var jo ikke sikkert, at personene med demens fant seg til rette i denne verden? Hvordan skulle vi tolke deres oppfatning av Sansehagen, når erfaringene til pasientene med demens, ikke alltid var mulig å fange opp med språk? Ville det være mulig å fange opp deres erfaringer?

Som prosjektleder, hadde jeg den forståelse at det var de ansatte på avdelingen for pasienter med demens, som tilbrakte mest tid sammen med denne gruppen av pasienter. De hadde mye erfaring med å tolke pasientenes utrykk for opplevelser og deres språk. Jeg valgte å foreta et fokusgruppeintervju høsten 2004, av representanter fra arbeidsgruppa. Fordelen med fokusgruppeintervju er at den passer bra sammen med en fenomenologisk

tilnærming. Det blir mulig å få frem variasjoner i synspunkter om tema. Det var også en fordel for meg som prosjektleder, å være godt forberedt til samtalen. Kvale vektlegger at fordelen ved det kvalitative intervju er åpenheten. Det er selvfølgelig en del hensyn å ta. Hvor mange runder med intervju skal man foreta? I denne rapporten er det kun gjennomført et fokusgruppeintervju. Samtlige deltagere hadde vært i arbeidsgruppa og jobbet med pasientene med demens. De hadde først hatt en kort høst i 2003 med erfaringer fra Sansehagen. Deretter hadde de hatt en hel vår, sommer og lang høst med erfaringer i 2004. Prosjektleder vurderte det til at et intervju holdt for rapportskrivingen siden deltagerne hadde vært med i både planlegging, gjennomføring og oppfølging av Sansehageprosjektet (Kvale, 1997).

3.2.1. Fokusgruppeintervju

Uttalelser i rapporten er basert på fokusgruppeintervju. Det er tre grupper som er aktuelle, og det er pasientene med demens, pårørende og personalet som jobber på avdelingen for pasienter med demens. Pasienter med demens kan ikke alltid lett tale sin egen sak. Det kan være komplisert å intervjue denne pasientgruppen. Det ble valgt bort å intervjue pasientene med demens i dette prosjektet. Pårørende er sentrale støttespillere for pasientene med demens og personalet. På grunn av rammefaktoren tid, måtte aksjonsforskningen være begrenset i prosjektet. Valget falt på å intervjue arbeidsgruppen, i denne omgangen. Arbeidsgruppen blir presentert i neste kapittel. De deltok i læringsprosessen gjennom hele prosjektet. De samhandler med pasientene med demens stort sett hele arbeidsdagen. Valget falt på arbeidsgruppen av de ovenfor nevnte årsaker. I arbeidsgruppen deltok 2 hjelpepleiere, 1 sykepleier, 1 aktivitør, 2 avdelingssykepleiere, 1 fysioterapeut og 1 lege. Den ene sykepleieren gikk over i en annen stilling på Soletunet og sluttet i arbeidsgruppen på dette tidspunkt. Til stede på fokusgruppeintervjuet var begge avdelingssykepleierne, aktivitør og en hjelpepleier. Fysioterapeut og lege ble ikke spurt om å komme på dette første fokusgruppeintervjuet, fordi de ikke har deltatt så mye i prosessen. Resten av medlemmene fra arbeidsgruppen hadde dessverre ikke anledning til å komme. Intervjuet ble foretatt godt og vel et år etter den offisielle åpningen av Sansehagen.

Hva kan en fokusgruppe gi svar på, når det gjelder universell utforming og terapeutisk bruk av Sansehagen? Det blir aktivitør, hjelpepleier og avdelingssykepleiernes forståelse

av utformingen og bruken av Sansehagen som kom frem. Det er ikke sikkert at de synspunktene som kom frem i intervjuet er representativt for hva de andre ansatte på disse enhetene mener. Under fokusgruppeintervjuet var Marit Strandquist observatør og skribent. Hun skrev ned alle svarene og deltok ikke i samtalen. Som prosjektleder ledet jeg prosessen og forsøkte å la deltagerne få nok taletid, for å få tak i deres synspunkter. Det ble satt av en drøy time til fokusgruppeintervjuet. Rommet var et kjent møterom. Alle deltagerne kjente hverandre. Det ble ikke brukt båndopptaker. Deltagerne ble informert om hensikten med fokusgruppeintervjuet (Johannessen et al., 2004). Det ble fokusert på å få frem erfaringene med utformingen av hagen og den terapeutiske bruk av hagen (Malm, 2003).

Det ble en vanskelig balansegang å være åpen for at arbeidsgruppen kunne være opptatt av noe helt annet, samtidig som det var viktig å få svar på om målene var nådd i noen grad eller ei?

Tema i samtalen var som følger: Stokkeprosjektets visjon var tjenesteutvikling i et lærende samarbeid.

- ”Kan dere si noe om det lærende samarbeid eller læringen underveis?”
- ”Har dere noen historier å fortelle fra Sansehagen?”
- ”Opplever dere at alle pasientene med demens kan benytte seg av Sansehagen?”
- ”Er Sansehagen et sikkert sted å oppholde seg for personer med demens?”
- ”Tror dere pasientene med demens opplever Sansehagen som et trygt sted?”
- ”Klarer pasientene å orientere seg i Sansehagen?”
- ”Er Sansehagen anvendelig på en komfortabel måte?”
- ”Hva synes dere om tilgjengelighet, plass og størrelse?”
- ”Hva gjør pasientene i Sansehagen?”
- ”Hvordan tilrettelegger dere for aktiviteter i Sansehagen?”
- ”Har noen av pasientene glede av å gjøre noe i Sansehagen?”
- ”Hvis pasientene gjør et eller annet i Sansehagen, er det aktiviteter som de har holdt på med tidligere?”

Underveis i prosessen ble jeg som prosjektleder interessert i om prinsippene om universell utforming var anvendelige ved planlegging av Sansehagen. Var det slik at disse syv prinsippene var av en slik karakter at de hadde noen verdi i planlegging og utforming av Sansehagen? Spørsmålene i fokusgruppeintervju tar til dels utgangspunkt i prinsippene.

Som prosjektleder nevnte jeg ikke prinsippene om universell utforming for arbeidsgruppen, fordi det kunne virke belærende. Prinsippene var et verktøy jeg tok i bruk underveis i planleggingen, da jeg oppdaget at de kunne være nyttig for å planlegge en hensiktsmessig sansehage.
Det var mer interessant å se om deltagerne i prosjektet var opptatt av disse prinsippene på en indirekte måte. Usikkerheten om prinsippene var anvendelige var tilstede. Deltagerne var opptatt av tilgjengelighet for pasientene med demens. De visste utmerket godt at en viss prosent av denne gruppen har eller vil komme til å få problemer med å bevege seg. Noen bruker rullator og andre rullstol. Noen er svaksynte. Pasientene med demens kan ha store problemer med å orientere seg for tid og sted. Derfor ønsket arbeidsgruppen å ha et tilrettelagt utemiljø hvor personene med demens ikke møtte hindringer men tvert i mot meningsfulle opplevelser. Universell utforming med sine prinsipper er bare et verktøy for å fjerne hindringene i møte med miljø (St.meld.nr.40, 2002-2003). I møter ble det tenkt kritisk, planlagt, revurdert og stadig reflektert over hvordan man kunne nå prosjektets mål. Prosjektleder hadde ingen forhåndsvar på om det var riktig å anvende prinsippene om universell utforming men de kan ha blitt gjenspeilet i spørsmål stilt av prosjektleder som: Hva synes dere om å ha et gjerde rundt Sansehagen? Hvordan skal vi sørge for at gjerde ikke oppleves som en frihetsberøvelse for pasientene med demens i møte med utemiljø?

Frem mot våren måtte all planlegging og refleksjon peke på de praktiske løsningene for utforming av Sansehagen. Det var viktig å etablere kontakt med de relevante samarbeidspartnere og få frem de bedre argumentene med utforming av sansehagen ved å lære sammen og reflektere sammen. Prosjektleders jobb ble å sørge for møteplasser og holde et tidskjema for progresjon i refleksjon, læring og de praktiske løsninger.

Rapporten bygger på et omfattende litteratursøk.

3.3 Databaser, validitet og reliabilitet

Prosjektleder har foretatt et litteraturstudium. Databasene Bibsys, Norart, Svemed+ , Academic Search Elite, ISI, Science Direct, Odin, Lovdata –Eurpaportalen ble benyttet. Søkerordene som ble benyttet var demens, sansehage, mening, livskvalitet, den proksimale utviklingssonen, sonen for den nærmeste utvikling og universell design. På engelsk ble

følgende begrep benyttet: dementia, therapeutic garden, healing garden, meaning, quality of life, the proximal zone of developement og universal design

I denne rapporten vil det ikke bli vektlagt vitenskapelig forskning, som skal kunne presentere generaliserbare resultat. Teoriens sammensetning og presentasjon i rapporten er prosjektleders forståelse av hva som er verdifullt, for å oppnå tjenesteforbedring og læring. Validitet er mest brukt i kausalforskning, men man kan også anvende deler av systemet i mer beskrivende forskning (Kleven , Lund, Kvernbekk og Christoffersen. 2001). Validitet er viktig med hensyn til datas relevans for problemstillingen i undersøkelsen eller prosjektet (Hellevik 1991). Ett av begrepene i rapporten er læring. Hvis man skulle vært kritisk til validiteten, så ville begrepsvaliditeten vært vesentlig. Begrepet er et "constuct" av et abstrakt begrep. Dette abstrakte begrep brukes i denne rapporten. Hvis prosjektet hadde et kvantitativt forskningsdesign hadde prosjektleder benyttet statistiske teknikker som Cronbachs Alpha, prinsipale komponenter og faktoranalyse for å se på konstruksjon av sentrale begrep i rapporten (Lindvig and Wærness, 1996). I denne rapporten vil ikke innholdsvaliditet eller kriterierelatert validitet bli vektlagt. Begrepsvaliditet skal nevnes med noen ord. Det dreier seg om det er samsvar mellom det vi ønsker å måle, og det vi faktisk har målt. Universell utforming er et annet aktuelt begrep. I fokusgruppeintervjuet blir det en vanskelig balansegang å holde seg til prosjektets begrepsforståelse på en folkelig måte. Det har vært viktig å få frem at man ikke kan se på læring, med aksjonslæring og forskning som tilnærming, med en enkel definisjon. Tvert om, har det vært viktig å få frem kompleksiteten i læring, og vise at det kan være relevant å presentere flere tilnærminger og perspektiv. Når begrepsvaliditeten ikke er veldig presis, vil det også kreve harmoniserende metoder for gjennomføring av fokusgruppeintervju og tolkning av resultat.

Det er vektlagt at litteraturen i størst mulig grad er av nyere dato. Det er viktig for å kunne svare på problemstillingen ut fra vår tids forståelse. Det er nevnt i rapporten hvordan kunnskap kan forandre seg over tid. Reliabilitet blir av mange hevdet kun å ha betydning for å ivareta validiteten (Lund, 2002). Hvis reliabilitet skulle ha noen verdi i Sansehageprosjektet, så ville andre som etterprøver prosjektet på et senere tidspunkt kunne observere og oppleve det samme. Det er en viss sannsynlighet for at det kan tolkes likt i

forhold til den universelle utformingen. Når det gjelder læring, kan man tenke seg at opplevelsen kan være ganske så ulik fordi begrepet læring har mange definisjoner i prosjektet. Hvis begrepsvaliditeten ikke blir ivaretatt, vil en evaluering på et senere tidspunkt være mer komplisert.

4 PLANLEGGING AV SANSEHAGEPROSJEKTET

Samarbeidsprosjektet om Sansehagen startet i januar 2003. Økonomi er alltid en viktig rammefaktor i et prosjekt. I Sansehageprosjektet ble det søkt om finansierning fra eksterne fond. Dette harmoniserer med Universitets- og høgskoleloven, da den tillater at Universitet og høgskoler kan organisere eksternt finansiert virksomhet (Universitetsloven, 2005). Sansehagen ble finansiert av Sandviks fond og William Carlssons fond. Summene som ble mottatt var 500 000 fra Sandviks fond og 50 000 fra William Carlssons fond. 18 000 ble stilt til disposisjon, fra Stokke kommune, til møter for ansatte i prosjektene. Når de ansatte hadde møter i fritiden, fikk de betalt time for time.

Parkeringsplassene til hjemmesykepleiens biler ble flyttet, for å klargjøre til utformingen av Sansehagen. I den forbindelse ble det bygget nesegarasjer til hjemmesykepleiens biler. Disse ble finansiert fra et annet budsjett i Stokke kommune. Møter i arbeidstiden, lokaler til møter, prosjektleders stilling, kontor og lignende er ikke inkludert i de nevnte summer.

Prosjektets forankring pekte i retning av aksjonslæring, hvor aktørene skulle jobbe mot å forbedre målgruppens levevilkår (Tiller, 2000). Samtidig var det et målrettet prosjekt. Det ble viktig å legge vekt på person og organisasjonsutvikling for å oppnå et vellykket prosjekt (Andersen et al., 1998).

4.1 BRUKERPERSPEKTIVET

Målgruppen er 21 plasser for pasienter med demens, fordelt på 3 avdelinger etter funksjonsevne. I tillegg er det noen plasser til dagpasienter ved samme avdeling. Brukerperspektivet var sentralt i prosjektet. Det foreligger nasjonale føringer på at brukerne må tas på alvor.

” Tjenesteapparatet må sjå heile mennesket, ikkje berre forstå til dømes sjukdommen. Eit godt samspell med brukaren og pårørande vil skape tillit og er med på å betre den brukaropplevde kvaliteten” (St.meld.nr.45, 2002-2003).

Pasientene med demens kan ikke tale sin egen sak på grunn av funksjonsnedsettelsen. Brukerperspektivet ble ivaretatt ved å la en tverrfaglig arbeidsgruppe fungere som ”stemme,” for pasientene med demens. Studier kan vise til at de mest vellykkede prosjektene, ofte har aktiv medvirkning av brukerorganisasjoner. Den vanligste feilen er at brukere og brukerorganisasjoner kommer for sent inn i prosessen (Buhler, 2001).

Den tverrfaglige arbeidsgruppen skulle i tillegg være sentrale bidragsytere til læring og tjenesteforbedring på Soletunet. Arbeidsgruppen besto av hjelpepleierne Torill Røed og Lise Holhte, sykepleierne Anita Hjerpekjønn , aktivitør Lise Smedsrud, avdelingssykepleierne Ellen Sofie Kjær og Sissel Hvaal, lege Elisabeth Granerød og fysioterapeut Elisabeth Østbye. Avdelingssykepleier Ellen Sofie Kjær startet opp i arbeidsgruppa. Da hun gikk av med pensjon, tok avdelingssykepleier Sissel Hval over hennes plass på avdelingen og i arbeidsgruppa. Ellen Sofie Kjær fortsatte å være med på møter i Sansehageprosjektet. Alle disse yrkesgruppene var representert i arbeidsgruppen mer eller mindre hele tiden. Det var ikke relevant for legen og fysioterapeut å være med på alle møter. De var med i den grad det var viktig for læringen eller tjenesteforbedringen i prosjektet. Arbeidsgruppen, som skulle ivareta pasientenes behov, vet mye om Soletunet, avdelingen for pasientene med demens og den enkelte pasient. De har ulik faglig kompetanse og mye kunnskap og erfaring med demens. Det var overordnet at arbeidsgruppen var tverrfaglig sammensatt for å kunne ivareta pasientene med demens. Arbeidsgruppa har stått for ”den røde tråden” i prosjektet. De har vært målrettede og utholdende i prosessen med utformingen av Sansehagen.

I planleggingsfasen fungerte prosjektleder for Sansehagen som en koordinator for læring og samrefleksjon. I oppstarten av prosjektet trodde jeg, som prosjektleder, at de ansatte hadde en del tid til å prate om problemstillinger i arbeidstiden. Det viste seg å være feil. Arbeidet med pasientene med demens var så krevende, at arbeidsgruppen som oftest ikke hadde snakket noe særlig sammen mellom møtene. De hadde derimot tenkt desto mer individuelt. I samrefleksjon delte vi de individuelle tankene for å komme videre med prosjektets mål. I arbeidsgruppen guidet den som hadde mest erfaring og kunnskap, der det var hensiktsmessig. Læringen var i tråd med den proksimale utviklingssonen, sett fra et sosiokulturelt perspektiv på læring (Säljö, 2001, Vygotskij and Cole, 1978). Det samme gjaldt når vi hadde samarbeid med Gjennestad eller Granly. Prosjektleder fungerte stort sett som en koordinator for hvem som skulle delta i samrefleksjon og læring og til hvilket

tidspunkt. Det var viktig å la aktørene få nok innflytelse og sørge for refleksjon og læring i prosessen. Tidsskjema måtte holdes. Spaden skulle i jorden når våren kom.

4.1.1 Møter med pårørende

I Sansehageprosjektet ble det etablert kontakt med pårørende, for å ivareta brukerperspektivet. Alle pårørende ble invitert på 2 møter. Det var stort fremmøte av pårørende. Gruppen av pårørende besto vesentlig av voksne, men det var også med en tenåring og noen barn. Det var gledelig med stort fremmøte og aldersspredning. Det ble fokusert på at pårørende skulle få en opplevelse av at pasientene med demens blir sett på som noe mer enn en diagnose (St.meld.nr.45, 2002-2003). Hensikten med møtet var å gi informasjon om prosjektet, samtidig som man skulle få informasjon om hva som kunne ha betydning for personene med demens i hagen. Det var samme møtestruktur på de to møtene. Noen av de som møtte frem kom to ganger, selv om det var informert om at det var samme tema begge gangene.

Vi serverte kaffe rundt småbord for å få til grupper mellom 5-7 personer. Vi hadde nok deltagere til 4 bord den ene gangen og 3 bord neste gang. De fleste som kom, hadde foreldrene sine på avdelingen for pasienter med demens. Barnebarn var også representert. De ansatte fra arbeidsgruppa og prosjektleder hadde ansvar for dialog og intervju disse kveldene. Medlemmene i arbeidsgruppa og prosjektleder stilte de samme spørsmålene, til alle gruppene. Det var også satt av tid og mulighet til komme med andre synspunkter. Pårørende var svært imøtekommende med opplysninger, historier og refleksjoner. De svarte villig på spørsmål. Hensikten var å komme frem til hva som kunne virke som gjenkjennende i hagen. Prosjektleder antok at blomster, urter, bær og busker som hadde vært av verdi for pasientene i en tidligere fase i livet kunne vekke gode minner (Engedal et al., 2004). Det ble ikke brukt lydbånd. På møtene ble det spurt om hva den enkelte pasient med demens hadde likt å ha i hagen. Det ble notert ned hva pasientene med demens hadde satt pris på å ha i sine hager. Da listene var fylt ut med georginer, sjasmin, jordbær, persille og annet, ble det spurt om hva den enkelte hadde likt å drive med i hagen. Det ble skrevet ned om man hadde vært ivrig med hagearbeid, og hva slags hagearbeid som var mest populært. Var hagen et sted for hvile, mer enn aktivitet, så ble det notert. Neste spørsmål var om pasientene hadde likt å gå på tur. Noen av spørsmålene var ikke relevante for Sansehagen. Prosjektleder tillot seg å spørre om pasientene likte musikk, og hva slags musikk de likte. Musikk kan være et annet verktøy for å skape mening i tilværelsen. De

ansatte kunne vurdere om de ville utnytte denne informasjonen til å bruke musikk som verktøy for å skape stemning og gjenkjenning både i Sansehagen og inne. Det var et åpent spørsmål hvor pårørende kunne fortelle hva de synes var viktig, for å skape trivsel i hagen for pasientene med demens. Denne informasjon kunne bli nyttig for personalet hvis de skulle tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter, som kunne gi en opplevelse av sammenheng for pasientene med demens på Soletunet (Antonovsky, 2000). Grunnen til at prosjektleder ville ha med disse spørsmålene var, at hun mente at første skritt var en tilstrekkelig tilrettelagt Sansehage. Deretter ble det opp til avdelingen å utnytte informasjonen fra intervjuene for å sette i gang med terapeutiske tiltak for å skape mening i tilværelsen, når Sansehagen var ferdig utformet. Hvis avdelingen hadde disse dataene tilgjengelige, kunne de bli svært relevante ved en senere anledning. Informasjonen om hva den enkelte hadde likt å ha i hagen var betydningsfull. Det var relevant å fylle Sansehagen med gjennkjennbare planter, slik at pasientene med demens kunne gjenkjenne via syn, lukt, smak, berøring og hørsel. Sansehagen skulle fylles med det som hadde betydd mest for den enkelte pasient.

Etter disse to kveldene fikk jeg, som prosjektleder, mange tanker om hvor vanskelig det er å besøke personer med demens på institusjon. Et nytt spørsmål dukket opp og det vil bli forfulgt ved en senere anledning. Kan Sansehagen og det den er fylt med være et verktøy for samhandling, når språket svikter?

Pensjonistforeningen i Stokke ble informert om Sansehagen på et møte. De ble senere invitert til Soletunet for videre dialog om Sansehagen. Det var også pårørende i denne gruppen.

Pårørende er en svært viktig gruppe for pasientene med demens. De kan være bindeleddet til en meningsfull hverdag for pasientene med demens. Hvis pasienten med demens ikke husker hvem de pårørende er, kan den pårørende likevel hjelpe til å finne mening i tilværelsen. Det gjorde de ved å delta på disse møtene, slik at vi kunne binde nåtid sammen med fortid, ved hjelp av sanseopplevelser.

4.2 EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE

Eksterne samarbeidspartnere var Gjennestad gartnerskole. Det var lærer Kai Raundalen, som hadde ansvaret for elevene som utdannet seg til å bli anleggsgartnere. Han var prosjektleders stødige samarbeidspart og tok ansvar for utformingen av Sansehagen. Han hadde med en gruppe elever i dette arbeidet. De hadde planlegging og utforming av Sansehagen som læringsprosjekt i utdanningen.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, bidro med sin kompetanse. Kontaktpersonene var daglig leder Arnfinn Eek, landskapshagearkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød, som jobbet med Sansehager, og spesialist i klinisk psykologi Aase-Marit Nygård. Sistnevnte bidro prosjektleder med veiledning ved behov. I forhold til erfaringene som var gjort med Sansehager i Norge, var landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød sentral.

Virksomhetsleder ble hele tiden informert om fremdrift og utforming av hagen.
Fra Stokke kommune var Johnny Freitag en nyttig samarbeidspart. Han var ansvarlig for flytting av hjemmesykepleiens biler og kommunens bidrag til vedlikehold på Soletunet.

Prosjektleder måtte ta stilling til hvem som skulle lære hva, som en kontinuerlig prosess. Det var for eksempel ikke nødvendig at pleiepersonalet skulle involvere seg i tekniske løsninger i utformingen av Sansehagen. Derimot var det viktig at pleiepersonalet delte sine erfaringer og sin kunnskap om hvordan pasienter med demens orienterte seg ute, og hvordan de forholder seg til utelivets utfordringer. Personalet hadde for eksempel data om bredde på senger og rullatorer. Denne informasjonen var viktig for eksterne samarbeidspartnere. Høyde og bredde på rullestoler var også informasjon man måtte ta hensyn til i utformingen av Sansehagen. Landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød delte erfaringsbasert kunnskap fra de Sansehagene hun evaluerer i Norge. Denne kunnskapen var svært verdifull for Kai Raundalen og elvene som skulle utforme Sansehagen. Disse eksemplene tjener til å vise hvordan møter med refleksjon og læring førte til at deltagerne i dette læringsprosjektet var underveis i den proksimale utviklingssonen (Säljö, 2001) (Vygotskij and Cole, 1978).

4.3 SAMREFLEKSJON OG LÆRING I PLANLEGGINGSFASEN

Det blir hevdet at evnen til å tenke, reverseres for personer med demens. I takt med at symptomene på demens blir synligere, reduseres evnen til å tenke (Grefsrød, 2002). Et av problemene for personen med demens, er at de har en sviktende hukommelse. I tillegg har de en redusert evne til abstrakt tenking og læring. Hvordan skal vi lære å tilrettelegge for personen med demens, slik at de får gode opplevelser i Sansehagen?

Forskning har forlatt det positivistiske paradigme, hvor personene var objekter i studier. I læringsprosjektet om Sansehagen, er aktørene tenkende personer. Aktørene er arbeidsgruppen, eksterne samarbeidspartnere, andre ledere i virksomheten og i Stokkeprosjektet, i kommunen, høgskolen i Vestfold og prosjektleder.
Hvis prosjektleder skulle løst oppgaven med utforming av Sansehagen alene, ville resultatet vært preget av prosjektleders tildels mangelfulle kunnskaper om hager, sansehager og pasientene med demens på Soletunet. Det vil si at prosjektleder hadde vært overlatt til sine egne kunnskaper, holdninger og evne til å finne brukbare løsninger. Siden kunnskapene om Sansehage, det å anlegge hage, demens kunne utvikles hos prosjektleder, var det hensiktsmessig å skreddersy kompetanse kontinuerlig i både planlegging og gjennomføring i læringsprosjektet. Stokkeprosjektet hadde godkjent at læringen kunne være en sosial prosess og ikke bare et individuelt fenomen (Strandquist, 2003). Læringen kunne nå først og fremst skje sammen med Marit Strandquist, prosjektleder av Stokkeprosjektet, den tverrfaglige arbeidsgruppen, Gjennestad gartnerskole og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Som prosjektleder for Sansehagen har jeg hatt mulighet til å drøfte problemstillinger med andre prosjektledere i Stokkeprosjektet på møter. Dette valgte prosjektleder å ikke gjøre, da hun fant det var mer hensiktsmessig å reflektere og lære sammen med de ovenfor nevnte samarbeidspartnere.

Den tverrfaglige arbeidsgruppen og prosjektleder dro på studietur til Sinnenas Trädgård i Stockholm for å lære av deres erfaringer. Ergoterapeuten som hadde ansvar for omvisningen fortalte en enkel historie. Personalet hadde klart å få med en eldre pasient ut. Pasienten med demens var initiativløs. Hun snakket ikke mer og var uengasjert i tilværelsen. Når hun fikk grus under bena sa hun: ”Å ja, nå husker jeg da jeg var 7 år”. Det var sommer, og så fortalte hun mye om hvilke gode minner hun hadde fra fortiden. Hun

trengte en ledetråd for å bli minnet på fortiden (Engedal et al., 2004) (Frøyen, 1995). Nå fikk hun en opplevelse av sammenheng, og det virket som det ga mening for pasienten med demens (Antonovsky, 2000). De gjenkjennende omgivelsene virket som en konsensuell validering. Hun fikk en bekreftelse på hvem hun var, når hun fikk grus under bena (Grefsrød, 2002). En kan tenke seg at det var trærne og fuglesangen som virket slik at hun med ett virket mindre stresset og opplevde velvære. Det stemmer både med en humanøkologisk modell og en miljøøkologisk modell. Det kan også være teorien om at grønne omgivelser reduserer smerte og engstelse, som gjorde at hun ble disponibel for inntrykk (Grefsrød, 2002). Vi kan bare gjette hva som er utslagsgivende for at hun kviknet til. Det kan i et hvert fall virke som om grusen og minnet om grusen, som ledet tankene langt tilbake til gode minner var avgjørende. En kan da tenke seg at utformingen av Sansehagen er viktig for å skape gode opplevelser. Det kan virke som om miljøet inne ikke gir nok støtte til minnet (Lumbholt, 2000). Det kan tenkes at årsaken er at man ikke har satset på gjenkjenning med møbler og gjenkjenning. Ute i Sansehagen er hensikten med blomster, bær og urter og lignende at de skal fungere som ledertråder, (cues) og forbinde fortiden sammen med nåtiden for pasientene med demens.

Ved å lære i et sosiokulturelt perspektiv utnyttet vi andres erfaringer til læring. Det å høre på historier og erfaringer, som vi gjorde ved studiebesøket, forsterket troen på at Sansehagen kunne bli et nyttig verktøy for å vekke gode minner. Det var viktig å få oppgavene løst, ved guiding i prosjektet. Den som hadde mest kompetanse lærte bort til den eller de i prosjektet som hadde behov for denne kompetansen for å nå prosjektets mål raskest mulig. Vi var i den proksimale utviklingssonen da de pårørende lærte oss om hva pasientene med demens hadde i hagene sine tidligere. Da vi hadde fått nok kompetanse om hva pasientene med demens hadde likt å gjøre, og hadde hatt i hagene sine, var det potensielle utviklingsnivået nådd i denne sammenhengen. (Vygotskij and Cole, 1978, Dysthe, 2001). Ett annet eksempel kan være at landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grevsrød, delte erfaringene fra Sansehager i Norge med arbeidsgruppa, lærer Kai Raundalen og prosjektleder. Elevene på Gjennestad hadde behov for kompetanse om hvordan de skulle utforme Sansehagen i praksis, for at den skulle være hensiktsmessig for målgruppen. Lærer Kai Raundalen sørget for at elevene som skulle bli anleggsgartnere fikk undervisning av landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød, slik at de kunne nå det potensielle utviklingsnivå. Det vil si at de skulle ha tilstrekkelig med teoretisk kompetanse til å utføre sitt oppdrag å utforme Sansehagen. Lærer Kai Raundalen delte kunnskap om det å anlegge

Sansehage med prosjektgruppa og prosjektleder, i den grad det var nødvendig. Samtidig guidet han elevene både pedagogisk og praktisk, gjennom hele prosjektet.

Gjennom hele planleggingen brukte jeg som prosjektleder modellen, eller definisjonen på refleksjon, som er presentert under kapittelet om læring. Arbeidsgruppen hadde uformelt startet opp refleksjon sammen på Soletunet. De ansatte hadde speilet handlingene sine, da pasientene med demens forsvant ut til hjemmesykepleiens biler. Disse kaotiske situasjonene, når pasientene ville hjem eller på kjøretur, ble for utfordrende for personalet i forhold til bemanningen. De ansatte fortalte i ettertid at hun nesten var redd for hvor uhåndterlig situasjonene kunne bli. Da arbeidsgruppen var etablert og kom sammen, var det for å reflektere over hvordan vi sammen kunne nå målet, som var en tilrettelagt Sansehage. Det ble laget milepelsplaner med tidspunkt, for å nå målene. Det ble viktig å trekke inn pasientenes opplevelse av hvordan målet skulle være. Hva skulle til for å ivareta de gode sanseopplevelsene? Representanter for pasientene ble både pårørende og ansatte. Det ble nøye vurdert hva pårørende og ansatte kunne bidra med i sansehaveprosjektet. I forhold til faktakunnskap, var arbeidsgruppen enige i prosjektleders forslag om å trekke inn eksterne samarbeidspartnere for å nå prosjektets mål. Det harmoniserte bra med det sosiokulturelle perspektivet på læring.

I teoridelen er det sosiokulturelle læringsperspektivet presentert. Dette prosjektet hadde en rekke aktører med svært forskjellig kompetanse, som måtte settes sammen på en slik måte at man til slutt endte opp med en best mulig tilrettelagt Sansehage. Prosjektleder ble koordinator for læringen, i dette prosjektet. Noen skulle lære og andre skulle lære bort. Hele tiden var det en eller annen av aktørene som guidet en eller flere, slik at man beveget seg mot praktiske løsninger når Sansehagen skulle anlegges. Det potensielle utviklingsnivået i dette prosjektet, er den kompetansen teamet eller enkeltpersoner har i forhold til milepæler eller sluttproduktet, som er en tilstrekkelig tilrettelagt Sansehage for pasientene med demens (Vygotskij and Cole, 1978).

Det dukket stadig opp problemstillinger, ny kunnskap og erfaring underveis i prosjektet. Det kan samtidig være viktig å presisere at hovedtrekkene var ferdig planlagt, før man startet arbeidet med å anlegge eller utforme Sansehagen. Prosjektet var målrettet, og det var ikke slik at ”veien ble til mens man gikk” i dette prosjektet. Vi brukte tid på å reflektere over mål, og hvordan vi skulle nå disse målene. Samtidig antok vi at det ville

dukke det opp ny forståelser underveis. Faktakunnskapen og kompetansen vi brukte i prosjektet, var av stor betydning for å skape gjenkjenning og gode opplevelser i en tilrettelagt Sansehage.

4.4 PLASSERING AV SANSEHAGEN

Ett nærliggende spørsmål var plassering av Sansehagen. Prosjektleder tenkte på plassering, før Sansehagen var finansiert eller arbeidsgruppen etablert. Prosjektleder startet opp med å spørre sentrale personer i organisasjonen om hva de tenkte om beliggenhet. Ingen torde å tenke en stor hage. Vi vurderte forskjellige løsninger. Det var virksomhetsleder, Kari Rasmussen, som skråsikkert sa: ” Her skal Sansehagen ligge.” Det var forløsende for videre planlegging i prosjektet. Hagen ville bli ideelt plassert. Den ville bli på omtrent et mål, og gi god mulighet til opplevelser og bevegelse. Alle de tre enhetene ville ha dør rett ut i hagen. To av avdelingene ville ha vinduer fra oppholdsrom rett ut mot hagen. Enheten i midten ville ikke ha vindu ut mot hagen. Enheten i midten ville få felles utgangsdør med en annen enhet. Enhetene har bare en etasje. Flere av pasientene ville få utsikt mot Sansehagen fra sine rom. Hagen ville plasseres mellom enhetene for pasientene med demens og bygningen med kjøkken, møterom og de andre avdelingene. Rett utenfor den planlagte Sansehagen gikk trafikken med mat og utstyr til Soletunet. Prosjektleder kartla trafikken med tanke på sikkerhet og uro for pasientene med demens.

Utenfor den andre bygningen på Soletunet, hvor kjøkken og de andre avdelingene er plassert, er det anlagt en nydelig hage. På den offisielle åpningen av Sansehagen fortalte ordfører Per-Eivind Johansen historien om den flotte hagen. Den ble kalt Mollykroken . Molly var en nøktern dame som livnærte seg ved rengjøring på Telegrafen i Stokke. Etter hennes død viste det seg at hun hadde testamentert 400 000, til å anlegge hage på Soletunet. Hagen er ideelt beliggende utenfor kantinen. Hagen har vann som sildrer og beroliger. Det er nydelige blomster, busker og benker der. Bordene og stolene venter på den som vil høre vannet sildre eller oppleve blomstene. Leseren bør dessverre gjøres oppmerksom på at man kan bli avbrutt av lastebilene, som kommer med mat og utstyr. De kjører opp til kjøkkeninngangen mellom de to hagene. Det er også noen parkeringsplasser mellom Mollykroken og Sansehagen. Disse parkeringsplassene var ikke tilegnet personer med nedsatt funksjonsevne. Da virksomhetsleder hadde blinket ut området utenfor

avdelingen for pasienter med demens, avsluttet hun samtalen med å si: ”Det er et ønske at Mollykroken og Sansehagen skal sees på som en enhet.” Den siste kommentaren virket ikke like forløsende på prosjektleder. Her ble det mange hensyn å ta. Hvilke hensyn skulle veie tyngst? Hvilke prinsipper skulle vi forholde oss til?

Da våren kom var planleggingen i hovedtrekk ferdig. Spaden måtte i jorda slik at vår, sommer og høst kunne utnyttes til å anlegge Sansehagen.

5 SANSEHAGEN UTFORMES

Sykehjem har tidligere vært bygd etter modell fra sykehus. Det kan være trapper og heis å forsere. Erfaring viser at pasienter med demens er lite glad i å bruke heis, trapper eller forsere plasser med mange stimuli for å komme ut (Rasmussen, 2001). I dag er målet at institusjonspreget skal viskes mer ut. Idealet er at institusjonen skal by på en hjemlig atmosfære, samtidig som det er en institusjon for pleie (St.meld. 50 1996-97). Arealer som er felles, skal gi mulighet til et terapeutisk miljø. Tilrettelegging for personer med demens, krever spesialkunnskap. Der funksjonsnedsettelsene ikke har vært vurdert i planlegging av institusjon, må man regne med nye investeringer i institusjoner. (Christopersen 1998). I denne rapporten er, som tidligere nevnt, demens funksjonsnedsettelsen. I utformingen av Sansehagen har man også forsøkt å ta hensyn til fysisk funksjonsnedsettelse til en viss grad. Pasientene er eldre og bruker rullestoler, rullator og lignende hjelpemiddel. En del av pasientene med demens har svekket syn på grunn av alder.

Avdelingen for pasienter med demens lå fordelt på tre enheter, som alle var plassert i første etasje. Det vil si at pasientene slipper å forsere trapper eller heis for å komme ut. I Sinnenas trädgård i Stockholm, ga man utrykk for at pasienter, som bodde oppover i etasjene, kom sjeldnere ut. Da parkeringsplassene til hjemmesykepleiens biler ble flyttet, lå alt til rette for å utforme Sansehagen. Det var viktig å få startet i mai, for å utnytte tiden frem til sommerferien.
Elevene skulle lære å anlegge en Sansehage, og pasientene ville ha et tilrettelagt miljø innen høsten var over.

Læring i et sosiokulturelt perspektiv

Kai Raundalen hadde god kompetanse på det å anlegge hager på estetisk og forsvarlig måte. Han mente at studentene ville lære å behandle kunder, og møte deres ved behov i dette prosjektet. Læringen var målrettet. Det dreide seg om hvordan vi kunne få en praktisk og estetisk Sansehage, som ivaretok gode opplevelser. Som prosjektleder fulgte jeg prinsippene om universell utforming. Etter de to flotte møtene med engasjerte pårørende, hadde vi en liste med hva som kunne plantes i hagen. Kai Raundalen fikk ansvaret for at det skulle skje på en estetisk måte. Elevene ble guidet i denne prosessen. I den grad personalet hadde argumenter eller ønsker om plassering av planter, urter, blomster og lignende, ble det tatt hensyn til.

Anleggsgartnerelever guides i den proksimale utviklingssonen .

5.1 UNIVERSELL UTFORMING AV SANSEHAGEN PÅ SOLETUNET

Kunnskap om og planlegging av hensiktsmessig uteareal, er ofte et forsømt område på sykehjem. Erfaring tyder på at tilrettelagte uteareal, kan ha terapeutisk betydning og øke pasientenes velvære. I Norge har man fra 1997 sett at tilbygg kan redusere mulighet for hensiktsmessige uteareal på sykehjem. Husbanken er opptatt av bedre kvalitet på utearealene med forskjellige metoder. Det kan være kvantifiserte krav til uteareal. Hver beboer har krav på et gitt antall kvadratmeter. De er også opptatt av at utearealene er godt tilrettelagt med tydelig funksjonskrav og strengere saksbehandling. Hvis søknaden ikke tilfredsstiller krav til god byggeskikk, kan søknaden bli avslått (Christophersen 1995). Det er dessverre ofte slik at læring om universell utforming skjer på grunn av dårlige erfaringer (Christophersen 2002). Slik var det også på Soletunet. Det var de ansatte som hadde erfart og lært hva som ikke fungerte i utemiljøet, for pasientene med demens. De pårørende hadde svært sannsynlig kommet til samme erkjennelse. Pårørende er ofte en forsiktig gruppe, som er redd for å være kravstore.

Prinsippene om universell design ble brukt i Sansehageprosjektet fordi de fokuserer på brukervennlighet og funksjonelle løsninger (Christophersen, 1998). De ble også brukt fordi prosjektleder var nysgjerrig på om de var anvendbare i Sansehagen. Prosjektleder forsøkte

å se Sansehagen ut fra pasienten med demens sitt ståsted, og dennes oppfatning av tilværelsen. Det ble viktigere enn å se Mollykroken og Sansehagen som en helhet. Det var nødvendig å forsøke å forstå pasientene med demens og de ansattes hverdag, da Sansehagen ble anlagt. Det var mange hensyn å ta. Estetikken måtte ivaretas. De ansatte på Soletunet hadde fra før en svært utfordrende jobb. Deres arbeidssituasjon måtte ikke forverres. Det ville ikke bli flere stillinger på grunn av Sansehagen. Alle stillinger i virksomheten ble vurdert nøye i prosjektperioden for å få kommunens budsjett i balanse. Til tross for at universell design har vært på dagsorden hos akademikere og profesjonelle designere i tjue år, har profesjonelle helsearbeidere en begrenset erfaring med begrepet og dets konsekvenser i praksis (Price, 2004).

Prosjektleder brukte prinsippene om universell utforming som en guide i planlegging av Sansehagen og underveis i utformingen. Det var viktig å stille de rette spørsmålene om tilretteleggingen ville holde mål for målgruppen. Universell utforming var ikke et tema i prosessen med samarbeidspartnere. Det var jeg som prosjektleder, som fikk ideen til at disse internasjonale prinsippene kunne tjene som en kvalitetsguide i dette prosjektet. I møtene snakket vi om de praktiske løsningene. Det ble lagt vekt på bred brukerdeltagelse for å få frem gode løsninger for pasientene med demens, de ansatte og pårørende. Det var aldri noe motsetningsforhold mellom arbeidsgruppens holdninger og forslag til praktiske løsninger og prinsippene om universell utforming. Det var heller ingen kollisjon i forhold til Kai Raundalens utforming av Sansehagen og prinsippene om universell utforming.

Utformingen av Sansehagen blir presentert i lys av prinsippene om Universell utforming. De ansattes stemme ble hørt kontinuerlig i prosessen, samtidig som vi lærte av andres erfaringer. Den brede brukerdeltagelsen ga prosjektleder støtte for å ta hensyn til alle prinsippene i utformingen.

5.1.1 Sikkerhet, trygghet, fleksibilitet og den private sfære i Sansehagen

I prinsipp nummer en vektlegges viktigheten av å ivareta sikkerheten i Sansehagen. Det ville ikke bli satt inn ekstra personale i forbindelse med en ny sansehage. Det er velkjent at bemanningen, på avdelinger for personer med demens, er beskjeden i forhold til

utfordringene med denne pasientgruppen. Oppgavene er uendelige for å ivareta grunnleggende behov i tillegg til å ivareta trygghet og tillit for pasientene med demens. Slik er det på Soletunet i likhet med andre steder for tilsvarende pasientgrupper. Hvis pasientene med demens skal kunne bevege seg ut når de har lyst, må utearealet være trygt. Pasientene med demens på Soletunet skulle føle seg trygge ute i Sansehagen. Stiene ble anlagt rundt i Sansehagen og fører alltid tilbake til utgangspunktet, slik at pasientene med demens lett kan finne tilbake til inngangen til enheten. I følge Kai Raundalen er det elementær kunnskap at mennesker ønsker å sitte med ryggen mot en vegg, busker og annet som kan skjerme og gi ly. Krakkene ble derfor i utgangspunktet plassert mot vegger eller busker i den grad det var mulig. Målet var at pasientene med demens på Soletunet skulle kunne oppleve trygghet i Sansehagen, enten de vandrer rundt eller velger å sette seg ned. Det ble begrunnet overfor arbeidsgruppen hvorfor plasseringen av benker burde være slik.

I følge det første prinsippet er det viktig ikke å utestenge noen. Sansehagen ble konstruert slik at senger kunne kjøres rundt og plasseres der. Hvis det første prinsippet for universell utforming skulle følges, skulle ingen utestenges fra Sansehagen på Soletunet. Stiene hadde bredde og underlag slik at Sansehagen skulle bli anvendelig for rullestolbrukere og personer med rullator og lignende fremkomstmidler.
(http://design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overwiew.htm)
(Christophersen and Husbanken, 2002, Christophersen, 1998).

Utearealet bør sees i sammenheng med arealet inne. Sansehagen ble plassert slik at det ikke skulle være trapper, heis eller andre hindringer som skulle forseres, før man kommer seg ut fra de tre enhetene. Da beliggenheten for Sansehagen ble bestemt var utgangspunktet ideelt. De tre enhetene som avdelingen for demens besto av, var alle plassert i 1. etasje. Det er trygt for pasientene å gå ut når de vil, så lenge det er lyst ute. I planleggingsstadiet ble strømkabler vurdert. Sansehagen skulle være et trygt sted også om vinteren. Strømprisene ble skyhøye i planleggingsfasen, og strømkabler ville ikke harmonisere med kommunens økonomi.

Pårørende skulle så føle seg sikre på at de kan være i Sansehagen sammen med sine kjære, uten at de skulle være engstelige for tryggheten. Først og fremst skulle alt være giftfritt i Sansehagen. Det skulle være en brukshage, og det skulle være ufarlig å putte et eller annet i munnen, selv om det ikke var tiltenkt å spise. Hvem vet hva som kan puttes i munnen når

hukommelsen svikter? Smaksopplevelsen skulle stimuleres via bærene og urtene i Sansehagen. Det er ikke bare den reelle trygghet og sikkerhet som skal ivaretas. Det er også viktig at pasientene har en opplevelse av trygghet.

Sittegruppene og benkene ble vurdert sammen med fysioterapeut. Det sniker seg lett plaststoler inn i en hage. Det ble gitt råd om å unngå plaststoler i Sansehagen. De er for lette for eldre mennesker med forflyttningsproblemer. Pasienten kan også føle seg usikker, selv om det stort sett ikke fører til fall å sitte på plast. Benker og stoler ble testet før det ble foretatt innkjøp av 3 sittegrupper. Disse ble valgt fordi pasientene lett kunne sette seg og reise seg opp igjen. To sittegrupper som tilhørte institusjonen, ble funnet verdige til å males i en matchende farge. De var stødige, slik at sikkerheten ble ivaretatt. Sittegruppene ble plassert utenfor hver avdeling. I tillegg var det sittegruppe under soltaket. Her kan pasientene sitte enten alene, sammen med pårørende, eller personale for å distansere seg litt fra de andre i Sansehagen. Det er plassert stikkkontakt der. Hvis pårørende vil ha med seg for eksempel vaffelrøre kan man lage vafler sammen. Det er tenkt at de små sittegruppene skal gi en mulighet til å være alene med pårørende eller personale når det er ønskelig.

Porten sett åpen utenfra. De hvite strekene leder symbolsk til Mollykroken. Transportveien til kjøkken og lager befinner seg utenfor porten. Bildet er fra åpningen av Sansehagen.

Stiene inviterte ikke til å finne porten for å komme seg ut. Det ble vektlagt at Sansehagen skulle gi en opplevelse av fleksibilitet. Ved at stiene gikk rundt i Sansehagen, ble man ledet forbi porten. Utenfor porten gikk trafikken til Soletunet med diverse forsyninger til institusjonen. Veiene førte til en hovedvei. Det er selvfølgelig uansvarlig å slippe pasienter med demens ut i trafikk og kaos, som de ikke har evne til å håndtere. I Sansehagen har det blitt satset på at pasientene med demens skal få en opplevelse av frihet i trygge omgivelser.

Vi hadde mange diskusjoner om gjerde eller fysisk avstengning. Ville pasientene føle seg innesperret med et gjerde? Kunne sikkerheten ivaretas uten gjerde? Prosjektleder ville hele tiden ha en fysisk avstengning, for å ivareta sikkerheten til pasientene med demens. Lastebiler som kjørte frem eller tilbake, er ikke særlig trygge for personer med demens som kan hende i tillegg har forflytningsproblemer, ser og hører dårlig. Hvis sikkerheten ble ivaretatt i utformingen av Sansehagen, ville ikke personalet være redde for at noen skulle skade seg, eller at det skulle bli ubehagelige episoder. Resultatet ble to drivhus med et løftet tak mellom drivhusene. Det var vegg mellom drivhusene. Taket skjermet mot sol og veggene mot trafikken. Drivhusene kunne ivareta opplevelsen av en privat sfære i Sansehagen. Glasset mot oppkjørselen til drivhusene ble etter hvert skiftet til sterkere glass, som ikke var gjennomsiktige. Inntrykkene fra bilkjøring blir litt dempet på denne måten.

Drivhus og ”soltak” er på plass til åpningen. 11 september 2003

5.1.2 Fleksibilitet og valg i Sansehagen

Når pasienten med demens er inne, skal han ha et valg om han vil være ute eller inne. Ute kan pasienten velge fem forskjellige sittegrupper. Det er plassert krakker underveis på stien, slik at man kan sette seg hvis man ønsker det.

Det er mulig å skjerme seg og å være alene i drivhuset, hvis man vil. Aktivitøren på avdelingen har vært sammen med en del av pasientene i drivhuset. De har fulgt med på tomatplanter og annet i drivhuset. Hvis man hadde fulgt prinsippene om Universell utforming, skulle alle ha mulighet til å benytte seg av drivhusene. Det er ikke mulig for sengeliggende å komme inn i drivhusene, men de kan ligge rett i nærheten.
Utenfor drivhuset er det en paviljong. Det er et tak over, for å skjerme mot sol. Det var mange diskusjoner om dette taket, før tegningen ble godkjent. Mange eldre kan oppleve at de blir slitne av sol. Parasoller er ikke uproblematisk. Sola flytter seg hele tiden. Dessuten kan pasientene snuble i parasollene. Løsningen ble et stort tak for å skjerme mot sola. Bak dette taket er det vegg og drivhus på hver side av veggen. Personalet vil senere vurdere skjerming mot sola. Er den tilstrekkelig ivaretatt? Pasientene kan videre velge å benytte seg av drivhusene. Når det gjelder å bruke Sansehagen, kan de spise de bær, grønnsaker eller urter som finnes i Sansehagen. Det er mulig å ha gode sanseopplevelser ved hjelp av hørsel, syn, lukt, smak og berøring i Sansehagen. Hvis pasientene med demens har lyst, kan de for eksempel vanne, luke, rake, drikke kaffe, spise bær, se på planter og eventuelt dyr. .

5.1.3 Sansehagen har et enkelt design

Prinsippene for å lage Sansehage, er enkle. Det er vektlagt å bruke blomster, bær og urter som er tradisjonelle på stedet man lager Sansehage. Sansene skal stimuleres ved gjenkjenning. Det som plantes og plasseres inn i Sansehagen skal være velkjent, tradisjonelt og ordinært. Prosjektleder lekte med tanken på om hver og en skulle ha sin egen lille flekk. Det ble nedstemt på et åpent informasjonsmøte om Sansehagen for avdelingen. I ettertid synes prosjektleder det er bra, fordi det er en viss mulighet for at det stimulerer til å gå flere skritt ute.

Stiene er ferdig anlagt til åpningsdagen.

Stiene fører til en rundtur. Utenfor den ene enheten ligger det heller. Pasientene kan godt bli ledet bort langs hellene til et gjerde. Prosjektleder undret seg. Vi måtte i et hvert fall plante litt ved gjerdet for å gi et lunt inntrykk for pasientene med demens. Burde vi sette en krakk der? Da ville pasienten sette seg, snu blikket og starte på turen tilbake. Nei, mente de andre. De ville observere pasientene og se om det var et problem. Det har det foreløpig ikke vært. Grunnen til at prosjektleder var usikker, var at gjerdet hadde tverrgående bjelker som kunne stimulere til klatring. En annen Sansehage i Norge hadde tverrående bjelker . Der klatret pasientene over og rullet ned en slak skråning. Det er blomster langs husveggen og frukttrær på den andre siden av hellene. Pasientene snur ved gjerdet og gir ikke utrykk for at de vil ut eller føler seg innestengt. Ingen har, så vidt prosjektleder vet, forsøkt seg på å klatre over gjerdet.

f

Uteplasser og en sti som krever helomvending. Fra åpningen av Sansehagen.

5.1.4 Informasjon til pasienten med demens i Sansehagen

Det virker som Sansehagen er stor nok til å få en opplevelse av frihet, for pasientene med demens. Vi spurte oss selv om de ville finne frem til enheten de har tilhørighet til.
I Stockholm hadde de svært god erfaring med fargekoder ved dørene. På Soletunet kunne man ikke tillatt seg å male dørene i tre forskjellige farger. Det var strenge krav til estetikk. Vi løste problemet etter hvert med store blomsterpotter i forskjellige farger utenfor de to inngangene. Dessuten var møblene plasser forskjellig utenfor inngangene. De var røde utenfor den ene innganen, som var felles for to av enhetene. Hagemøblene utenfor den andre inngangen var laget av teak. Om vinteren blir de fleste møblene stuet bort i drivhusene. Det har ikke vært store problemer med å finne tilbake til enheten for pasientene med demens. Hvordan har læringen vært? Vi vet ikke hva som virker som ledertråder (cues) slik at de kan hente fram i langtidsminne (LTM) hvor de bor (Frøyen, 1995). En kombinasjon av blomsterpotter med en fargekode utenfor utgangene og forskjellige sittegrupper tjener som signal på hvor de forskjellige inngangene befinner seg.

Fotograf Kai Raundalen 11 september 2003 Utgang fra to av enhetene med røde krakker.

Stiene er av asfalt og gresset er grønt. Slik blir det svært lett å orientere seg om hvor stien går. Det er plassert lys ute i Sansehagen. Lyset er for å stimulere til å gå ut om vinteren.

Prosjektleder lurte på om vi skulle skrive hva alle plantene het, på et skilt med godt synlig skrift. Det var ikke mulig å bli klok på om det hadde vært veiledende eller villedende på pasienten med demens. Mangelfullt språk er et problem i samhandling med pasienter med demens. Hva skal de pårørende og pasienten snakke om når språket er sviktende?
Prosjektleder fant ikke støtte for å navngi planter i erfaringer, teori eller forskning.
Er det ikke slik at det kan løse litt opp i pasientrollen å komme ut? Erfaring tyder på at sykdommen avinstitusjonaliseres (Thomas, 1999).

5.1.5 Forebygging av uhell i Sansehagen

Sansehagen skal føre til gode sanseopplevelser som gir mening i tilværelsen. Det er viktig å forebygge uhell og skader i Sansehagen. Underlaget i Sansehagen ble asfalt på stiene. Årsaken var at alle skulle kunne komme ut. Stiene skulle være brede nok for rullestoler,

senger og rullatorer. Asfalt ville føre til fremkommelighet og føre til at det var lite sannsynlig med uhell og skade. En ulempe med å ha slett underlag, er at man ikke får nok fysiske utfordringer. Fysioterapeuten var opptatt av at man lett får en subbende gange ved å bare bevege seg på slett underlag. Det virker som Sansehagen har ført til mer bevegelse for mange av pasientene med demens.

Noen av kantene fra utgangene var litt for høye for en ustø person. De ble rundet av for å forebygge fall. Stiene hadde også en liten avrunding. Det ble nøye diskutert hvordan man kunne ta hensyn til gressklipping, og det å forebygge fall.

Prosjektleder er opptatt av ferdighetslæring. I grønn omsorg har man for eksempel utnyttet at overlærte ferdigheter, som vedhogging, sitter godt lagret i langtidsminne (LTM . Vedhogst ble valgt vekk som en terapeutisk aktivitet i Sansehagen. Prosjektleder ville vært livredd for å ha øks og lignende redskaper tilgjengelig i Sansehagen.

Prosjektleder har mye erfaring fra akuttmedisin og har av den grunn en velutviklet risikofantasi. Det ble gjort en del anstrengelser for at porten ikke skulle se ut som en port. Ett av tiltakene var et blomsteroppheng med en metallsnor. Prosjektleder ba umiddelbart om at den måtte festes så stramt, at det var umulig å få strammet den rundt halsen. Før man rakk å utføre oppdraget, så en psykiatrisk sykepleier den samme mulighet for uhell.

5.1.6 Et komfortabelt design

Når pasientene med demens trår ut i Sansehagen, er målet at opplevelsen av velvære skal være overordnet alt annet. Designet i Sansehagen har av den grunn vært i fokus. Målet er at pasienten skal ha det komfortabelt i Sansehagen. I takt med sykdommens progredierende utvikling, reduseres evnen til å orientere seg geografisk. Sansehagen ble utformet med tanke på å virke oversiktelig og gi en opplevelse av trygghet. Den virker ikke nødvendigvis hjemlig for den enkelte bruker av Sansehagen. Bondekona med seks barn i Stokke har mest sannsynlig hatt en helt annet forhold til hage, enn ei hjemmeværende kone i villa med ett barn. Interessen for hage er selvfølgelig avgjørende for hva man har gjort ut av hagen i tillegg til økonomi og tid. Sansehagen kan derfor ikke nødvendigvis virke hjemlig, fordi det er så forskjellig hvordan hagene utformes og stelles

Opphøyde kasser for rullestolbrukere og personer med nedsatt bevegelighet

De opphøyde kassene sett ovenfra. 11 september 2003

Det er tidligere nevnt at Sansehagen har benker som pasientene har mulighet til å få satt seg på, og komme seg opp fra. En må også tenke på ryggene til de ansatte. Drachmann benkene og stolene er litt rette i ryggen. Fysioterapeuten mente det var gunstig for å komme opp og ned av stol og benk. Enkelte vil hevde at det kan være litt lite komfortabelt å sitte rett opp. Trenden i dag er at vi lener oss litt mer tilbake.
Gjennestad gartnerskole bygde krakker rett ved de opphøyde kassene. Her kan man ta i bruk sansene enten man sitter i rullestol, ligger i seng eller setter seg på benkene. Prosjektleder minner om at det er komfortabelt for pasienter med demens å kunne gå rett ut, uten å møte hindringer.

5.1.7 Plass og størrelse i Sansehagen

Tidligere i rapporten er det beskrevet hvordan hjemmesykepleiens biler skapte forventninger om å komme på kjøretur. Førsteinntrykket, ved utgangen fra to av enhetene, var nettopp bilene. Det var benker utenfor dørene. Utenfor den tredje enheten måtte de gå noen flere skritt, før de kom bort til hjemmesykepleiens biler. Hjemmesykepleiens biler ble flyttet, slik at de ikke skulle forstyrre den terapeutiske bruk av Sansehagen. Nå når bilene er fjernet, har avdelingen, eller de tre enhetene for pasienter med demens omtrent ett mål til bevegelse og opplevelse. Sansehagen er så stor, at det er mulig å finne skjermede plasser. I drivhusene er det mørkere glass mot oppkjørselen til kjøkkenet. Det ble byttet mot et mørkere glass for å skjerme mot inntrykk fra trafikken. Den som oppholder seg i drivhusene vil ha nok distanse til omverdenen for å få opplevelsen av å være alene. Det forutsetter selvfølgelig, at ingen andre oppholder seg i drivhuset samtidig. Drivhusene er heller ikke langt unna stien og sittegruppene. Forutsatt at synet er intakt, vil man se en inngang, tre sittegrupper, flere benker og mest sannsynlig noen som oppholder seg i Sansehagen. Størrelsen på Sansehagen virker ideell på grunn av at den gir rom for å trekke seg tilbake, samtidig som det ikke er noen tvil om hvor man kommer tilbake til inngangsdøra, sittegruppene eller de andre.

I Sansehagen er det plassert flere benker. Her kan man sitte alene eller sammen med andre. Benkene er plassert langs stien. Det er oppmuntret til at det skal være beplantning eller vegg bak benkene. I følge Kai Raundalen er det elementær kunnskap om plassering av hagemøbler. Det er vanlig for alle å ønske å ha busker, vegg eller en form for skjerming

bak ryggen. Benkene er plassert i en slik avstand at man skal kunne hvile når man blir sliten. Man kan få sin dose med dagslys, som er viktig for velvære.

Mange av pasientene har sikkert hatt fantastiske hager hjemme. De hadde muligens mye strengere estetiske krav, enn det vi har vektlagt i Sansehagen. I prosjektet vektla vi en brukshage, som tok utgangspunkt i hva som kan gjenkjennes for pasientene med demens. Estetikken var absolutt ivaretatt, men hva som er vakkert i en hage, kan alltid diskuteres.

I starten av prosessen med Sansehagen var prosjektleder litt inspirert av "Grønn omsorg," hvor man tar utgangspunkt i at personene med demens kan hogge ved. Ferdigheten er automatisert og kan utføres til tross for en demensdiagnose (Frøyen, 1995). Nå trenger man ikke å hogge mye ved på Soletunet. Det var også andre motforestillinger til bruk av slike ferdigheter. Pasientene med demens på institusjon ,er mye dårligere enn de som er i "Grønn omsorg." Det kreves mye mer tilrettelegging for å beherske slike ferdigheter. Hensikten med vedhogst ville ha vært, at det ga en god opplevelse for pasienten å beherske tidligere innøvde ferdigheter. Det hadde ikke vært snakk om ny læring for pasientene. Det er opplevelsen av mestring og velvære som er sentralt.
Et annet eksempel på innøvede ferdigheter, er det å tørke tøy. I fremtiden vil nok en klessnor med litt tøy til tørk, være på plass i Sansehagen. Det har personalet vært enig om, at en slik ferdighet er det lettere å legge til rette for. Det er ingen fare for andre pasienter eller personale med noen klesklyper og litt vask. En øks er derimot litt mer skremmende. Avdelingssykepleier Ellen Sofie Kjær sa det på denne måten: " Pasientene med demens er ikke dumme. Veden blir raskt stablet, og da kan vi ikke begynne på nytt."

5.2 TILRETTELEGGING FOR HVERDAG OG FEST

Det ble startet opp et samarbeid for å se på terapeutisk bruk av Sansehagen med lærer fra Gjennestad, avdelingssykepleier, prosjektleder for kulturprosjektet og jeg som prosjektleder for Sansehagen. Gruppen jobbet sammen for å finne løsninger på hvordan en aktivitetskalender kunne bli et verktøy for inspirasjon for de gode opplevelser, sammen med pasienter for demens. Det ble vektlagt at kalenderen skal stå lett tilgjengelig på avdelingen, slik at den blir sett av pasienter, personale og pårørende. Kalenderen tar utgangspunkt i de forskjellige årstidene. Den skal med bilder og stor tekst inspirere til

muligheter for hva man kan gjøre sammen. Aktivitetskalenderen er et enkelt kulturelt redskap, som skal inspirere til at personalet og pårørende lærer av hverandre hvordan det kan tilrettelegges for gode opplevelse i Sansehagen på Soletunet (Säljö, 2001, Vygotskij and Cole, 1978). Det kan høres banalt ut at man skal lære noe så enkelt. Samværet med pasienter med demens, oppleves ikke spesielt enkelt for den pårørende eller personalet. Personalet har ingen felles rutine, for å tilrettelegge for gode opplevelser ute i hagen. De har derimot mange andre rutiner og utfordringer, i en travel hverdag i institusjonen. En tar utgangspunkt i hva personen har interesse og erfaring med fra tidligere (Grefsrød, 2002). Personalet fikk oversikt over hva hver pasient hadde likt å oppleve i hagen. Det ble opp til personalet hvordan de skulle systematisere denne informasjon, for å ha den tilgjengelig. Hvis man skal tilrettelegge individuelt er den enkeltes interesse av stor verdi. Skal det tilrettelegge for en gruppe, blir individets interesser sannsynligvis vasket litt bort. I stedet for å tenke at alt kan kureres med piller, er terapeutisk bruk av Sansehagen et forsøk på en menneskelig behandling av personene med demens. Målet med aktivitetene er ikke at det skal lukes eller vannes i en viss mengde. Pasientene skal oppleve velvære og trygghet, når de er i Sansehagen (Davis, 2004). Aktivitene bør ta utgangspunkt i ”ledertrådene” eller lagring i langtidsminnet, slik at ikke ny læring må skje i vesentlig grad (Frøyen, 1995). Det er velkjent at det kan være vanskelig å være pårørende på institusjon. Hensikten med kalenderen er å tilrettelegge for gode opplevelser sammen. Prosjektleder for Sansehagen spør seg selv om samhandlingen mellom pasienter med demens og pårørende kan oppleves lettere ute i Sansehagen. Terapeutisk bruk av Sansehagen blir en utfordring for personalet på avdelingen i fremtiden. Det er et arbeid som eventuelt må skje sammen med vanlig drift videre.

Prosjektleder velger å ikke utdype tanker om terapeutisk bruk av Sansehagen i noen særlig grad i denne rapporten, siden universell utforming er i fokus. Derimot kan det være på sin plass å rette oppmerksomheten en kort stund mot hverdag og fest. Om det er hverdag eller fest, er underordnet opplevelsen pasienten med demens har i Sansehagen. En historie fra virkeligheten kan illustrere hvordan tilretteleggingen kan få frem gode minner, og føre til gode opplevelser. La oss lytte til historien, før vi fortsetter tankegangen om hverdag og fest i Sansehagen.

Arbeidsgruppen fra Soletunet og prosjektleder, var på studiebesøk i Norrmalms alderboende i Stockholm. Det var for å få en omvisning og et innblikk i erfaringene med

Sinnenas tradgård. Sinnenas tradgård er på 2.5 mål. Over to hundre pasienter, som bor i flere etasjer, har dette som sin hage.

I Sinnenas trädgård hadde man vektlagt høytidene. Første søndag i advent kan man lukte og smake på gløgg. Det følger pepperkaker med. Det er laget en modell med 22 faste dager for aktiviteter. På Soletunet starter man litt forsiktig opp med hverdagen som utgangspunkt for å stimulere sansene og gi gode opplevelser. Avdelingen, for personer med demens, har mulighet til å vurdere modellen fra Stockholm er "liv laga" på Soletunet. Prosjektleders syn er at det følger mye arbeid med en slik modell. Siden livet består av flest hverdager, er det viktigere å starte opp med å tilrettelegge for meningsfulle hverdager. Ideen om å markere høytider i større grad må komme fra de ansatte, fordi de vil få ekstra arbeidsoppgaver knyttet til tilretteleggingen.

Sinnenas tradgård i Stockholm har 22 planlagte aktiviteter i hagen. Et eksempel kan være første advent, hvor tonene fra julemusikken blander seg med duft fra varm gløgg. Man tar utgangspunkt i årstidene og tradisjoner knyttet til høytidsdager og andre dager som markeres. På Soletunet har vi tatt utgangspunkt i at pasientene opplever flest hverdager på institusjon. Det var hverdagssituasjonene som førte til et ønske om en Sansehage. For at de ansatte ikke skal få en opplevelse av at hagen skal oppleves som en byrde og en ekstraoppgave som de ikke har tid til, har vi startet opp med svært enkle tiltak. De ansatte må lære sammen med pasientene hva som er gjennomførbart. Et presentabelt program for besøkende, kan lett bli en fiasko når det gjelder pasientopplevelse. En vellykket tilstelning krever tilrettelegging og motivasjon fra de ansattes side. Sansehagen vil helt sikkert gi mulighet til for mange hyggelige stunder i hagen sammen med pårørende. Da arbeidsgruppa drøftet hva som kunne prioriteres, var det meningsfulle aktiviteter, som for eksempel å vanne blomster. Det ble kjøpt inn vannkanner i en passende størrelse.
De skal stå lett tilgjengelig, for at pasientene selv kan ta initiativ til å vanne, hvis de kan. Hvis de trenger ytterligere tilrettelegging, blir det opp til personalet, pårørende, andre besøkende eller frivillige å tilrettelegge for det som kan oppleves som meningsfulle aktiviteter. For personer som har hatt glede av å stelle blomster tidligere i livet, kan vanning av blomster være et eksempel på en aktivitet som gir en opplevelse av

sammenheng i tilværelsen hvis man fortsetter med aktiviteten til tross for at man har fått status som pasient med demens (Antonovsky, 2000).

Den offielle åpningen var 11 september 2003. Det var punktum for utformingen av Sansehagen på Soletunet.

6 RESULTAT AV FOKUSGRUPPEINTERVJU

Sansehagen er et utviklingsprosjekt hvor brukerne er hørt gjennom hele prosessen. De ansatte på avdelingen har ansvar for pasientene med demens 24 timer i døgnet. De har gode forutsetninger for å se hva som fungerer for den enkelte pasient og gruppen pasienter på Soletunet. Deres stemme har derfor blitt hørt gjennom hele prosessen. Ønsket om Sansehage kom fra de ansatte. Den tverrfaglige arbeidsgruppen har vært med på møter i hele prosessen. Det er representanter fra arbeidsgruppen som ble invitert til fokusgruppeintervju, fordi de var godt kjent med målgruppen, planlegging, utforming og bruk av Sansehagen.

En foreløpig evaluering av utformingen av Sansehageprosjektet har den svakhet at erfaringene er spartanske. Husbankens erfaring når det gjelder bygninger, er at erfaringene kommer etter noen år (Christophersen, 1998). En kan tenke seg at det kan ta noen år og noen sesonger å se hva som fungerer bra og mindre bra i en Sansehage. Det kan være nødvendig å minne om at dataene ikke er generaliserbare. Resultatene bygger på fokusgruppeintervju med fire deltagere fra arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen besto mesteparten av tiden av 7 deltagere. Lgen og fysioterapeuten hørte til sisse syv personene, men deltok kun på noen få aktuelle møter.

Samrefleksjon mellom prosjektleder og arbeidsgruppa ble avsluttet i fokusgruppe - intervjuet. Da skulle vi speile den enkelte og arbeidsgruppens opplevelse av å ha nådd prosjektets mål. Hadde vi nådd prosjektets mål? Hadde gruppen kunnskap om fakta og pasientenes opplevelse av å ha nådd målet? Kunne erfaringene systematiseres og brukes videre?

Temaene, som er utgangspunkt for fokusgruppeintervjuet, er presentert i metodekapittelet. Det ble en balansegang for meg som prosjektleder å veksle mellom å være oppmerksom på uventede erfaringer fra Sansehagen, samtidig som hun ønsket svar på om prinsippene for universell utforming kunne være til hjelp i Sansehagen. Hadde den sosiokulturelle læringen og samrefleksjonen i prosjektet ført frem til en Sansehage, som stimulerte sansene på en god måte for pasientene med demens? Kunne sanseopplevelsene vekke minner fra fortiden

og gi en opplevelse av mening? Kunne sansehagen gi en opplevelse av frihet? Var hindringene i møte med miljøet fjernet? (St.meld.nr.40, 2002-2003) (NOU, 2005:8). Spørsmålene prosjektleder stilte arbeidsgruppen er gjengitt nedenfor.

De ansatte la vekt på at personalet bryr seg om å være ute på et annet vis enn tidligere. De opplever det mer fritt. De er blitt bevisstgjort og inspirert til å bli med mer ut. De ser hvor godt det gjør for pasientene, selv om det er dårlig vær. De sier det er en sakte endring. Gruppen fortalte om en av pasientene som går ut hver dag, uansett hver. Pasienten kan gå målbevisst ut og virke irritert. Etter en runde i Sansehagen forsvinner aggresjonen.

De ansatte forteller om at en del av pasientene spør hverandre: ” Hvor mange runder har du gått i dag? Jeg har gått tre.

På fokusgruppeintervjuet med representanter fra arbeidsgruppen kom det frem, at ansatte hadde vært redde for de situasjoner som kunne oppstå ute på grunn av bilene. Arbeidsgruppen ga utrykk for at størrelsen på Sansehagen hadde en passende størrelse. Personalet klarer å ha oversikt over pasientene i Sansehagen helt til mørkets frembrudd, uten å fotfølge pasientene.

De ansatte la videre vekt på tryggheten ved å ha et gjerde. Før gikk pasientene med demens av gårde. De passerte bilene og gikk ofte lenger utenfor området. Nå slår de seg til ro med å gå rundt i Sansehagen. Mange er tilfredse med å gå en runde. Det oppleves tryggere for personalet at låsen til porten har blitt flyttet utenfor gjerdet, slik at pasientene med demens ikke blir inspirert til å låse opp porten. Personalet synes det er trygt at pasientene er ute i Sansehagen med den bemanningen de har, frem til det blir mørkt. Personalet samarbeider bra for å ivareta pasientene i Sansehagen. Før var de ansatte redde da pasientene gikk ut. Situasjonene som oppsto, kunne være uhåndterbare. Det hjelper godt at bilene er borte fra hagen.

Pasientene finner tilbake til enheten der de bor. Det virker som om de har tilhørighet utenfor sin egen enhet. Utenfor den ene enheten sitter man litt ”i veien.” Det idelle hadde vært en flatere uteplass. Det er en liten helning og det er negativt. Det er også negativt at man ikke lenger har et vindu her, slik at man kan se uteplassen fra stua og motsatt. Disse

pasientene må lokkes ut. De må gå litt til venstre utenfor døren til uteplassen med bord. De setter seg ofte rett utenfor døra på noen benker i stedet. .

Sansehagen kan brukes av alle. Når sengeliggende ikke har blitt trillet ut, skyldes det hindring hos de ansatte.

Drivhusene er mye brukt. Det kunne vært mer spennende der, men det er svært flittig besøkt. En pasient med demens har lært bort å sylte gresskar. ” Da gjør du sånn og sånn”. Pasientene har også syltet agurker. Det har de gjort mange ganger før i livet. I drivhuset plukker pasientene tomater, agurk, gresskar.

De opphøyde kassene er svært populære. De er fine både å luke og vanne. De smaker, lukter og ser på innholdet i kassene. Mange ser blomsterbedene, men de har problemer med å bøye seg. De kommer nesten ikke opp igjen. Pasientene er redd for å tråkke i blomsterbedene. Personalet mener at blomsterbedene kunne vært litt smalere på grunn av det. De er også redde for å få ” gris” under skoene. Dessuten er pasientene redde for å skade plantene.

Lysthuset er lite brukt. Det kan være en ide å ha et frivillig arrangement der en gang hver måned. Det viser seg at hvis man skal flytte gruppen av pasienter fra uteplassen utenfor enheten og til lysthuset, krever det god planlegging. Det kreves bevisstgjøring av personalet.

Størrelsen på Sansehagen er egnet. Generelt virker det som det er betydningsfullt for pasientene med demens å bevege seg, få frisk lut og sol og se på det som er pent. Pasientene spør ofte hvor gartneren er. ” Jeg har luket nok i mitt liv”, sier en del pasienter hvis det er spørsmål om luking. Noen har interesse av dette arbeidet. Alle vil gjerne være der for å sanse, selv om de ikke mestrer å utføre oppgaver.

Aktivitetskalenderen har man ikke kommet i gang med. Man må ha et system for den skal tas i bruk. Den er tenkt å inspirere til felles opplevelser. De ansatte synes ideen er bra. De vil at den skal bli for pasientene og ta utgangspunkt i det som er i Sansehagen. De har sett seg ut en plass, der den skal henge.

En av pasientene har beskåret tomatplanter og raker. Hvis pasientene får forespørsel om en aktivitet, hende det at de sier: ” Nei, det har jeg gjort før. ” Da utfører personalet oppgaven, og pasienten er med. Det liker de. De synes ofte det er trivelig at andre ordner opp. Hvis de ansatte ikke guider eller leder aktiviteten, virker det som om det de skal gjøre ” faller sammen”. Arbeidsgruppen nevner også at pasientene har en forkjærlighet for bringebær og solbær.

Arbeidsterapeuten fortalte at de tre vannkannene har vært flittig i bruk. Når pasientene ser vannkannene, klarer de å hente frem tidligere ferdigheter fra langtidsminne. Mange av pasientene har vannet i hagen, så lenge det er sesong for vanning. .
Prosjektleder kjøpte inn flere små vannkanner. Det viste seg å være vellykket. Aktivitør Lise Smedsrud ga utrykk for at de har vært flittig brukt. Det at de er så små gjør at pasientene ikke blir så veldig våte, når de vanner. Det virker som de har gode opplevelser når de vanner. De mestrer tyngden. De husker hvordan de skal vanne. Vanningen gjør at det er rikelig anledning til å stimulere sansene. De kan se, lukte, ta på og kjenne på. Ingen ting skal være giftig, slik at de kan smake på det,hvis de vil.

De ansatte oppsummerer at de burde sette seg sammen igjen for å vurdere erfaringene. De vil drøfte erfaringene og lære sammen. Tema blir tatt opp i de eksisterende møter, og i samtaler med pasienter i hverdagen. De ansatte kunne tenkt seg å låne bøker om planter, for å vise pasientene. Pasientene med demens er avhengig av personalet i forhold til aktiviteter i Sansehagen.

Personalet synes Sansehagen er ”kjempeflott”. De skulle gjerne hatt rennende vann der fordi det virker beroligende.

7 DISKUSJON

På fokusgruppeintervju kom det frem at pasientene trives ute i Sansehagen. Det virker som det å være ute er gunstig, for å redusere stress for pasientene (Grefsrød, 2002). Pasientene møtte ikke lenger hindringer, da de beveget seg ute i Sansehagen (St.meld.nr.40, 2002-2003). Da hindringene var fjernet, kunne de lettere få gode sanseopplevelser av gjenkjennbare vekster i Sansehagen. Det virker som det ga en opplevelse av mening for pasientene med demens, at de brukte sansene og kjente igjen innholdet i Sansehagen. (Antonovsky, 2000). Ulempen med å fjerne alle hindringer, er at pasienten med demens ikke får trenet sine intakte funksjoner (Thomas, 1999)**.** Likevel må designet ta hensyn til at ikke alle har sine funksjoner intakt. Det ble snekret opphøyde kasser til å ha jordbær, urter og lignende i. Det var med tanke på rullestolsbrukere og de som ikke kan bøye seg. Det var viktig at sansene kunne stimuleres for denne gruppen. Mellom kassene ble det snekret benker. Kassene er svært populære. Elevene fra Gjennestad gartnerskole satte seg i rullestol for å lære hvordan kassene ble riktig tilpasset. Kassene er et praktisk eksempel på et inkluderende design, som sørger for at sansene kan stimuleres hos pasientene som ikke lenger har mulighet til å bøye seg (Iwarsson, 2003).

De ansatte opplever at det er trygt for pasientene ute i Sansehagen helt frem til mørkets frembrudd. De opplever også at de er blitt inspirert og mer bevisst på utelivets gleder for pasientene. De er med pasientene ut, hvis de kan. Det kan virke som om det er en endret holdning blant personalet, til det å være ute. Praksis er i ferd med å endre seg. Man kan tenke seg at rutinene på avdelingen kan bli påvirket av den positive innstillingen til utelivets gleder. Prosjektleder mener det er betydningsfullt at det er forankret i alle ledd i organisasjonen at utelivets gleder skal ha høy prioritet. Personalet vet at ingen mener de er late, om en sitter ute å drikker kaffe med pasientene, eller bare ser på blomstene sammen med pasientene med demens.

Ønsket om en Sansehage kom fra de ansatte. De ansatte var veldig engasjert i læringsprosessen, for å komme frem til hvordan en godt nok tilrettelagt sansehage kunne gi gode opplevelser for pasientene med demens. De bidro og delte sine kunnskaper, erfaringer og visjoner i samrefleksjon i arbeidsgruppen. Bakgrunnen for prosjektet, var at de ansatte

ønsket en bedre hverdag for pasientene med demens (Bjørnsrud, 2004). I definisjonene av samrefleksjon, som jeg som prosjektleder konstruerte på bakgrunn av Dales litteratur, var den enkelte og teamet på jakt etter det gode resultat (Dale, 1992) (Dale, 2001) (Dale, 1996). Den enkelte og teamet "speilet" seg selv og handlingene i forhold til sentrale begrep og mål i prosjektet. De praktiske løsninger ble vurdert i forhold til pasientenes sanseopplevelser, den ansattes arbeidssituasjon og pårørende som besøkende på avdelingen. Prosjektleders oppfatning er, at aksjonslæringen har vært avgjørende for det gode resultat. Det er de som blir igjen på institusjon, som skal leve med løsningene når eksterne samarbeidspartnere og prosjektledelse forsvinner ut av prosjektet. I fokusgruppeintervjuet retter de ansatte oppmerksomheten mot betydningen av å bruke samrefleksjon videre, for å bygge på de erfaringene de har fra Sansehagen.

Høgskolen i Vestfold har sine studenter i Stokke i første praksisperiode på sykepleierutdanningen. De følger pasientene og gjøremål knyttet til omsorg og pleie i en praksisperiode. Nå kan studentene som får praksis på avdelingen for personer med demens lære i praksis hvordan pasientene kan få gode sanseopplevelser ute på Soletunet. De kan ha mulighet til å se hvordan gjenkjennbare blomster, busker, urter og lignende kan virke som ledertråder (cues) til fortiden (Engedal et al., 2004).

Gjennestad gartnerskole var opptatt av læring i Sansehageprosjektet. Lærer Kai Raundalen og elevene, som skulle bli anleggsgartnere, lærte i et sosiokulturelt perspektiv (Vygotskij and Cole, 1978) Denne læringen kan muligens føre til at Gjennestad gartnerskole ser betydningen av å delta i prosjekter som fører til nye sansehager i fremtiden. Elevene ved Gjennestad, som nå er ferdig utdannet, har ervervet seg kunnskap om sansehager i dette prosjektet. Det kan komme til nytte i fremtidig jobb, som anleggsgartnere. For hver sansehage som blir anlagt i fremtiden, kan man anta at mange personer får en bedre hverdag.

Som prosjektleder vil jeg gjerne få minne om den fantastiske beliggenhet for Sansehagen på Soletunet. De tre enhetene, for pasientene med demens, ligger i bakkeplan. Pasientene slipper å møte hindringer som trapper og heiser på sin vei ut. På fokusgruppeintervju kom det frem hvilken betydning det har, at man kan se ut på sansehagen fra fellesrom. Det kan virke som om det også er viktig at uteplassen har innsyn til enheten ut fra pasientenes uttalelser. De to avdelingene som hadde vindu i fellesrom, hadde pasienter som mye lettere

beveget seg ut. Det virket også som pasientene fikk mer tilhørighet til uteplassen. De ene av disse enhetene besto av pasienter som var lettest angrepet av demens og den andre av den gruppen som var hardest angrepet av demens. Det vil si, at den enheten uten vinduer ikke hadde en pasientgruppe som skulle ha større problemer enn de to andre med vinduer i fellesrom. En hjelpepleier klarte å lokke pasientene ut ved å åpne dørene. Hun lot frisk luft være ledertråd for å komme ut (Frøyen, 1995).

På Soletunet, som ved andre institusjoner, er det flere avdelinger enn avdelingen for personer med demens. Prosjektet begrenset seg til denne målgruppen. Prosjektleders syn er, at alle har rett til å komme ut. Det er tidligere i rapporten nevnt at de andre avdelingene, som er plassert i 2 og 3 etasje hadde Mollykroken. Mollykroken er en nydelig uteplass med springvann. Den er plassert utenfor kantinen. De andre avdelingene ligger i 2. og 3. etasje, og av den grunn kreves det mer av både pasientene og personalet å komme ut. Kafeteriaen har Mollykroken rett utenfor . Beboere fra leiligheter og pasienter med besøkende inntar ofte sine måltider der. Personalet på kjøkkenet hadde forsøkt å få beboere og pasienter til å benytte bordene ute til måltider. Det var vanskelig. Det kan tyde på at det ikke har vært vanlig for denne gruppen å innta måltider ute. Disse opplysningene kom ikke frem i formelt intervju, men i uformelle samtaler. Det samsvarte med prosjektleders observasjoner i prosjektperioden. På avdelingene i 2. og 3. etasje var det store terrasser. Det ble bestemt at de skulle oppgraderes i prosjektperioden. Det er viktig å huske på at avdelingene, som ikke er tiltenkt pasienter med demens, kan trenge tilrettelegging. Det finnes ofte pasienter med mental svikt på disse avdelingene. Ved bygging av institusjoner, bør utemiljøet tilrettelegges for alle. Det må planlegges før byggestart. Fokusgruppeintervjuet peker i retning av at jo mer tilgjengelig og tilrettelagt et utemiljø er, jo lettere er det å anvende utearealet uten ekstra bemanning.

Hvordan gikk det med prinsippene for universell utforming? Kan prinsippene tjene som en guide for tilrettelegging av utemiljø for pasienter med demens? Som prosjektleder vil jeg minne om at i prosessen tjente prinsippene som en guide for meg, som prosjektleder, for å se om det var forhold i tilretteleggingen som det ikke var tenkt på. I møtene med arbeidsgruppen, Gjennestad gartnerskole, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og andre involverte ble det diskutert hvordan de praktiske løsningene skulle være, for at pasientene med demens skulle få gode opplevelser. Jeg stilte som prosjektleder noen ganger spørsmål om vi hadde tenkt nok gjennom de praktiske løsningene. Universell

utforming tjente som guide for refleksjon og læring i Sansehageprosjektet. Prinsippene var svært relevante i Sansehageprosjektet. Hva svarte representantene fra arbeidsgruppen, da de ble stilt overfor spørsmål som tok utgangspunkt i de syv prinsippene?

Først og fremst la de vekt på at Sansehagen var anvendelig for alle. De måtte jobbe mer med egne holdninger for å trille pasientene ut i seng. Pasientene orienterte seg lett i Sansehagen. Alle som jobbet med Sansehagen var enig om at den skulle tilrettelegges for alle. Det ble også ivaretatt at pasientene kunne velge om de ville bevege seg, sitte ned, observere aktiviteter eller utføre aktiviteter. Alle klarte å orientere seg i Sansehagen. De fant tilbake til enheten der de bodde. Pasientene med demens ga ikke utrykk for at de følte seg bortkomne. Det hadde ikke skjedd uhell i Sansehagen. De ansatte følte seg trygge for pasientene. Det å fjerne hindringer kan være omdiskutert. Pasientene får ikke samme trening i å løfte bena på et slett underlag. Fysioterapeuten og prosjektleder diskuterte muligheten av å lage en liten avstikker fra stien, som kunne bli mer utfordrende. Økonomien tillot ikke at alle ønsker kunne innfris. Den utfordrende stien ble derfor ikke prioritert innenfor prosjektets rammer. Ønsket om denne stien er fremdeles til stede. Det skyldes at enkelte pasienter fra de andre avdelingene, trener med fysioterapeut i Sansehagen.

Pårørende følte seg trygge på at pasientene ikke forsvant ut i den store verden når porten er låst i Sansehagen. Nå kan man spørre seg om det er frihetsberøvelse ikke å kunne gå dit man vil? Det virker det som om pasientene med demens var svært fornøyde i Sansehagen. De ga ikke utrykk for at de ville gå lenger eller følte seg innesperret. Personalet var ikke lenger redde for situasjonene som kunne oppstå, når pasientene gikk ut.
Pasientene med demens ble ikke utmattet av å gå ute. Mange slår seg til ro med en runde, mens andre konkurrerte gjerne om å ha gått lengst. Personalet mente at størrelsen var bra på Sansehagen. Vi var alle litt uforberedt på hvor stor betydning fravær av vindu fra fellesrom kunne få for pasientene med demens. Det var også overraskende at en svært liten helning på asfalten virket forstyrrende på pasientene med demens. Det betyr ikke at pasientene på denne enheten ikke kommer seg ut, men at det kreves litt mer tilrettelegging fra personalets side, på grunn av at noen detaljer kunne vært bedre. Kai Raundalen minnet om at pårørende kunne ta med seg vaffelrøre, kopper og kaffe til uteplassen med tak. Da kan uteplassen med tak og stikkontakt bli et lite turmål, når man er på besøk. Aktivitetskalenderen kan bli et verktøy for å minne om slike muligheter. Slike muligheter

har blitt tenkt på i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. Det var litt optimistisk av prosjektleder å se for seg lefsebaking og andre tradisjonelle aktiviteter på denne plassen. Det er lett å glemme hvor mye tilrettelegging som skal til, hver eneste dag hele dagen lang, når man ikke daglig jobber med personer med demens.

På åpningsdagen ble kanapeene, drikke, kaffe og kaker satt under dette bord. Flygelet ble tatt ut, og Sansehagen var fylt med musikk og gode smaksopplevelser. Vi hadde en diskusjon om hvordan åpningen av Sansehagen kunne oppleves som meningsfull for pasientene med demens. De ansatte var tydelige og mente at de skulle skjermes, og opprettholde ettermiddagshvilen. Uansett var åpningseremonien en påminnelse om, at det er et potensiale for meningsfulle aktiviteter som musikk og servering for pasientene med demens i Sansehagen.

En høstdag sto prosjektleder og så ut over Sansehagen, for å tenke litt. I den forbindelse tok en av pasientene initiativ til en samtale med meg. Jeg spurte henne intuitivt om hennes opplevelse av Sansehagen. Når hennes uttalelser blir presentert i rapporten, er det vel vitende om at disse uttalelser ikke er generaliserbare. Likevel var hennes ord av stor betydning for meg som prosjektleder. Det ga meg en forståelse for hva Sansehagen betydde for henne på det aktuelle tidspunktet den dagen. Hun var en av pasientene med demens på avdelingen.

”Hva synes du egentlig om hagen?” ” Den er jo så fin. Du vet, det blir aldri det samme å bo her som hjemme. Jeg kunne godt tenke meg å ha ansvar for et område av hagen.”

Tenk at Anna ga utrykk for at hun synes hagen var fin. Som prosjektleder hadde jeg ikke villet søke om tillatelse til å intervjue pasientene med demens, fordi jeg hadde mistanke om at det kunne virke kaotisk å skulle mene mye om Sansehagen for pasientene med demens. Likevel hadde jeg snakket med Anna før. I tillegg til å lese om demens, var jeg som prosjektleder litt på avdelingen for pasientene med demens. Det var et forsøk på å forstå hvordan det er å være plassert på en slik avdeling. Jeg vet ikke om Anna husket meg og de korte samtalene vi hadde hatt før. Anna tok initiativ til samtalen, og jeg fulgte min intuisjon. Det jeg som prosjektleder lurte mest på var: Hvordan opplever pasientene med demens Sansehagen? Da Anna ga utrykk for at Sansehagen var fin,så er det vanskelig å tolke hva som var vellykket i Snsehagen. Var det valget av planter, busker, urter og

blomster, som gjorde at Anna og de andre pasientene kunne kjenne seg igjen? Var det de gjenkjennende omgivelsene, som førte til en bekreftelse av hvem pasientene er? Er det rett og slett behovet for grønne omgivelser i et nedarvet kulturminne som blir ivaretatt? Kan man tenke seg at de grønne omgivelser virker stressreduserende (Grefsrød, 2002) ?

Designet fungerer utmerket, i følge arbeidsgruppa. Inntrykket fra fokusgruppeintervju, møter og sporadiske samtaler med de pårørende er overveiende godt. Erfaringene har blitt systematisert i denne rapporten, i håp om at andre kan dra nytte av læringen. Det tar selvfølgelig tid å forandre en praksis. Avdelingssykepleier mente at alt er læring fremover. Det tar selvfølgelig tid å forandre en praksis. Prosjektleder har i ettertid stilt seg spørsmålet om Sansehagen kan være et verktøy som kan lette samhandlingen mellom pasientene med demens og de pårørende. Det kan ikke denne rapporten gi svar på.

Det har en egenverdi å komme seg ut. Jeg vil, som prosjektleder, vektlegge at dette læringsprosjektet ikke kun er et prosjekt om natur, læring og universell utforming. Det er som del av en større tenkning, hvor mening i tilværelsen er sentralt. Sansehagen er et av mange tiltak som kan føre til gjenkjenning og en opplevelse av mening. Denne enkeltundersøkelsen belyser ikke kun at den positive effekten kun skyldes natur. Det er viktig å minne om at det kan være store gevinster ved å legge til rette for gjennkjennbar musikk og aktiviteter, annen kultur, interiør, arkitektur og mye annet i fremtiden for pasienter med demens på institusjoner. I Sansehagen blir de gode opplevelser lett frarøvet pasientene med demens, hvis ikke tilretteleggingen er god nok. Universell utforming består av prinsipper som kan være til hjelp for at tilretteleggingen skal være god nok.

8 KONKLUSJON

Sansehageprosjektet er ett av mange prosjekter i Stokkeprosjektet. Stokkeprosjektet er et treårig samarbeid mellom høgskolen i Vestfold, og Stokke kommune. Visjonen for alle prosjektene var tjenesteforbedring i et lærende samarbeid (Strandquist, 2003). Prosjektet avspeiler et horisontalt syn på læring og forskning. Tradisjonelt har høgskolen hatt ansvar for undervisning og formidlet forskningsresultat. Nå skulle høgskolen lære sammen med Stokke kommune, hvordan tjenestene kunne forbedres (Brulin, 1998).

Høgskolen i Vestfold har sykepleierstudenter i praksis på Soletunet i Stokke. Høgskolen i Vestfold har interesse av å tilby gode praksisplasser til sine studenter. Det var derfor i høgskolen i Vestfold sin interesse å være med å gi pasientene ved institusjon gode og riktige helsetjenester. Det var utgangspunktet for at jeg som prosjektleder for Sansehagen også var lektor ved høgskolen i Vestfold.

Sansehageprosjektet ble et aksjonslæringsprosjekt. Ønsket om en sansehage kom fra de ansatte. De ønsket å forbedre sitt arbeide og lage en bedre hverdag for pasientene med demens (Tiller and Norsk lærerlag, 1995). Det ble viktig å utnytte og nyttiggjøre seg den kunnskap, som fantes i organisasjonen (Bjørnsrud, 2004). Prosjektleder etablerte en tverrfaglig arbeidsgruppe blant de ansatte. Nå skulle de ansattes tidligere læring brukes i den nye setting, som Sansehageprosjektet var (Vygotskij and Cole, 1978). Det ble også etablert samarbeid med Gjennestad gartnerskole og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Vi hadde som mål å lære sammen hvordan vi best mulig kunne nå prosjektets mål, som var en tilrettelagt sansehage, for pasientene med demens på Soletunet. Målet var at pasientene ikke skulle oppleve hindringer i møte med miljøet (St.meld.nr.40, 2002-2003). De syv prinsippene, som Universell utforming består av, ble testet som en guide i Sansehageprosjektet. Prinsippene var svært anvendelige i planleggingen av Sansehagen. I fokusgruppeintervjuet ble representanter for arbeidsgruppen stilt spørsmål ut fra de syv prinsippene. Som prosjektleder for Sansehagen, har jeg nntrykk av at prinsippene er svært aktuelle i planlegging av uteareal for pasienter med demens. Ved å stimulere sansene med

kjente blomster, bær, busker og lignende, kunne stimuliene virke som "ledertråder" og vekke gode minner (Antonovsky, 2000). Det ble satset på at pasientene skulle oppleve velvære og trygghet (Davis, 2004). Erfaring og forskning viser at det fysiske miljøet har stor betydning for personer med demens (Wogn-Henriksen et al., 1997). Det stemmer med det foreløpige inntrykket fra Sansehagen.

Det er knapt noe land i verden som lover sine innbyggere så mye som i Norge (Vike et al., 2002). I kvalitetsforskriftene for forrige periode, blir det lagt vekt på at pasienter med demens, har krav på tilpassede aktiviteter ute og inne (St.meld.nr.45, 2002-2003). Dette kravet ble ikke videreført i de nye forskrifter. Erfaring og forskning viser samtidig at bemanningen på avdelinger for pasienter med demens er knapp og oppgavene mange (Kruger, 2002). Av den grunn var motivasjonen stor for å utforme et utemiljø, som var tilpasset pasientene med demens. Personalet hadde dårlig erfaring med utemiljøet tidligere. De var redd for hvor uhåndterbare situasjonene kunne bli. Tilretteleggingen av Sansehagen var viktig for at pasientene med demens skulle få best mulig opplevelser ute, samtidig som personalet kunne føle seg trygge.

På studieturen i Stockholm ble vi fortalt en historie av ergoterapeuten, som hadde omvisningen. En mann hadde bedt om å få ligge ute, på sin dødsdag. Det var en strålende varm og flott dag, hvor livet ebbet ut i hagen. Kan hende føles det mer meningsfullt og naturlig å dø ute i naturen. Hvis man kan dø ute, må det være enda mer en menneskerett å få leve ute!

Det ble satset på møter for læring og refleksjon underveis i planleggingen av Sansehagen. Virksomhetsleder påla meg som prosjektleder ikke å bruke unødig tid i møter. Det var stramme økonomiske tider i Stokke på dette tidspunkt. Samtidig fikk prosjektleder frihet til å bestemme hvor mye tid vi skulle bruke. Møteplanen ble vurdert kontinuerlig. Hvem skulle lære, eller lære bort hva? Hvem skulle være med fra arbeidsgruppen, Gjennestad, kommunen eller Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens? Noen ganger hadde prosjektleder møter med enkeltpersoner. Prosjektleder trodde i starten at personalet hadde anledning til å gi hverandre informasjon og utveksle tanker i arbeidstiden. Det viste seg i praksis å være vanskelig. Pasientene med demens krever full oppmerksomhet, og oppgavene var mange i løpet av et vaktskift. Læringen og refleksjonen måtte skje i møtene. Oppgavene ble hele tiden løst ved å trekke inn den kompetente person, som kunne guide

resten av medlemmene gjennom den proksimale utviklingssonen (Dysthe, 2001, Vygotskij and Cole, 1978) Vygotskijs pedagogikk om den proksimale utviklingssonen ble anvendt, hvor prosjektleder tenkte at hver og en var kommet til et punkt i læringen, som var det aktuelle utviklingsnivået. Ved at vi valgte å la den som hadde kunnskap og erfaring guide oss mot de bedre argumenter og løsninger, nådde vi det potensielle utviklingsnivået. Noen eksempel kan være at de pårørende lærte oss hva som hadde betydd mye i tidligere hager for pasientene. Nasjonalt kompetansesenter fortalte om positive og negative erfaringer med sansehager i Norge. Arbeidsgruppen delte erfaringer, kunnskap og visjoner i forhold til prosjektet. Gjennestad delte sin kunnskap om innhold, tilrettelegging og vedlikehold av Sansehagen. Da elevene fra Gjennestad skulle utforme Sansehagen, ble de guidet i den proksimale utviklingssonen, som nevnt ovenfor. Prosjektleder og teamet som jobbet med Sansehagen reflekterte sammen om hvordan vi kunne nå prosjektets mål. Arbeidsgruppen så sine egne og teamets arbeid i fortid, nåtid og fremtid i forhold til hvordan Sansehagen kunne bli godt nok tilrettelagt for pasientene med demens. Aktørene som er nevnt ovenfor var involvert i høy grad, slik man forventer i aksjonsforskning. Aksjon og refleksjon var sentralt i prosjektet (Winter and Munn-Giddings, 2001). Det ble vektlagt at prosjektet skulle føre til mening, og være til nytte i hverdagen på avdelingen (Reason and Bradbury, 2001). Deltagerne var med i planlegging, gjennomføring og oppfølging, i den grad det var hensiktsmessig (Kvale, 1997).

Underveis i prosjektet ble jeg, som prosjektleder, oppmerksom på at prinsippene for universell utforming kunne være anvendelige i planleggingen av Sansehagen. Jeg fant ikke at Universell utforming var brukt i sansehager i noen særlig grad, ut fra søk på databaser. Det gjelder selvfølgelig kun med de søkeordene og kombinasjonene av søkeordene, som jeg anvendte på det tidspunktet jeg foretok litteratursøk. Jeg brukte ikke begrepene om universell utforming i aksjonslæringen sammen med de andre i prosjektet. Prinsippene tjente som en guide for meg som prosjektleder i prosessen. Hvis det var punkter eller poeng fra prinsippene om universell design som ikke ble vektlagt i planleggingen, stilte jeg som prosjektleder spørsmål om vi hadde tenkt nok på de forskjellige problemstillingene. Det er jo ikke slik at alle er enige i at samfunnet skal tilpasses individet (Manneråk, 2001). I" den harde kjernen" i prosjektet var ingen uenig i å følge retningslinjer fra FN, Eu og nasjonale føringer om at utemiljø skal være tilgjengelig for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne (UN, 1993) (Syse and Justis- og politidepartementet, 2005). Det vil si, at prinsippene om universell utforming ble brukt.

Da Sansehagen hadde vært i bruk en høst, vår sommer og en ny høst, ble fokusgruppeintervju av representanter fra arbeidsgruppen gjennomført.

Uttalelsene tyder på at den universelle utformingen førte til tilgjengelighet, brukervennlighet og funksjonelle løsninger for brukerne av Sansehagen. Inntrykket var at Sansehagen var godt nok tilrettelagt for alle. Personalet mente de måtte jobbe med seg selv, for eventuelt å etablere en ny praksis, slik at for eksempel senger kunne kjøres ut. Det virket som Sansehagen hadde en stressreduserende effekt. En bruker kunne være nærmest litt aggressiv, da vedkommende gikk ut, men ble rolig og gikk over til å nyte utelivets gleder kort tid etter at han kom ut. De ansatte fikk inntrykk av at det er gunstig å se Sansehagen gjennom vindu innenfra. Inntrykket forsterkes ved at de ansatte har en opplevelse av at det er gunstig for pasientene med demens å se inn på enheten man bor, fra Sansehagen eller uteplassen. På de to avdelingene, som har slike vinduer, har pasienter lettere for å finne på veien ut. Pasientene slår seg mer til ro på uteplassen, hvis den er rett utenfor enheten. De ansatte vektlegger at pasientene nyter sol, vær og det å være ute. Det er ingen aktivitet de er spesielt glad i. Mange har vannet med de små tilpassede kannene. Det har vært populært med drivhusene. Mitt tolkning, som prosjektleder, er at drivhus og tak med vegg, hjelper til å fjerne ”gjerdeeffekten”. Pasientene ga ikke utrykk for at de opplevde å være ”innesperret”. Det ble ikke lenger forstyrret av lastebilene, som passerer en gang eller to i døgnet rett utenfor gjerdet. Pasienter, pårørende og de ansatte virker veldig fornøyd med beliggenhet og størrelse på Sansehagen (Christophersen, 1998). De ansatte føler seg trygge på at det er et sikkert sted å være for pasientene frem til mørkets frembrudd. Det virker som om pasientene får ivaretatt en opplevelse av en privat sfære, samtidig som de kan føle seg trygge og være sosiale i Sansehagen. Alt i alt er prinsippene for universell utforming fulgt, og de gir trygghet for pasientene med demens i Sansehagen.

De gode opplevelser får pasientene lettere med et barrierefritt design (Iwarsson, 2003). Nå har de mulighet for å bruke syn, hørsel, lukt, smak og ta på det som byr seg i Sansehagen. Intet er giftig, og Sansehagen er til for de gode opplevelser for pasientene med demens. Det kan være på sin plass å nevne at de opphøyde kassene er umåtelig populære. Det er ikke bare rullestolbrukere som nyter godt av kassene. Mange har tungt for å bøye seg og noen trenger guiding for å bøye seg. Det fant arbeidsterapeuten ut, når hun ville starte opp tilrettelegge for terapeutisk bruk av Sansehagen.

Prosjektet fokuserer på pasientens ressurser, mer enn problemer. Mange helseutdanninger retter oppmerksomheten i svært stor grad mot pasientenes problemer. De kan stå i fare for ikke å se de terapeutiske muligheter, som blant annet en Sansehage kan gi. Utfordringer eller problemer som oppstår på grunn av diagnoser og alder, må ikke få oss til å glemme at livet tross alt er en virkelighet som skal oppleves!

Studentene ved høgskolen i Vestfold kan oppleve en annen hverdag for pasientene med demens på Soletunet. Det gjelder spesielt vår, sommer og høst. Det har skjedd en tjenesteforbedring for denne gruppen.

Det kan nevnes at prosjektleder har benyttet de eksisterende møtearenaer på høgskolen, til å rette oppmerksomheten mot Sansehagen og temaet mening i tilværelsen, for pasienter på institusjon. Prosjektleder ønsker at de relevante utdanningene ved høgskolen skal lære seg systematisk å bruke kreativitet, kunnskap og aktuelle verktøy for å lykkes i langt større grad med å skape mening i tilværelsen for pasienter på institusjon. Det å anvende Sansehage for en gruppe pasienter, er kun ett av mange tenkte tiltak, for å lykkes med å skape mening eller livskvalitet i tilværelsen på institusjon.

Som prosjektleder har jeg skrevet rapport og fagartikkel om tema. Det skal læres, forskes og skrives mer om samme tema, hvis det er gjennomførbart i lektorens hverdag. Prosjektperioden er over, og tema kan brukes videre som et ledd i kompetanseheving til førstekompetanse ved høgskolen for prosjektleder/lektor ved høgskolen. Kunnskapene kan eventuelt bli formidlet til studenter i fremtiden.

Hvis blikket vendes mot Sansehagen nok en gang, kan det diskuteres videre om hvordan en skal satse på hverdag og fest. Kan hende blir aktivitetskalenderen tatt i bruk? Prosjektleder er veldig nysgjerrig på om det oppleves bedre for pasienter og pårørende å være sammen ute i Sansehagen. En ting kan vi i et hvert fall konkludere med, og det er avdelingssykepleiers ord: ” Det virker som om det viktigste for pasientene, er at de kommer ut.” Dessuten sier personalet at de har lært å være ute på en ny måte.

Som prosjektleder tror jeg at denne enkeltundersøkelsen ikke kun belyser viktigheten av natur. Sansehageprosjektet er en del av en større tenkning om tilnærminger for å skape mening i tilværelsen, for pasienter med demens, på institusjon.

Litteraturliste

ALVESSON, M. & SKÖLDBERG, K. (1994) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod,* Lund, Studentlitteratur.

ANDERSEN, E. S., HAUG, T. & GRUDE, K. V. (1998) *Målrettet prosjektstyring,* Bekkestua

[Oslo], NKI-forl.

PricewaterhouseCoopers.

ANTONOVSKY, A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask,* København, Hans Reitzel Forlag.

BARNES, M. & MARCUS, C. C. (1999) *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations,* New York, Wiley.

BJØRNSRUD, H. (2004) *Forskermøte med en fortellende skole: aksjonsforskning og aksjonslæring som strategier for at lærerne ved en skole bedre kan forstå læreplanens idealer om en inkluderende skole,* [Oslo], Pedagogisk forskningsinstitutt, Det utdanningsvitenskapelige fakultet Unipub.

BRULIN, G. (1998) *Den tredje uppgiften: högskola och omgivning i samverkan,* Stockholm, SNS Förlag.

BUHLER, C. (2001) Empowered participation of users with disabilities in R&D projects. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMAN-COMPUTER STUDIES,* 55**,** 645-659.

CHRISTOPHERSEN, J. (1998) *Nytt for de eldste: utforming, løsning og dimensjonering av sykehjem,* Oslo, Norges byggforskningsinstitutt.

CHRISTOPHERSEN, J. & HUSBANKEN (2002) *Universal design: 17 ways of thinking and teaching,* [Oslo], Husbanken.

DALE, E. L. (1992) *Pedagogikk og samfunnsforandring 2: om betingelsene for en frigjørende pedagogikk,* [Oslo], Ad Notam: Gyldendal.

DALE, E. L. (1993) *Den profesjonelle skole: med pedagogikken som grunnlag,* [Oslo], Ad Notam Gyldendal.

DALE, E. L. (1996) *Skolens undervisning og barnets utvikling: klassiske tekster,* Oslo, Ad notam Gyldendal.

DALE, E. L. (2001) *Om utdanning: klassiske tekster,* [Oslo], Gyldendal akademisk.

DAVIS, D. H. J. (2004) Dementia:sociological and philosophical constructions. *Social Science &Medicine,* 58**,** 369-378.

DYSTHE, O. (2001) *Dialog, samspel og læring,* Oslo, Abstrakt forl.

EIKELAND, O. & FINSRUD, H. D. (1995) *Research in action,* Oslo, The Work Research Institute.

ENGEDAL, K., HAUGEN, P. K. & NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR ALDERSDEMENS (2004) *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok,* Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

FRØYEN, W. (1995) *Læring: tilrettelegging for læring: med en elementærinnføring i Magne Nyborgs læringsteori og begrepslæringmodell,* Oslo, Universitetet i Oslo, Pedagogisk forskningsinstitutt.

GREENWOOD, D. J. & LEVIN, M. (1998) *Introduction to action research: social research for social change,* Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.

GREFSRØD, E.-E. (2002) *Eldres liv og hagens visdom: formgivning av terapeutiske hager for personer med demens,* [Sem], Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

GULBRANDSEN, O. & CHRISTOPHERSEN, J. (2001) *Funksjonshemmede og tilgjengelighet,* Oslo, Norges byggforskningsinstitutt.

HAUGE, S. (2004) *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim,* Oslo, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
HEIDEGGER, M. (1981) *Varat och tiden,* Lund, Doxa.
IWARSSON, S. S., A (2003) *Disability and rehabilitation elektronisk ressurs,* [Abingdon], Taylor & Francis Health Sciences.
JEANMCNIFF (2000).
JOHANNESSEN, A., TUFTE, P. A. & KRISTOFFERSEN, L. (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode,* Oslo, Abstrakt forl.
KRUGER, R. M. E. (2002) Konkurranseutsetting synliggjør armoden. *Demens,* 6**,** 4-5.
KVALE, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju,* Oslo, Ad notam Gyldendal.
LAWTON, M. P. (2001) The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health,* 5**,** S56-S64.
LEVIN, M. & KLEV, R. (2002) *Forandring som praksis: læring og utvikling i organisasjoner,* Bergen, Fagbokforl.
LINDVIG, Y. & WÆRNESS, J. I. (1996) *Perspektiver på høyere utdanning og forskning,* Oslo, UiO, Pedagogisk forskningsinstitutt.
LUMBHOLT, H. (2000) Året rundt i sinnenas Trädgård. *Omvårdaren,* 47**,** 9-11.
LUND, T. (2002) *Innføring i forskningsmetodologi,* Oslo, Unipub.
MALM, G. (2003) *Toward an archaeology of buildings: contexts and concepts,* Oxford, Archaeopress.
MANNERÅK, S. (2001) Fra bruker til borger: en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer: utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. april 1999: avgitt til Sosial- og helsedepartementet 29. juni 2001. IN HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (Ed.) *Norges offentlige utredninger NOU 2001: 22.* Oslo, Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
NOU (2005:8) Likeverd og tilgjengelighet. IN UTREDNINGER, N. O. (Ed.) Oslo, Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning.
NYBORG, M. (1994) *Pedagogikk: studiet av det å tilrettelegge best mulige betingelser for læring - hos personer som kan ha høyst ulike forutsetninger for å lære,* Asker, INAP-forl.
PISHA, B. C. P. (2001) Smart from the start. *Remedial and special education,* 22**,** 197-203.
PRICE, C., A., ZAVOTKA, SUSAN, L. & TEAFORD,
(2004) Implementing aUniversity -community-Retail Partnership Modul to Facilitate Community Education on Universal Design. *The Gerontologist,* 44**,** 697-702.
RASMUSSEN, S. (2001) Boenheter for mennesker med demens-ulike "fagkoder" og samarbeidet mellom dem. *Demens,* 5**,** 19,20, 21.
REASON, P. & BRADBURY, H. (2001) *Handbook of action research: participative inquiry and practice,* London, Sage.
ST.MELD.NR.40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. Oslo, Det konglige sosialdepartement.
ST.MELD.NR.45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie-og omsorgstenestene. IN SOSIALDEPARTEMENT, D. K. (Ed.) *St,meld.nr.45.* Oslo, Det kongelege sosialdepartement.
ST.MELD.NR.50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen. IN HELSEDEPARTEMENTET, S.-O. (Ed.) *50.* Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
STRANDQUIST, M. (2002) Dette vil vi med Stokkeprosjektet. Resultater fra 21 møter med involverte parter. Tønsberg, Stokkeprosjektet-Stokke kommune og Høgskolen i Vestfold.

STRANDQUIST, M. (2003) Stokkeprosjektet Konkretisering av omfang. Tønsberg, Stokke kommune-Høgskolen i Vestfold.
SYSE, A. & JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENTET (2005) *Likeverd og tilgjengelighet: rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne: bedret tilgjengelighet for alle: utredning,* Oslo, Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
SÄLJÖ, R. (2001) *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv,* Oslo, Cappelen akademisk.
THOMAS, R. (1999) Solig høst i Sinnenäs trädgård. *Läkartidningen,* 96**,** 3934-3936.
TILLER, T. (2000) *Forskende partnerskab: aktionsforskning og aktionslæring i skolen,* Vejle, Kroghs forl.
TILLER, T. & NORSK LÆRERLAG (1995) *Det didaktiske møtet: et møte mellom fag og hverdag: grunnlaget for en lærende skole,* [Oslo], Praxis: I samarbeid med Norsk lærerlag og Bokklubben bedre skole.
UN (1993) The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. http:/7www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm.
UNIVERSITETSLOVEN (2003) Universitetsloven -Lov om universiteter og høgskoler., Utdannings-og forskningsdepartementet.
UNIVERSITETSLOVEN (2005) Lov om Universitet og høgskoler.
VIKE, H., BAKKEN, R., KROKEN, R., BRINCHMANN, A., HAUKELIEN, H. & MAKT- OG DEMOKRATIUTREDNINGEN 1998-2003 (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten,* Oslo, Gyldendal akademisk.
VYGOTSKIJ, L. S. & COLE, M. (1978) *Mind in society: the development of higher psychological processes,* Cambridge, Mass., Harvard University Press.
WINTER, R. & MUNN-GIDDINGS, C. (2001) *A handbook for action research in health and social care,* London, Routledge.
WITTGENSTEIN, L. (1997) *Filosofiske undersøkelser,* Oslo, Pax.
WOGN-HENRIKSEN, K., INFO-BANKEN, NORSK ALDERSPSYKIATRI & SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS UTVIKLINGSPROGRAM OM ALDERSDEMENS (1997) *"Siden blir det vel verre-?" nærbilder av mennesker med aldersdemens: en undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon,* Sem, INFO-banken.

Ilustrasjoner:
http.//www.stockholm.se Lest 30/9 2005 Sinnenas trädgård